RODOLFO PUTTINI

MEDICINA E ESPIRITUALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

FAPESP

ANNABLUME

MEDICINA E ESPIRITUALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

RODOLFO PUTTINI

MEDICINA E ESPIRITUALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

FAPESP

ANNABLUME

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

P993 Puttini, Rodolfo.
Medicina e espiritualidade no campo da saúde. / Rodolfo Puttini. Prefácio de Madel T. Luz. Apresentação de Nelson Filice de Barros. – São Paulo: Annablume; Fapesp, 2011.

14 x 21 cm. 309 p.
ISBN 978-65-5067-054-1

Formato: Livro Digital, 2024

Veiculação: Digital

1. Sociologia da Saúde. 2. Sociologia Médica. 3. Sociologia do Conhecimento em Saúde. 4. História da Medicina no Brasil. 5. Doutrina Espírita. 6. Espiritismo. 7. Kardec, Allan (1804 – 1869). 8. Hospitais Espíritas. I. Título. II. O problema da terapia espiritual no campo da saúde. III. Ensaio sobre a cosmovisão espírita. A Teoria das Manifestações Físicas e a ciência espírita, IV. Etnografia do espaço terapêutico híbrido. V. Luz, Madel T. VI. Barros, Nelson Filice de.

CDU 30:61
CDD 306.42

Catalogação elaborada por Ruth Simão Paulino

MEDICINA E ESPIRITUALIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

Projeto, Produção e Capa
Coletivo Gráfico Annablume

Conselho Editorial
Eduardo Peñuela Cañizal
Norval Baitello junior
Maria Odila Leite da Silva Dias
Celia Maria Marinho de Azevedo
Gustavo Bernardo Krause
Maria de Lourdes Sekeff (*in memoriam*)
Pedro Roberto Jacobi
Lucrécia D'Alessio Ferrara

1ª edição: dezembro de 2011

© Rodolfo Puttini

ANNABLUME editora . comunicação
Rua M.M.D.C., 217. Butantã
05510-021 . São Paulo . SP . Brasil
Tel. e Fax. (011) 3812-6764 – Televendas 3031-1754
www.annablume.com.br

À minha querida Cristina,
e aos meus filhos Bruno, Murilo e Verena.

Nota prévia à edição digital

Rodolfo Franco Puttini

Esta edição digital do livro “Medicina e Espiritualidade no Campo da Saúde”, disponibilizada de forma gratuita e autorizada pela Editora Annablume, é um material de grande relevância para estudantes universitários, profissionais da saúde e demais interessados nas intersecções entre saúde e espiritualidade.
A pesquisa etnográfica que originou este livro, desenvolvida no âmbito de um doutorado, oferece uma contribuição significativa para as áreas da Antropologia Médica e da Sociologia da Saúde, disciplinas que vêm ganhando crescente importância no entendimento da complexidade do campo da saúde.
Particularmente, para os alunos do curso de Medicina, a obra traz uma reflexão aprofundada sobre o campo religioso nas fronteiras do campo médico no Brasil, abordando as interações entre as práticas biomédicas e as práticas terapêuticas espirituais dentro de uma instituição hospitalar. Este tema é crucial para a formação de profissionais que precisam compreender a diversidade de abordagens de cura no Brasil e no mundo, especialmente em um contexto de crescente busca por terapias alternativas e integrativas, como na atualidade brasileira do SUS (Sistema Único de Saúde), em que se efetivam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).
Com um outro ISBN, esta reimpressão em formato e-book reafirma o compromisso de disponibilizar conteúdos que dialogam com diferentes áreas do saber e fomentam reflexões críticas sobre questões fundamentais que atravessam a saúde e a sociedade. Boa leitura !
Novembro de 2024.

Agradecimentos

Este livro é uma versão modificada de minha tese de doutorado em Saúde Coletiva defendida no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em fevereiro de 2004. Sou grato aos professores membros da banca examinadora Everardo Duarte Nunes, Nelson Filice de Barros, Lísias Nogueira Brandão e Maria Helena Villas Boas Concone pelos comentários da arguição, que contribuíram para a revisão e a confecção desse livro. Também devo agradecer à Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" (Unesp), pois desde meu ingresso em 2005, como docente no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, permitiu-me o tempo necessário para reflexão, gerando três artigos publicados, inseridos neste livro.

Ana Maria Canesqui, minha orientadora de tese, que acompanhou minhas pesquisas na graduação em Ciências Sociais e permitiu retomá-las como projeto de doutoramento e com liberdade facilitou as discussões sobre seus apontamentos.

Contei com a paciência, compreensão e cooperação de pessoas e instituições, que confiaram no projeto e na exiquibilidade desse trabalho. A tolerância e a presteza das informações dadas por entrevistas de funcionários e religiosos da instituição em que realizei a pesquisa etnográfica. Mario Ficarelli, pela amizade e apoio. Madel Luz, pela amizade e estímulo ao trabalho antropológico. Nelson Filice, pelas contundentes discussões desde o exame de qualificação.

À FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), que em parceria com a Editora Annablume, diante da avaliação prévia dos manuscritos, concederam o pronto auxílio para essa publicação.

Sumário

Prefácio 15
Apresentação 19
Introdução 21

Parte 1 – O problema da terapia espiritual
no campo da saúde 33

Capítulo 1 – Expectativas em torno de um caso
de cura espiritual 35
1.1. Cura biomédica ou cura espiritual? 36
1.2. A cura de Silva 39
1.3. A cura simbólica de Silva 48

Capítulo 2 – O *habitus* no campo da saúde no Brasil 55
2.1. Curandeirismo, curandeirices, práticas e
saberes terapêuticos 58
2.1.1. O conceito de curandeirismo 58
2.1.2. Os argumentos sobre curandeirismo
no campo jurídico 61
2.1.3. A formação discursiva do curandeirismo e
das curandeirices em geral 67
2.1.4. O poder médico atuante no campo da saúde 74
2.2. O conceito de transe nas ciências sociais brasileiras 75
2.2.1. Estado de transe e curandeirismo: doença mental e/ou
produto da cultura 75

2.2.2. Estado de transe e práticas terapêuticas 79
2.2.3. Imagens do curandeirismo e ideologia das religiões mediúnicas 83

Capítulo 3 – O contexto dos hospitais psiquiátricos espíritas 91
3.1. Institucionalização dos hospitais gerais no Brasil 91
3.2. Institucionalização dos hospitais psiquiátricos no Brasil 99
3.3. Filantropia, assistência social e os hospitais espíritas no Brasil 106
3.4. Características gerais dos hospitais espíritas no Estado de São Paulo 116

Capítulo 4 – A hipótese dos espaços terapêuticos híbridos 123
4.1. Terapia espiritual na temática Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) 123
4.2. Espiritualidade e Psiquiatria 127

Parte 2 – Ensaio sobre a cosmovisão espírita
A teoria das manifestações físicas e a ciência espírita 129

Capítulo 5 – A concepção do mundo espírita 131
5.1. A cosmovisão kardequiana das doenças: aflições e sofrimentos gerais 132
5.1.1. Doenças espirituais: deficiência mental e loucura 133
5.1.2. Perispírito e doença espiritual 142
5.2. A produção doutrinária e os fundamentos cientificistas do espiritismo kardecista 152
5.3. As terapêuticas e as curas espirituais 161
5.3.1. Mediunidade e loucura 169

Capítulo 6 – A proposta brasileira de uma medicina espírita 175
6.1. O projeto da psiquiatria espiritualizada 175
6.2. A organização corporativa de médicos espíritas e a produção literária recente 195

Parte 3 – Etnografia do espaço terapêutico híbrido.....207

Capítulo 7 – Agentes e práticas terapêuticas no espaço hospitalar 209
7.1. Agentes no espaço da prática biomédica 210
7.2. Agentes no espaço da prática terapêutica espírita.....233
7.3. A construção do espaço terapêutico híbrido.....240
7.3.1. A produção de bens simbólicos de saúde 250
7.3.2. O mercado simbólico de bens espirituais.....268

Capítulo 8 – Ponderações finais: três categorias para a análise dos bens espirituais no campo da saúde 279
8.1. Espiritualidade como bem de salvação no campo religioso.....284
8.2. Espiritualidade como estratégia alternativa à prática médica.....289

Conclusão – Espiritualidade no campo da saúde.....293

Referências Bibliográficas 295

Lista de abreviaturas

AGE: agente religioso espírita.
AGEM: agente religioso espírita médium.
AGEDir: agente religioso espírita dirigente.
AGEHib: agente religioso espírita híbrido.
APS: agente profissional da saúde.
APSHib: agente profissional da saúde híbrido.
SUS: Sistema Único de Saúde.
EMTN: Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional.
CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
SND: Sistema Nacional de Dietética.
CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social.
DNPM: Desenvolvimento neuro-psico-motor
DMP: Deficiência mental profunda.

Prefácio

No campo da antropologia e da sociologia institucional, Rodolfo Puttini pode ser considerado um pioneiro nas pesquisas sobre espiritualidade e cura em espaço *institucional hospitalar*. Quando o conheci, na década de 80, já era um interessado no tema. Certamente, há uma tradição antropológica secular de estudos sobre cura e curandeirismo, transe e cura, religiões mediúnicas e curas espirituais, sobretudo no que concerne as religiões ditas afro brasileiras.

Estudos sobre espiritismo e homeopatia como prática de curandeirismo, em clara oposição à ciência, também existiam desde fins do século XIX. Geralmente conduzidos por médicos, visavam a demonstrar seu caráter fraudulento ou "ilusionista", já que o ilusionismo, a magia, o magnetismo, o espiritismo e a homeopatia eram considerados fenômenos sociais similares, todos identificados, no século XIX, pelas mentes antenadas com a modernidade científica, com a resistência ao espírito da ciência e seu embasamento na objetividade dos fatos. Tratava-se, em última instância, de persistente superstição, a ser combatida e superada pela educação escolar generalizada.

Entretanto, uma outra tradição se desenvolvia desde o fim do século: a dos médicos "espiritualistas" (praticantes geralmente da doutrina de Alan Kardec, fundador na França em meados do século XIX do espiritismo) atuante paralela, e mais ou menos clandestinamente nas margens mesmas da ordem médica, nas instituições criadas pela medicina.

Queremos dizer "nas margens da ordem médica", porque tais práticas, ganhadoras crescentes de adeptos à medida que o século XX alvorecia, se desenvolviam no *interior* de instituições médicas (dispensários, enfermarias, hospitais) criadas por espíritas e *praticadas* por médicos (ou enfermeiros, como no caso de hospitais psiquiátricos, mais adiante) convertidos à visão espiritualista do homem, às razões de seu adoecimento e de sua cura. Esta tradição, durante muito tempo em perseguição pela força policial por ordem institucional médica, jamais se extinguiu ou esmoreceu: as raízes sócio culturais (sobretudo simbólicas) sobre as quais se ergueram e floresceram continuam vivas na sociedade brasileira.

É dessas raízes e sua manifestação num espaço específico institucional (o hospital espírita) que versa o belo, profundo e original trabalho sócio antropológico de Rodolfo Puttini. Apoiado em aprofundado trabalho de campo etnográfico em hospitais espíritas, e em análise sócio-histórica institucional sistemática, desenvolvida durante vários anos, sobre o surgimento e o desenvolvimento institucional dos hospitais (geral, psiquiátrico, espírita), e da atividade espírita em seu interior, sobretudo no Estado de São Paulo, Rodolfo busca as raízes sociais e culturais (simbólicas, sobretudo) do hospital espírita, e as encontra tanto na filantropia, como no assistencialismo médico caritativo, no "cuidado com o desassistido", marca não apenas do espiritismo, como da atenção médica homeopática em seu nascedouro no Brasil. Seria reducionista, entretanto, identificar o sucesso dessas instituições entre os menos afortunados e os membros da pequena classe média urbana florescente na primeira metade do século XX, à necessidade física de cuidado e atenção médica, notoriamente pouco disponível a essas classes. Embora fato inegável, não explica a busca persistente por essas instituições em parte médicas, em parte religiosas. Há uma outra "busca" da parte dessa população, apenas encontrável nessas instituições. E esta outra busca se situa no nível do oferecimento do bem simbólico, no nível da busca por respostas ou resultados que a ciência não quer ou não pode dar. Em outras palavras, no nível do dom de um bem espiritual, conectado possivelmente ao sagrado, banido pela ciência. Daí, talvez, sua continuada persistência, diríamos mesmo seu persistente sucesso até nossos dias.

Um dado curioso, marca talvez de nossa miscigenada cultura, é a convivência, secular, através da prática dos agentes "curadores", muitas vezes de duas lógicas de cura atuando no mesmo espaço institucional: a médica e a espiritual, ratificando neste caso específico o sincretismo de racionalidades terapêuticas que podemos constatar na prática das distintas racionalidades médicas presentes em nossa sociedade urbana contemporânea.

O autor deste livro lida com todas essas complexidades sociológicas e antropológicas com a sistematicidade e a seriedade de um mestre. Um jovem mestre, é certo, mas desde já pode ser considerado autor de um clássico sobre um tema até pouco tempo tabu. Pois a obra não envolve apenas cura, curadores, curandeiros e seus adeptos. Envolve instituições de saúde. Sobretudo, envolve a instituição médica por excelência: o hospital.

Madel T. Luz

Professora Titular da Uerj (Universidade Estadual do Rio de Janeiro)
Representante da grande área da Saúde do CNPq,
Coordenadora da Comissão de Ciências Sociais em Saúde da Abrasco,
Coordenadora do Grupo de Pesquisa Racionalidades
Médicas do Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj)

Apresentação

Este livro trata de uma pesquisa em perspectiva sócio-antropológica, que faz com que uma questão aparentemente médica vá sendo revelada como condição sócio-médica. A natureza desta perspectiva alimentou as escolhas dos métodos e técnicas de coleta e análise de informações adotadas pelo autor, Rodolfo Puttini, cujas discussões foram elaboradas como tese de doutoramento em Saúde Coletiva e outra boa parte foi fruto de produções recentes.

A imaginação sociológica de Puttini revelou um problema caleidoscópico. De forma bastante elaborada o autor foi dando contorno a um fato social pouco visível e, para isso, explorou as interfaces entre o campo de práticas de saúde e de religião.

O livro está dividido em três partes, as duas primeiras apresentam ensaios com um desfecho na terceira parte que se refere ao trabalho de campo.

Composta por quatro capítulos, a primeira parte introduz o leitor ao problema da cura espiritual partindo de um caso índice do fenômeno. A questão do curandeirismo, que perpassa o campo de estudos religiosos no Brasil, é aprofundada na perspectiva histórica das práticas legais e legítimas na sociedade. Ao propor uma hipótese fundamental, a hibridização entre medicina e espiritismo para entendimento da institucionalização dos hospitais espíritas e seu modo de organização e funcionamento, o autor analisa com pormenor a possibilidade do cuidado terapêutico hibridizado, anotando diferenças entre a abordagem da antropologia das práticas religiosas e da sociologia das práticas alternativas, complementares e integrativas em saúde.

A segunda parte do livro, composta por dois ensaios primordiais, aprofunda os elementos constitutivos da religião, criada em

Lyon na França e muito difundida a medicina espírita no Brasil do século XX. Vários conceitos são detidamente analisados e o que chama muita atenção é a difusão dessa religião nos estratos sociais letrados e privilegiados economicamente da sociedade brasileira, entre eles médicos espíritas. Pode-se compreender desse modo a forte relação desenvolvida no Brasil entre espiritismo e a medicina.

A terceira parte, *Etnografia do espaço terapêutico híbrido,* descreve o trabalho de campo. Nesse exercício etnográfico é que melhor se nota a "economia das trocas simbólicas" entre profissionais da saúde e profissionais da religião, bem como de profissionais da saúde leigos e religiosos. No estudo crítico do campo simbólico da saúde, aparece a possibilidade de uma medicina espírita.

Esse livro interessa a diferentes públicos, como estudantes e profissionais, dos campos do conhecimento da saúde, da religião, das ciências sociais e outros. Sobretudo, porque o autor traduz um objeto até então pouco visível, qual seja: a hibridização construída na interface das práticas de saúde e religiosas nos hospitais espíritas brasileiros. Interessa, também, a diferentes públicos porque Puttini apresenta para o campo dos estudos sociais da religião e saúde uma inovadora perspectiva de análise, que procura a explicação para as curas não biomédicas na complementaridade entre religião e saúde.

Por fim, *Medicina e espiritualidade no campo da saúde* indica como a história da medicina no Brasil está fortemente conectada com o poder instituído e com as práticas religiosas. Dessa maneira, explicita nossas heranças e nos desafia a compreender os efeitos da trajetória de privilégio, caridade e direito para construirmos um sistema público de saúde baseado no pluralismo de práticas terapêuticas de cuidado e cura.

Nelson Filice de Barros

Coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas,
Complementares e Integrativas em Saúde
Área de Concentração de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas

Introdução

A problemática do campo da saúde

É possível notar claramente o progresso social na sentença geral da OMS[1] que desde 1946 volta-se no contexto mundial para a atenção a saúde das populações. A continuidade dessa diretriz internacional foi fortalecida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários para a Saúde, de onde se propagou à meta "saúde para todos no ano 2000" (WHO/UNICEF, 1978), não sem críticas (Rivero, 2003 e Segre e Ferraz, 1997; Cueto, 2004). Novos avanços da prática da saúde pública foram apresentados na Carta de Ottawa (WHO/Europe, 1984), que propõe, em continuidade ao movimento sanitário, uma política internacional da promoção da saúde (Buss, 2003). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no final dos anos de 1980, decorrente daquela proposição mundial junto ao movimento sanitarista brasileiro, influiu na promulgação de diretrizes e princípios para a prática profissional no campo da saúde, progresso social e histórico sem precedentes. No campo intelectual brasileiro, inquietações epistemológicas pensam o âmbito paradigmático da saúde pelos diversos sentidos do conceito (Coelho e Almeida Filho, 2002, Czeresnia, 2003; Ayres, 2005), denotam a importância dos caracteres positivos e negativos da definição (Almeida Filho, 2001; Caponi, 1997), fundamentais para a formulação de uma teoria geral para o campo da saúde (Samaja, 1997).

1. "(...) saúde é o estado de bem estar físico, psicológico e social e não mera ausência de doenças (...) "Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, Conferência Internacional da Saúde, New York (WHO, 1948).

Este livro pretende contribuir para a definição de campo da saúde, partindo de uma orientação epistemológica crítica ao conceito. Analisando a relação entre a prática médica e outras práticas de cura não médicas aparecem as condições necessárias para refletir as contradições no campo da saúde. Em um primeiro olhar, verifica-se uma aproximação do conceito de curandeirismo à temática, que é tratado com certa frequência pela imprensa e por publicações específicas de modo amplo. Pois, geralmente através da mídia chega-nos duas imagens negativas das práticas de cura não médicas atuantes fora do sistema de saúde: ou associadas às instituições religiosas ou a certos agentes populares de cura que, autonomamente, atuam desvinculados de instituições e movimentos religiosos.[2] Ambos os tipos de agentes são reconhecidos pela sociedade brasileira ou por curandeiros, ou por charlatões. Na interpretação jurídica brasileira, faz-se associação com o campo da saúde (Peixoto, 1980), uma vez que os curandeiros são considerados perigosos à saúde pública, passíveis de penalidades de acordo com o Código Penal.[3]

No nível acadêmico, das ciências sociais brasileiras a sociologia da religião tradicionalmente reúne estudos sobre as religiões brasileiras e o tema mais próximo ao sentido religioso e jurídico de curandeirismo são as denominadas religiões mediúnicas (candomblé, umbanda, pentecostais, espiritismo kardecista), que se caracterizam pela manifestação do transe como elemento comum (Prandi, 1991, Aubrée e Laplantine, 1990, Rizzi, 1995). Por exemplo, Negrão (1996, p. 22) enfatiza que, da extensa bibliografia da sociologia da religião, as religiões afro-brasileiras são as que mais aparecem – seja pelo número de adeptos, popularidade ou influência na cultura nacional e por isso denotariam a necessidade da pesquisa sociológica –, afirma o autor que as demandas por trata-

2. São referências nominais os benzedores, rezadores, videntes entre outros, a que se propõe denominar aqui de curandeirices em geral.
3. A opinião de risco do curandeirismo aparece associada à redação dos textos legais: "Parece que o legislador de 1890 se inspirou nas Ordenações para elaborar o artigo 157: 'Praticar o espiritismo, a magia e seus sortilégios, usar de talismã e cartomancias, para despertar sentimentos de ódio ou amor, inculcar curas de moléstias curáveis ou incuráveis, enfim, para fascinar e subjugar a credulidade pública" (Peixoto, 1980, p. 113).

mento e curas religiosas são subtemas, apropriados para explicar o funcionamento e constituição das próprias religiões, discutidas no espaço acadêmico.

De fato, a proposição das religiões mediúnicas nas ciências sociais brasileiras pode ou não ter influenciado seu conteúdo cognitivo pelas circunstâncias próprias das crenças (incluindo a crença dos pesquisadores), que podem tomar para si os valores religiosos estudados. Mas, certamente, na atualidade da sociedade brasileira, as curandeirices populares convivem ao lado da prática médica oficial.

Canesqui (1995, 1997, 2007) valorizou a atuação das ciências sociais no campo da saúde revelando a importância histórica na formação da área de conhecimento Saúde Coletiva. Outros autores valorizaram o olhar das ciências sociais (especialmente da antropologia) na Saúde Coletiva revelando resultados de pesquisas sobre as práticas de cura não médicas (Queiroz, 1991, 2000; Valla, 2005; Vasconcelos, 1998). De todos esses modos, ao pensar criticamente o campo da saúde, a problemática se configura mais contemporaneamente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, momento em que a Homeopatia e Acupuntura (Laucas e Luz, 1998) são aceitas como práticas médicas, cujas racionalidades, antes consideradas práticas não médicas ou terapêuticas ilícitas, tornam-se oficiais e reconhecidas como complementares e integrativas (Luz, 2005b; Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS, 2006; Barros e Nunes, 2006; Barros, 2008), ou ainda também, como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Rosenbaum, 2002).

O contexto para a crítica ao campo da saúde

Propõe-se nesse livro pensar criticamente o campo da saúde partindo desta situação, que coloca o problema das práticas de cura não médicas inseridas no campo de conhecimento da Saúde Coletiva: como se caracterizam certas instituições de saúde, especificamente hospitais psiquiátricos administrados por religiosos do espiritismo, que utilizam em seu interior terapias espirituais, sem serem enquadradas em nosso Código Penal pelo crime de curandeirismo? Sob qual legitimidade esses hospitais se inserem no atual contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Esse problema se desloca para um problema sociológico na medida em que se constata o longo tempo de atuação dessas instituições no Brasil, e em especial no estado de São Paulo. Desde a década de 1950 foram reconhecidas por instituições públicas de assistência social, embora pouco mencionadas em estudos na produção científica da sociologia da religião brasileira, cujos trabalhos se restringem ao reconhecimento social da própria religião, incluindo-a no formato das instituições benemerentes (Giumbelli, 1995).

O problema sociológico dentro da problemática do campo da saúde avança por indagações próprias da área de conhecimento Saúde Coletiva quando a questão central se orienta às práticas de cura não médicas diante desta perplexidade: uma forma terapêutica espiritual não consagrada na medicina, exercida por médicos e por não médicos fora do espaço religioso, isto é, regida nos espaços de hospitais psiquiátricos, pode ou não configurar-se como um problema jurídico de curandeirismo ou charlatanismo, ou ainda, pode ou não identificar-se como prática médica?

O problema se situa na fronteira entre o campo religioso e a medicina. No campo religioso, a Constituição brasileira prevê a liberdade de religião desde a Proclamação da República, em 1889, quando se declarou a separação oficial entre a Igreja e o Estado. No Estado laico, a legislação brasileira valoriza a tolerância religiosa, e garante, até a atualidade, a liberdade religiosa. Deste modo, respeita os traços religiosos da cultura e tradição popular, característica da secularidade, na qual se enquadra historicamente o espiritismo.[4]

4. O censo demográfico realizado em 2000, pelo IBGE, apontou a seguinte composição religiosa no Brasil: 73,8% dos brasileiros (cerca de 125 milhões) declaram-se católicos;15,4% (cerca de 26,2 milhões) declaram-se evangélicos (evangélicos tradicionais, pentecostais e neopentecostais); 7,4% (cerca de 12,5 milhões) declaram-se sem religião, podendo ser agnósticos, ateus ou deístas; 1,3% (cerca de 2,3 milhões) declaram-se espíritas; 0,3% declaram-se seguidores de religiões tradicionais africanas tais como o Candomblé, o Tambor-de-mina, além da Umbanda; 1,8% declaram-se seguidores de outras religiões, tais como: as testemunhas de Jeová (1,1 milhão), os budistas (215 mil), os santos dos Últimos Dias ou mórmons (200 mil), os messiânicos (109 mil), os judeus (87 mil), os esotéricos (58 mil), os muçulmanos (27 mil) e os espiritualistas (26 mil). No entanto, a fé, sendo um direito natural inalienável ao ser humano, questionam-se práticas aceitas como símbolos ou tradições nacionais (por exemplo, feriados nacionais da Igreja Católica), mas que não seriam abolidas pela população mesmo que não gozassem mais desse apoio

Pergunta-se: como se explica, até os dias de hoje, a institucionalização das organizações filantrópicas espíritas, que mantêm em seus espaços terapêuticos concomitantemente aspectos de terapias religiosas e médicas sem serem incomodadas pelo crime de curandeirismo? Uma hipótese plausível convida ao entendimento das terapias espirituais como principal alvo da organização social dessas instituições religiosas, no qual se inserem médicos convictos dessa religiosidade. Porém, há uma dificuldade em caracterizar as questões espirituais no âmbito da racionalidade médica. Pois, desde a modernidade científica, a prática da medicina tende a desconsiderar o fato da espiritualidade na saúde das pessoas. Embora hoje, em concorrência com a racionalidade médica oficial, surge o argumento de espiritualidade no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Vasconcelos, 2006), há, no entanto, possibilidades restritas para integrar cosmovisões diversas da espiritualidade ou da religiosidade como elemento complementar à terapêutica médica no interior dos espaços de saúde. Ou seja, nem todas as racionalidades médicas reconhecidas pelo SUS aceitam e integram esses aspectos da espiritualidade, embora algumas terapêuticas não médicas atuem em paralelo à medicina oficial (Laplantine e Rabeyron, 1996).

Em relação ao campo da saúde, uma abordagem crítica, que engloba o conceito de espiritualidade desenvolvida em determinada época, resvalou-se para o âmbito de uma ideologia científica (Canguilhem, 1977, p. 31-42). Capra (1982) formulou críticas ao campo da saúde em momento histórico da contracultura, propondo o paradigma holístico em vista de abarcar uma relação possível entre ciência e espírito. O sentido de espírito proposto por Capra (1982) ligava-se à cosmovisão do misticismo oriental. Naquela ocasião o autor direcionou sua crítica ao desenvolvimento da prática médica em que, para ele, acompanhou o desenvolvimento da biologia, cuja hegemonia fundamentava o modelo biológico no campo da ciência médica (Capra, 1982, p. 116-134). Pois, no modelo biomédico, pressupondo a materialidade da doença no corpo humano, prepondera uma concepção de mundo mecanicista, que justifica a atividade médica junto ao paradigma cartesiano.

---

estatal. Trata-se, como ensina Pierre Bourdieu, de entender tais regras implícitas ao campo da produção da fé, formado pelo *habitus* das pessoas.

Uma ideologia científica não é uma falsa consciência, no molde da ideologia preconizada pelos marxismos. Também no campo da ciência a ideologia científica não carrega o sentido de uma falsa ciência que se atem a renunciar em descobrir o que seria falseado em sua teoria. Uma ideologia científica, em sua historicidade, como ensina Georges Canguilhem, chega a seu final quando uma disciplina inaugura operacionalmente as provas de validade das normas de cientificidade (Canguilhem, 1977, p. 36). Atualmente Capra (2000) propôs uma síntese global (paradigma holístico) diante das novas descobertas científicas nas ciências da vida, por meio de uma teoria que oferece, ao pensamento sistêmico, modelos e teorias de sistemas vivos revistos sob uma visão unificada entre mente, matéria e vida. No entanto, a contribuição dessa discussão para as ciências da saúde, também em função do diálogo que se estabeleceu tão somente com o campo científico a partir da história das ciências da vida, restringiu-se a questionar modelos e descobertas científicas partindo da cosmologia materialista, deixando de avaliar alternativas e influências de outros valores fundamentais no campo científico, por exemplo, a neutralidade, autonomia e imparcialidade perscrutarem o progresso científico voltado para a análise das ciências da saúde (Lacey, 2010).

Embora essas discussões travadas sobre o tema paradigma médico holístico obteve no Brasil um lugar definido na área de conhecimento da Saúde Coletiva brasileira (Luz, 2005a, 2005b), não se comporta, no entanto, a questão da espiritualidade no tema racionalidades médicas, apresentando-se pouco clarificada também para as denominadas Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), que tende a designar as atividades espirituais como elementos pertencentes tão somente às medicinas tradicionais.[5]

A controvérsia vitalista do corpo

O tema da espiritualidade oferece a crítica ao campo da saúde no momento em que importa distinguir, na racionalidade científica moderna (Luz, 1988a), a prática médica científica da não científica.

5. Confrontar o termo "medicina tradicional" em Descritores em ciências da saúde, sítio: http://decs.bvs.br .

Na França, por exemplo na era das Luzes, já se havia julgado a prática do mesmerismo como curandeirismo, charlatanismo ou prática médica ilícita (Abrantes, 1998; Darnton, 1988). No Brasil, embora não tenha migrado de modo direto esse problema central do mesmerismo, podemos afirmar que as instituições espíritas, criadas no início do século XX, participavam de um processo de legitimidade social tão somente no campo religioso (Giumbelli, 1997a).

Uma versão metodológica crítica desloca o ponto alto dessa discussão para a fronteira entre o campo religioso e o campo da medicina científica pelo debate de época sobre as concepções vitalistas de vida e saúde, gerador dos vitalismos como ideologia científica. Georges Canguilhem informa sobre a vitalidade do vitalismo, que se poderia aplicar na atualidade para a prática científica (Canguilhem, 2006a, 2006b; Lacey, 2010), partindo do sentido historiográfico que atualiza a controvérsia ideológica da prática científica na medicina (Canguilhem, 1977). Incorrer a elementos de historicidade sobre os vitalismos para delimitar mais precisamente essas fronteiras na história da medicina torna-se uma estratégia epistemológica que estende ao entendimento a gênese das ciências da saúde. Canguilhem (1955), interessado na produção do conhecimento a partir da historicidade dos conceitos, observou o progresso das ciências da vida em concomitância ao progresso da medicina, construindo assim uma metodologia filosófica que averigua em sua gênese na história das ciências, a estrutura racional subjacente aos conceitos. Ao referir a conceitos relativos à vida e a medicina o filósofo propôs também ajustá-los à realidade distorcida utilizada na prática científica atual da biomedicina em contraponto às ideologias científicas nas ciências da saúde. Frequentemente justificados para manter socialmente neutra a hegemonia da biomedicina no campo científico da medicina, entende-se aqui a metodologia filosófica canguilheana como uma referência importante para o trabalho de resgate histórico de conceitos cujos sentidos podem ser utilizados para a crítica das ciências sociais no campo da saúde.

É certo que, ao discutir a vitalidade do vitalismo, Georges Canguilhem (2006a) propõe verificar o conceito de vida como uma realidade complexa e irredutível à lógica do mecanicismo. Expõe essa controvérsia através de reflexões em torno da ideologia científica por detrás do conceito de reflexo, desde René Descartes.

Perez e Rionda (2007) refazem esse percurso epistemológico proposto por Georges Canguilhem, ressaltando a seguinte preocupação filosófica nos estudos médicos: a descrição funcional dos órgãos nos corpos (coração, cérebro etc.), centralizadas em sistemas (circulatório, respiratório etc.), permitiu a Descartes analisá-las em sua totalidade corporal pressupondo o corpo como um autômato. Especificamente aos nervos caberiam a função no sistema autômato dos movimentos involuntários e voluntários, uma explicação plausível que justificaria tais movimentos na fisiologia e anatomia do corpo humano, ligadas à teoria que estabelece a relação entre a natureza extensa e a natureza pensante. O pensamento teria então características imediatas e o corpo características mediatas, seguida por uma fórmula funcional do corpo-máquina (pensamento-faculdade-corpo humano-sensação-corpos externos). No entanto, alertam os comentaristas, não se deduz dessa fórmula a possibilidade de uma teleologia dos organismos vivos, pois, na filosofia cartesiana, toda matéria no universo (extensa e divisível) tem na propriedade dos corpos o próprio movimento. Enfim, para uma história da medicina científica, deve-se considerar que a origem da controvérsia sobre a distinção e interação entre alma e corpo, atribuída pelos historiadores da ciência, não reduz à distinção do conceito de reflexo oriunda dos estudos cartesianos sem tomar conta do sentido estrito do conceito de reflexo utilizado por René Descartes nas teorias físicas da ótica.

É desse contexto histórico que podemos afirmar que Descartes explica, através de uma fisiologia e anatomia do corpo humano, o valor do conceito mediador *espírito animal*. Um fluido que corre pelo corpo, nas partes mais vivas e sutis do sangue, que se rarefaz no coração e se dirige ao cérebro através da aorta e carótidas, os espíritos animais assim denominados por Descartes, se movem para os nervos e músculos permitindo o movimento do corpo. Essa explicação do movimento no corpo animal é dada graças ao ar ou vento muito sutis determinados pelos espíritos animais que partem do cérebro aos demais locais do corpo até o músculos perfazerem a parte motriz, cabendo à alma, situada no corpo humano justamente na parte inferior do cérebro (glândula pineal), a função de mover a própria glândula pineal, que tem especificamente a função de percepção dos movimentos corporais ou dos próprios espíritos animais no corpo, podendo sacudi-la (glândula pineal)

para uma reação. Enfim, nenhuma evidência teleológica poderia restar a Descartes a explicação racional e mecânica da vida no corpo humano a não ser cogitar a existência de elementos materiais (espíritos animais) atrelados aos corpos vivos.

Para Canguilhem, uma história das ciências médicas deveria considerar o estatuto de cientificidade, a exemplo do conceito de reflexo que os médicos Thomas Willis e Jri Prochaska alcançaram, desde quando tomaram por referência o progresso nas ciências físicas pressupondo a lei dos movimentos dos corpos de Issac Newton, que propunha para entendimento universal superar as restrições mecânico-materialistas com o esquema explicativo sobre a "ação à distância", quando então o sentido de reflexo (e não de reflexão do campo da ótica) aparece nos objetos vitais.

A posição historicista de Georges Canguilhem reconhece que as ciências da vida, longe de constituir-se de elementos absolutamente mecanicistas, consolida-se também pelos argumentos vitalistas. Pois, faz-se necessário colocar em cena a importância da explicação teleológica, de uma finalidade em si mesma (*telos*), pois a vida é valoração, eleição de alternativas, plasticidade e capacidade de autoregulação, e não se poderia se adaptar a um esquema tão somente mecânico-físico. No vitalismo de Canguilhem, aposta-se no argumento de que a medicina moderna deve sua consolidação como ciência, não a êxitos exclusivamente mecanicistas, senão também a explicações derivadas do vitalismo. O filósofo reclama o espaço de manutenção desse critério, uma vez que "a vida em seus fenômenos sempre supera em possibilidades o que é possível na ciência". Não desejando se opor ao conhecimento científico sobre a vida, Canguilhem entende o vitalismo como um elemento sensível para descobrir a originalidade da vida, uma necessidade de realocar essa controvérsia, porém, de modo a não distorcer ou descartar o lugar das explicações mecanicistas.

Entre meados do século XVIII e meados do século XIX, o vitalismo, defendido como alternativa às explicações mecanicistas cartesianas para explicar a vida orgânica, foi usado como um postulado para justificar de modo geral a existência de uma força, impulso vital, sem a qual a vida não poderia ser explicada. Apresentado como elemento causal principal na organização material dos sistemas da vida, trouxe a perspectiva de que os fenômenos relativos aos

seres vivos (como a evolução, a reprodução e o desenvolvimento) poderiam ser controlados por um impulso vital de natureza imaterial, portanto, fora do domínio do conhecimento físico e químico das forças, assim reconhecido no campo científico. O fenômeno biológico, na abordagem da força vital (imaterial e imponderável), não correspondendo aos modelos físico-químicos de força, na referência canguilheana, transforma-se em uma ideologia do vitalismo, opondo-se ao pensamento materialista e mecanicista em geral.

Assim, a ideologia do vitalismo científico, especificamente para a medicina, poderia conjugar-se na antiga acepção grega e medieval de *alma*. Regra geral, o conceito de alma, utilizado para a organização dos sistemas de crenças religiosas, reproduz a fé nas práticas de cura (não médicas), envolvendo o destino da alma humana. Surge, da mentalidade positivista, o rechaço às explicações vitalistas no campo científico, a exemplo da controvérsia da prática da homeopatia no campo médico.

Criada entre 1796 e 1810 por Samuel Hahnemann, a Homeopatia, enquanto um sistema de conhecimentos médicos fundamentado na positividade da energia vital em uma doutrina terapêutica (*Organon de medicina racional*), instituiu-se sob a tutela cognitiva do princípio material e da dinâmica da energia vital, cuja materialidade pressupunha-se depositada na natureza vibracional do ser vivo.

Como mostra a pesquisa histórica epistemológica de Regina Andrés Rebollo (Rebollo, 2008, p.45-76), no final do século XVIII, quando fortemente influenciado pela perspectiva newtoniana e baconiana,

> ... o campo de conhecimento médico é marcado por uma pluralidade de sistemas médicos-filosóficos que começam a mostrar sua fragilidade teórica e prática se comparados ao avanço das ciências físicas, matemáticas e da química ... ... o problema central da medicina do período é basicamente o de justificar teoricamente o ação terapêutica, isto é, apresentar uma explicação racional da intervenção médica, que tenha sido elaborada cdom base em um conhecimento perfeitamente estruturado cujo modelo para época é o conhecimento experimental e observacional isento de hipóteses metafísicas (Rebollo, 2008, p. 45)

Entre as correntes médico-filosóficas mais importantes destacava-se a Escola Médica de Montpellier, reduto do neo-hipocratismo do século XVIII. [6] Afirma Rebollo (2008, p.59) que em Mont-pellier desenvolveu-se o vitalismo preconizado por Bordeu que afirmava especificamente sobre os nervos dos seres vivos como sedes das sensações e da sensibilidade, discordando da teoria cartesiana dos *espíritos animais* e da teoria de Haller e William Cullen sobre do paradigma da irritabilidade. Mas, respeitando a fisiologia de Baglivi, Bordeu apostava na teoria da força vital que explicava a origem do movimento pelo poder de contração e oscilação provocado por uma reação espontânea ou adquirida. Portanto, a alma estaria para ele unida ao corpo e às funções particulares e "o cérebro deveria possuir o movimento de tonicidade ativa próprio das membranas que se propaga nos nervos" (Rebollo, 2008, p.59). Para Rebollo a teoria de Barthez se assemelha a teoria do sistema terapêutico de Hahnemann quando se afirma seus pressupostos sobre a matéria viva, que é organizada por leis distintas das leis físico-químicas, dada a autonomia que possui. Afirma o que anima os vegetais é o poder ativo de forças internas (e não as forças externas ao ser), e tal poder de movimento interno à matéria viva exerce funções por faculdades e afecções, que podem ser atrelados ao processo funcional de saúde e doença; o princípio vital, portanto, é causa de todos os fenômenos do corpo humano, dado que, não sendo uniforme, sofre alterações desde o nascimento à morte. Barthez pensa essa força vital como uma *matéria sutil*, presente na forma de sensibilidade espalhada por todo o corpo.

Pode-se afirmar que o sentido do termo espiritual aqui designado no vitalismo de Barthez (matéria sutil) desdobra-se em Bichat,[7] contemporâneo de Hahnemann entre outros, a quem se atribui a formulação de teorias médicas as quais defendeu o princípio diante da irredutibilidade da vida à matéria inorgânica (matéria inerte), concentrando na busca do conhecimento da força vital própria à cada tecido.

6. Rebollo (2008, ps.47-61) mostra em sua pesquisa quatro "seitas médicas" do período: os mecanicistas (Hoffmann, La Mettrie, Cabanis), os sthalianos (Sthal), os hallerianos (Cullen e Brown) e os montepellianos (representados por Bordeu e Barthez).
7. Marie François Xavier Bichat (1771-1802) foi anatomista e fisiologista francês.

Na Homeopatia de Hahnemann, postula-se a existência da força vital, como modelo explicativo dos processos orgânicos relacionados ao adoecimento e cura; afasta-se, no entanto, do animismo e de mecanicismos estritos, e se aproxima de um modelo de restauração da saúde humana, herança direta de Hipócrates, Sthal, Reil, Pinel, Schelling e dos médicos da escola de Montpellier (Rebollo, 2008, p. 46). Como se sabe, no Brasil a Homeopatia foi reconhecida como prática terapêutica médica e científica pela comunidade científica e política e influenciada pela área de conhecimento Saúde Coletiva.

Desse contexto epistemológico e político, pergunta-se a respeito da proposta terapêutica espírita: trata-se de uma ideologia ou, preconizada por médicos em instituições de saúde no Brasil, enquadra-se nas denominadas práticas terapêuticas alternativas ou integrativas, como é considerada a Homeopatia? Propôs-se investigar em uma dessas instituições de saúde espíritas para entender o sentido do fenômeno no campo da saúde e esclarecer o lugar dos hospitais espíritas no interior do *habitus* científico, também em vista de precisar uma interpretação antropológica sobre o tema tabu da espiritualidade (ou terapia espiritual) no campo da saúde.

Parte 1

O problema da terapia espiritual no campo da saúde

Inicialmente, propõe-se expor o problema da terapia espiritual no campo da saúde, por dois critérios. No Capítulo 1, explorar-se-á um problema sócio-antropológico ilustrado por um caso de cura, que veio à baila durante a pesquisa de campo. Terá a intenção de esclarecer o objeto de estudo, ora pertencente ao campo religioso, ora ao campo da saúde. No Capítulo 2, explora-se uma versão sócio-histórica das terapias espirituais, examinada em dois ensaios, em vista de descobrir elementos fundamentais do campo da saúde. Uma interpretação sobre a origem institucional dos hospitais espíritas, ainda pouco explorada na literatura nacional, situa o objeto de estudo no Capítulo 3. Finalmente, no Capítulo 4, explana-se a hipótese do espaço terapêutico híbrido colocado sob o problema epistemológico da espiritualidade no campo da Saúde Coletiva.

Capítulo 1

Expectativas em torno de um caso de cura espiritual

A expectativa era grande, principalmente depois que souberam que uma tese de doutorado colocaria em destaque a instituição médico espírita, realmente, diziam, uma situação privilegiada para o Espiritismo. O grupo de religiosos espíritas mantinha a crença de que somente no âmbito da ciência poderia elevar o *status* científico das práticas terapêuticas espíritas que ali se praticavam em segredo. Carregava-se a noção de que esse argumento, o de defesa das práticas terapêuticas espíritas, deveria seguir parâmetros de cientificidade mesmo que ainda realizados de modo velado no âmbito religioso.

Depois de solicitar autorização para a dirigente responsável pelos trabalhos religiosos, uma das fundadoras do hospital, ela mesma considerou oportuna a participação do pesquisador nas reuniões mediúnicas, [1] que há tempo realizavam, desde os anos 60, em uma pequena sala com os melhores médiuns da instituição de saúde para pacientes de longa permanência. Desde o ano de 2000, a presença de uma equipe de profissionais de saúde do próprio hospital transformou nesta a missão do grupo: provar a cientificidade da medicina espírita. Desde os primeiros encontros um antropólogo aparecia-lhes como um cientista, sem deixar claro o papel no grupo.

O primeiro passo de identificação com o grupo ocorreu com o convite para participar das reuniões mediúnicas de desobsessões vol-

1. Reunião mediúnica são aquelas reuniões de médiuns, que se reúnem para evocar espíritos a fim de doutriná-los.

tadas aos internos que residiam no hospital.[2] No entanto, uma coisa era certa entre todos: a terapia espiritual ali realizada, com a presença de uma equipe de profissionais de saúde de mesma crença (dois médicos, uma enfermeira e uma fisioterapeuta), realmente, durante os quase 50 anos de funcionamento dessas reuniões mediúnicas, esse era um momento significativo que denotava o próprio avanço científico com uma equipe de cientistas e profissionais de saúde. Anunciavam-se novos experimentos mediúnicos, reconhecendo as descobertas científicas promovidas por uma "ciência espírita".

Na verdade, muitas sessões espíritas sucederam-se durante um ano, antes de o médico espírita anunciar a cura de um dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Tratou de persuadir os participantes, mesmo aos que não teriam presenciado o fenômeno no ano anterior, a cura espiritual de um interno. Poderia ser uma cura religiosa, entre tantas que comumente se anunciam nos centros espíritas, onde se ouve dizer a respeito da eficácia terapêutica aplicada às enfermidades, resultando a cura espiritual das almas de pessoas falecidas. No entanto, o caso ali se referia a um paciente que não estava morto, estava vivo e residia no hospital. Para o médico espírita, esse caso transformou-se em um exemplar, orientado a provar a eficácia do espiritismo e discutir as possibilidades de uma ciência espírita.

O interno, que aqui, anonimamente, denomina-se por Silva, recobrou a saúde depois de permanecer por sete meses na unidade de terapia intensiva do hospital.

1.1. Cura biomédica ou cura espiritual?

Autorizado o acesso ao serviço de arquivo médico estatístico, setor que cuida da documentação dos pacientes internos da instituição, remontou-se a história pregressa de Silva, típica dos internos que passam a morar no hospital por motivos de portarem deficiências múltiplas, geralmente abandonados pela família. Silva é uma pessoa portadora de deficiências múltiplas e quando seu tio passou a ser seu tutor, depois de sua mãe abandoná-lo, solicitou a ajuda da

2. Desobsessão é o termo utilizado pelos espíritas para designar a doutrinação de espíritos que se apoderam do corpo de pessoas.

instituição, pois não tinha condições mínimas de manter educando e criando o tutelado em sua casa. Silva nasceu em junho de 1976 e foi atendido pelo hospital, que aceitou sua internação em função da política da instituição. Pela referência da classificação internacional *Portage Guide to Early Education*, a área médica psiquiátrica autorizou a internação do cliente com o diagnóstico deficiência mental profunda, avaliando sua idade mental em 7 meses, cuidados pessoais próprios em 4 meses, atividade motora em 11 meses, período de desenvolvimento sensório motor. Silva foi internado com 5 anos de idade na instituição, em fevereiro de 1981.

Dentre os variados relatórios (que cada interno possui na forma de um prontuário próprio), desde o início de seu internamento, preponderam as atividades biomédicas da área médica (evoluções clínicas do paciente, principalmente quando se encontra na enfermaria central) sobre as demais atividades interdisciplinares.

Em 1995, o serviço social repetiu as principais informações dos primeiros relatos do cliente desde sua internação, nos seguintes termos:

> *O interno, procedente de família ilegalmente constituída, durante os primeiros meses da internação recebeu visitas regulares dos familiares, os quais revezaram. Porém no decorrer do segundo ano, as visitas passam a ser assistemáticas, caindo a frequência alguns anos intercalados porque o tutor é domiciliado em Campo Grande (MS) embora os demais familiares residam em São Paulo* (Dados obtidos do prontuário do paciente).

O diagnóstico psicológico, que mais influi na discussão sobre o tipo de deficiência que porta o residente, apresentou um resultado diferente do laudo psiquiátrico, que no mesmo ano de 1995 concluiu:

> *Aspectos físicos: trata-se de indivíduo que deambula, ouve e vê, porém não possui linguagem verbal. É independente na alimentação, necessitando de auxílio para banho e vestuário. Não tem o controle dos esfíncteres; Aspectos emocional: apresenta distúrbio alimentar "pica" ingestão de alimentos. Costuma cuspir no chão, além de gostar de fugir. É agitado, sendo passivo em relação ao contato afetivo. Até o momento não foi observado comportamento de ordem agressiva ou sexual; Aspecto cogni-*

tivo: reconhece seu nome quando chamado, atendendo ordens simples quando associadas à rotina. Não reconhece objetos nem sua função. Possui preensão (sic) palmar. Atenção e concentração encontram-se prejudicadas; Aspecto social: responde ao meio sorrindo chegando a contactuar quando estimulado. Infantilizado; Conclusão: de acordo com o quadro acima descrito o paciente classifica-se com o portador de Deficiência Mental Severa Inferior com idade psicomotora na faixa de 1 a 2 anos (Dados retirados da instituição).

Em 2002, diante de uma nova política de diagnóstico sobre a deficiência mental reformulada por outros parâmetros, a equipe médica reviu a classificação do interno:

Tendo em vista a evolução do desenvolvimento bio-psico-social dos assistidos ao longo dos últimos 10 anos, reavaliamos o nível de rebaixamento mental de cada um dos assistidos presentes. Por conta de algumas dissociações diagnósticas entre Psicologia e Psiquiatria, essa reavaliação foi realizada conjuntamente. Os critérios utilizados foram: social, atividades realizadas setoriamente, de dependência ou não nas atividades da vida diária, aspecto físico e afetividade. Foi observado que alguns assistidos apresentaram perdas, outros ganhos e outros nenhuma alteração. A classificação atual do presente assistido é Deficiência Mental Profunda (Dados retirados da instituição).

A cura de Silva ocorreu no ano 2000. A repercussão do caso no grupo de religiosos, veementemente lembrado como exemplo de cura espiritual, ficou bem expressa nas palavras de um dos espíritas, que entendeu o fenômeno como um conflito entre práticas religiosas:

O caso do residente foi um caso de conflito, em que falaram para ele que acreditando em Jesus estaria salvo e por isso foi preciso fazer um trabalho espiritual dizendo que não era isso: não é só acreditar em Jesus. Jesus não é uma figura de retórica; é nosso mestre que veio nos ensinar como viver e deve ser aplicado na vida prática (Depoimento AGEDir).

A explicação religiosa levava em conta os cuidados espirituais dispensados a Silva em uma das sessões mediúnicas. Consideravam a cura espiritual depois do interno se manifestar enquanto

espírita, através de um médium. O interno aceitou os princípios doutrinários do espiritismo após conversar com o médico, que o convenceu a abandonar a ideia de suicídio promovida pelos evangélicos da instituição. No entanto, outra versão, a dos profissionais de saúde não espíritas, concorria para explicar a recuperação do paciente na UTI. Acreditavam que os cuidados na UTI foram suficientes e causaram o restabelecimento físico do paciente.

Durante a etnografia, foram suscitadas duas hipóteses de interpretação: 1) o caso Silva tornou-se um produto de troca religiosa e 2) um conjunto de crenças concorriam para explicar a cura de Silva no espaço do hospital.

1.2. A cura de Silva

As duas versões, dos religiosos e dos profissionais de saúde envolvidos no restabelecimento de Silva internado na Enfermaria Central com o diagnóstico de caquexia, provinham de várias fontes: dos prontuários do paciente (a evolução clínica), das atividades biomédicas interdisciplinares, das gravações das sessões mediúnicas e das entrevistas com espíritas e profissionais de saúde.

De fato, houve a cura do estado debilitado do residente, que esteve no período de sete meses no ano de 2000 na Enfermaria Central. Assim sucederem-se os relatos no prontuário médico de Silva, nos seguintes intervalos de tempo internado na UTI: de 04/01 a 11/01 (7 dias); De 02/02 a 22/03 (50 dias); 29/03 a 04/04 (7 dias); 05/04 a 25/04 (20 dias); 28/04 a 09/05 (12 dias); 26/05 a 14/07 (48 dias).

O período de atenção intensiva dispensada ao paciente não foi em função de uma enfermidade propriamente originada em seu organismo. A constatação da fonoaudióloga, que acompanhava diariamente os problemas de vômitos e caquexia, justificava a causa da enfermidade por um diagnóstico clínico:

> *Considerando que o paciente apresenta hábito antigo e regurgitações, ruminações de alimentos (vide anotações médicas mais antigas), o comportamento pode ter ficado mais exacerbado para uso de SNG e também levando-se em conta a retirada constante de dieta (feita para o próprio paciente), somado à necessidade de aporte nutricional bas-*

tante controlado, a indicação da via de oferta das dietas está mais relacionada à aspectos clínicos do que propriamente fonoaudiólogos, já que o quadro motor oral é estável e o padrão de deglutição é satisfatório. Assim sendo, considerando esses aspectos clínicos, há concordância quanto à tentativa de manutenção com o SNE. Desta forma, talvez tenhamos menos sondas retiradas (por pacientes) e garantia de ingestão adequada de dietas (Dados obtidos da instituição).

Com esse diagnóstico clínico o residente apresentou-se na UTI para cuidados especiais porque para todo alimento ingerido, embora pastoso e do modo nutricional específico para ele, havia uma rejeição frequente na forma de regurgitação. Nos relatos oficiais do prontuário, pareciam que as regurgitações partiam de um ato involuntário do organismo do paciente, do refluir o fluxo de alimentos em direção oposta à normalidade, do estômago para o esôfago. De fato, nada foi mencionado a respeito de o paciente provocar intencionalmente vômitos continuados. No prontuário, os profissionais de saúde mostravam preocupação em torno do organismo debilitado, cujo peso alterava-se rapidamente.

A rotina das enfermeiras, que tomavam o peso de Silva periodicamente, mostrava que havia uma perda de peso expressiva nos seguintes meses do período de internação: no começo de fevereiro de 2000 com 37,2 kg passou no final do mês a 32,1 kg, permanecendo em torno desse mesmo com peso até final de abril do mesmo ano. Foi no começo do mês de maio que obteve ganho de peso de 1,2 kg, chegando a 34 kg. A partir de então gradativamente o peso do paciente foi se normalizando até início de agosto, quando saiu da UTI com 38 kg.

Foi no período crítico de emagrecimento que se requereu auxílio clínico intensivo. A assistência biomédica, aplicada principalmente pela equipe de enfermeiros presentes na UTI, seguia orientação dos médicos plantonistas e, no caso em questão, recaía a responsabilidade geral para o médico especialista em gastrenterologia, a quem todos aguardavam a decisão terapêutica final. Uma versão médica interpretou do seguinte modo a evolução clínica do paciente na UTI.

Realmente, não se achavam os recursos clínicos adequados para resolver o problema que levou pela primeira vez Silva à UTI. Embora sempre tivesse um quadro de regurgitações presentes

em sua vida pregressa no hospital, foi a primeira vez que esteve durante tanto tempo com intensa regurgitação em seus 24 anos de convívio na instituição. Desses sete meses que permaneceu nesse estado de gravidade, dois foram os períodos críticos em que o residente apresentou queda e ganho de pesos acentuados. No período de janeiro a março de 2000 a preocupação da equipe médica esteve voltada para entender a causa da perda de peso de Silva, que se apresentava nas evidentes regurgitações como um sintoma. Primeiramente acordaram em realizar uma gama de exames: de sangue, esôfago e estômago (endoscopias), exames diagnósticos com base na nosologias clássicas de patologias bacteriológicas, todos para descoberta da enfermidade e, posteriormente, preparação para uma futura cirurgia. Ou seja, a caquexia levou, na maior parte do tempo de internação, à permanência de uma sonda *naso-gastro* para alimentação diária ligada ao estômago, necessária à manutenção mínima do corpo acamado e sem movimento. Mas com "rebaixamento de consciência e crises convulsivas encontra-se em estado de urgência na enfermaria central: emagrecido porquê?" (Depoimento APS), pergunta o médico plantonista, solicitando os exames de praxe.

O prognóstico evoluía para a jejunostomia, ou seja, uma construção cirúrgica com o objetivo de alimentar um paciente pela comunicação do jejuno (parte do intestino delgado entre o duodeno e o íleo) com o meio exterior. Essa intervenção cirúrgica, depois dos diagnósticos biomédicos, e os exames projetavam a evolução clínica para esta única referência: ganho do peso do paciente. Mas, sem êxito, a discussão verificada no prontuário de Silva mostrou que, depois de três meses de sua internação e tratamento na UTI não surtir o efeito desejado, aumentava a preocupação pela falta de um diagnóstico clínico e exames, que conflitavam com o fato de sucessivas regurgitações resultarem em sensível queda de peso.

Em 31 de maio do mesmo ano de 2000, a fonoaudióloga, depois de no início desse mês ter informado sobre a questão de "acertar melhor a dieta" para a enfermagem, decidiu deixar um auxiliar de enfermagem junto ao residente para ofertar alimento mais diretamente, deixando ao corpo clínico decidir sobre a seguinte sugestão:

Paciente segue acertando bem as dietas, tentando regurgitar, porém recuando com a presença de alguém que "brigou" com ele! (...) Manteremos o esquema de acompanhamento direto da seguinte forma: cuidados de enfermagem¸ auxiliar de área para oferta de almoço e jantar, acompanhante após estas dietas por certo tempo e pajem que irá destacada para esta função, já pedido a supervisora geral. Esta pajem não fará procedimento direto com o paciente tendo a função de "repreendê-lo" toda vez que tentar regurgitar. Enfermagem ciente. Obs: A pajem, para não ocupar pessoal da enfermagem que necessita atitudes os demais pacientes mais graves desta Unidade, não podendo permanecer direto, "o tempo todo" no seu lado. A pajem em tempo integral (Dados obtidos da instituição).

A sugestão de manter uma pajem no local para assessorar a tarefa de ofertar adequadamente as dietas, como acima descrito foi um pedido de ordem médica à enfermagem para esta ordenar os serviços da maternagem. A sugestão foi bem aceita pela equipe da área médica e, no mesmo dia, o médico plantonista informou a perspectiva terapêutica em função de uma evidente melhora:

Paciente melhorou das regurgitações em presença da fonoaudióloga (ou auxiliar de enfermagem) durante uma hora e meia após almoço e jantar, "brigando" com o paciente para ele não regurgitar. É que o paciente não vai precisar de cirurgia, pelo menos por enquanto, com a equipe toda voltada para o problema dele, talvez consigamos um aumento de peso, chegar a 40 kg em dois meses (Dados obtidos da instituição).

Se o prognóstico médico plantonista foi o de acreditar no aumento do peso por meio da pajem brigando para não regurgitar o alimento ingerido, o prognóstico do médico gastrenterologista, no começo de junho de 2000, diferiu em função de acreditar, diante do estado tipo crônico, na entrada do sexto mês de caquexia. Para ele, esse longo período de tratamento convencional na Enfermaria Central projetava as visíveis evidências para manter o prognóstico anterior de intervenção cirúrgica, uma solução mais acertada do ponto de vista da medicina biomédica: "Somos da opinião tratar-se de um caso cirúrgico (gastro-intestinal) já discutido com o médico, chefe clínico do hospital" (Depoimento APS).

Dez dias após esse parecer do médico especialista, a fonoaudióloga acusou melhora do paciente, informando o ganho de 1,2 kg de peso e associando isso a uma única causa: a da atuação da pajem que foi mantida exclusivamente na UTI auxiliando na recepção da dieta. "Houve ganho de 1,2 kg, coincidente com o esquema de dieta e vigilância" (Dados obtidos da instituição). Estava declarado no prontuário do residente, sugerindo a indução terapêutica em função da atenção vigilante da pajem, que adotou procedimentos fora dos parâmetros biomédicos, vigorou como uma alternativa médica bem sucedida. De fato, o mesmo raciocínio foi preservado no longo dos demais relatórios em que se pronunciaram vários profissionais de saúde, cuidadores do caso. A médica plantonista finalmente declarou:

> *O paciente mantém quadro de caquexia, porém está clinicamente melhor. Teve segundo pesagem, ganho de 1,2 kg em uma semana (...) passo por escrito a necessidade da pajem para acompanhá-lo, já que este trabalho conjunto tem surtido efeito positivo, haja visto que houve ganho ponderal neste período* (Dados obtidos da instituição).

No mês seguinte, o setor da Enfermaria Central, sob a direção da área médica do hospital, preparou a alta de Silva, uma vez que "o paciente vem evoluindo bem, ganhando peso e diminuindo o quadro de regurgitação e vômitos" (Dados obtidos da instituição), declarou o médico de plantão. E fonoaudióloga mostrou-se confiante em relação ao trabalho, declarando sobre o paciente: "(...) tomando 'banho de sol' no momento apresenta novo aumento de peso. Manter dieta" (Dados obtidos da instituição). Enfim, o médico plantonista esperou a palavra final do gastrenterologista, quando este finalmente indicou que o paciente

> *com ganho de peso satisfatório, conclusão: acredito que o interno não necessita de cuidados da Enfermaria Central atualmente podendo retornar para a Enfermaria de seu Pavilhão, supervisionado pela pajem que o acompanha exclusivamente aqui na Enfermaria Central* (Dados obtidos da instituição).

Ficou caracterizado no relato médico que o resultado de melhora de Silva proveio da prática médica, de um cuidado intensivo para ingestão cautelosa de alimentos, sempre no espaço médico e dentro de um esquema da ordem médica.

Já para os espíritas, o que aconteceu foi uma correção moral, na verdade poderia designar uma cura espiritual, dado que Silva processou em sua consciência outra opção de fé. O médico espírita, que levou o caso para a assistência espiritual na razão prática de obter soluções alternativas às limitações do tratamento biomédico no período crítico do internamento de Silva, assim expressou sobre o caso:

> *Basicamente o caso do residente é de um paciente com um quadro de inanição, onde todas as medidas técnicas necessárias e possíveis vinham sendo tomadas e o paciente se mostrava insensível tanto às abordagens da equipe multidisciplinar, quanto às abordagens médicas, inclusive sondando o paciente ele regurgitava através da sonda, que é um caso mais ou menos raro conseguir fazer movimentos gástricos para fazer voltar o alimento através da sonda. Dentro da política da instituição de prestar uma assistência médico hospitalar e espiritual em associação, levei o caso do residente numa tentativa de buscar uma ajuda dentro desse atendimento espiritual, que ocorre na instituição de forma complementar. A data exata do atendimento espiritual não me lembro, mas me lembro que estava marcada uma cirurgia, onde se faria uma ostomia uma vez que a via sonda não estava sendo suficiente a ideia era fazer essa alimentação através de um orifício diretamente no duodeno e estava-se fazendo os exames pré-operatórios* (Depoimento APSHib-médico).

É interessante notar no relato do médico espírita o argumento da necessidade espiritual, sob raciocínio de um acontecimento imprevisto: a assistência espírita, geralmente processada por vibrações e preces à distância em favor do assistido, no caso de Silva, no entanto, a cura espiritual sucedeu-se após a comunicação do espírito do próprio paciente, informando precisamente as razões das causas de seus problemas de saúde, a enfermidade que passava na Enfermaria Central:

Acontece que houve, numa dessas reuniões mediúnicas na instituição, uma comunicação (com frequência leva-se o nome do paciente para que se faça um vibração direcionada a ele para que possa obter algum benefício) e aí nesse dia em que o nome do residente foi levado, ouve uma comunicação, o que não é frequente. O que é frequente é o paciente, é a gente pedir essa vibração e observar algumas melhoras no paciente sem qualquer comunicação. Nesse dia em particular houve uma comunicação de um paciente que não se identificou pelo nome do paciente em questão, mas um paciente que quis falar comigo, pediu para se comunicar comigo através do médium e questionou o direito dele de morrer. Ele achava que queria e poderia morrer. E foi dentro de uma conversa fraterna, que se desenvolve em reuniões desse tipo, foi proposto a ele que desse mais uma alternativa à vida, uma luta pela vida, que de fato poderia trazer benefício para ele e não entregar-se a morte. Dentro dessa postura ética, que a nossa instituição tem de estimular a vida - tanto é que nós fazemos esse estímulo com paciente que em muitos lugares não é feito com o argumento de que o paciente tem deficiência, a vida dele é muito ruim não vale a pena gastar tanto – a instituição tem uma posição completamente oposta a essa, que investe pesadamente na preservação da vida, porque acredita que quanto mais vida, mais chance de reforma interior e mais chance de uma evolução melhor para a pessoa, seja qual for o caso, esse é um pensamento universal da instituição (Depoimento APSHib-médico).

Dos demais agentes religiosos, o caso clínico de Silva identifica-se com um problema não necessariamente médico, mas essencialmente espiritual, dentro da ordem religiosa:

Em relação aos casos de paciente dentro do hospital que se beneficiou do atendimento religioso, não propriamente se beneficiou de atendimento religioso, mas de atendimento espiritual. O caso do residente. Ele um dia queria morrer porque passou, segundo informação dele próprio, passou a acreditar em Jesus e disseram que se ele acreditasse em Jesus ele estaria salvo e não ia sofrer mais: ele queria morrer. Passou a não se alimentar mais, não beber e ficou na UTI, na enfermaria central e achavam que ia morrer, e nada fazia para se alimentar, nem beber. Até que foi evocado nos trabalhos espirituais e foi dito para ele que estava se suicidando e não ia resolver nada, porque a dificuldade estava gravada no perispírito dele e essa dificuldade é que passa para o corpo, e era preciso limpar o perispí-

rito. E simplesmente acreditar não é o que Jesus nos disse: disse que nos amássemos uns aos outros e nos respeitássemos, porque Deus não castiga, mas também não premia: o que fizemos de errado temos de refazer, a quem prejudicamos temos de refazer. O que explicamos para ele, o que deveria fazer, ele estava no caminho errado, o médico chefe, o diretor clínico estava junto e conversou com ele, disse que não adiantava e pedimos uma chance para ele e ele se daria essa chance. Isso na sessão mediúnica; depois o médico que o recebeu esteve na enfermaria central, chamou e ele primeiramente não atendeu, depois tornou a chamar e atendeu, levantou os olhos e disse: você lembra que falamos, respondeu "me lembro". O médico pediu para dar água a ele, tirar a sonda e se recuperou rapidamente. Ele estava ruim, era um caso de abrir o estômago e jogar alimento lá dentro. Pela sua vontade própria ele jogava alimento fora, vomitava e não retinha o alimento. Esse foi um caso mais evidente (Depoimento AGEDir).

Mas, foi o médico doutrinador, em conversa fraterna, que argumentou contra a crença de Silva, explicitando que crer em Jesus não significaria salvar-se imediatamente, uma lógica perversa, pois que não autoriza tirar a própria vida para salvar-se. Ou seja, Silva foi convencido pelos evangélicos de que deveria acreditar em Jesus, mas de modo equivocado, não entendeu que acreditar em Jesus significaria enfrentar a própria vida nessas próprias condições dadas pela vida atual.

A novidade que aparecia é que essa forma de entendimento do médico espírita concorria também para uma explicação biomédica sobre o estado de inanição de Silva. A regurgitação não foi um ato involuntário proveniente do corpo debilitado e desorganizado de Silva, assim suposto pela equipe profissional da área clínica. Tratava-se de um ato deliberado da sua consciência, cujo desejo de se matar refletia no ato de regurgitar propositadamente. Ou seja, para o médico espírita o problema espiritual de Silva, relacionado com a falta de seu entendimento moral, acentuou em função da concepção de mundo que seguiu para se salvar na vida presente e que na sessão mediúnica foi possível trocar a orientação cosmológica espírita para sua salvação:

Acompanhei o caso do residente. Estava na inanição (comia e botava para fora pelo próprio vômito, não aceitava a alimentação, por um bom

tempo (três meses estava com 30 quilos). Entrou no tratamento clínico e comia via oral, por sonda naso-gástrica; não surtia efeito. Entrou em tratamento espiritual e começou a ser hidratado, passes magnéticos e energização; depois pediram para um funcionário lembrá-lo (o paciente) de não regurgitar e passear com ele (trabalho de aceitação espiritual) até pegar peso. Um mês depois retirou a sonda e reintroduziu via oral, hoje está gordo. Ficou uma incógnita para todos os médicos (Depoimento APSHib-enfermeira).

Ao passo que os profissionais de saúde não espíritas escolheram para explicação causal o trabalho da maternagem da pajem como solução do problema profissional exclusivamente voltada para cuidados exclusivos ao internado na UTI, para o médico especialista gastrenterologista, que também fez uma escolha explicativa, argúi que foi o procedimento extra-médico uma estratégia alternativa, portanto, fora dos parâmetros da medicina convencional:

Ele tem uma deficiência mental e naquela ocasião não aproveitava os alimentos, ele comia e voltava tudo, punha tudo para fora, regurgitava. Começou a emagrecer e colocamos na enfermaria central para tentar melhorar o estado que estava emagrecendo. Fizeram lá umas medidas extra-médicas que acabaram dando resultado. Começaram a induzi-lo a não regurgitar. No início nos pareceu assim um negócio superficial e achava que não dava resultado e acabou dando resultado e diminuindo os fenômenos de regurgitação. Puseram uma pajem dia e noite com ele e acabou diminuindo as regurgitações e se alimentando, acabou engordando. Tomava medicação, já estava tomando e parece que não estava fazendo efeito. Num certo momento indiquei jejunostomia para poder alimentá-lo, porque estava decaindo muito, mas isso depois de ter feito uma radiografia, vimos que tem uma problema de esôfago uma dilatação de esôfago, uma disinesia de esôfago que não funciona bem e ele tem também uma dilatação gástrica no estômago. São patologias que ele tem e provavelmente isso altera o funcionamento do esôfago e do estômago, incluindo os fenômenos de regurgitação e ruminação, ele come e o alimento volta, uma parte ele mastiga novamente outra parte ele engole novamente. Tem uma alteração anatômica, dilatação e sinesia do esôfago, sinesia é o mal funcionamento motor do esôfago e tinha dilatação gástrica que fazia o estômago funcionar de forma alterada, irregular. Isso é uma patologia e é congênito, ele nasceu com

isso, geralmente eles têm múltiplas deficiências. Não diria enfermidade porque ele continua com a mesma doença, o que ocorreu é começou a diminuir os sintomas que apresentava e com isso começou a aproveitar melhor a alimentação. Quando começou a melhorar se postergou a indicação da intervenção cirúrgica, embora alguém tenha indicado a gastrostomia (ostomia do estômago) mas isso não iria funcionar e indicamos a jejunostomia (Depoimento APS - médico).

A visão biomédica do gastroenterologista foi clara: ele decidiu acatar o procedimento extra-médico, porque, do ponto de vista pragmático obteve resultados positivos. O paciente acamado por meses regurgitando, reagiu na presença do pajem resultando em seu estado de melhora. O que corroborou a versão biomédica foram os exames que, embora não constavam no prontuário médico, por depoimento declarou o especialista que a causa das regurgitações teria sido provavelmente um problema congênito que, pressupondo o rebaixamento de consciência do residente, entendeu tratar-se de movimento involuntário orgânico de Silva. Jamais um problema de consciência deliberada de suicídio, como identificou o médico espírita.

1.3. A cura simbólica de Silva

Em depoimento, o médico especialista mostrou em sua versão que não houve propriamente um caso de cura espiritual. Como vimos sua explicação teve outra concepção de saúde e de doença. No entanto, em relação à religião mostrou-se pragmático, flexível quanto a procedimentos fora do protocolo médico, admissível aqueles procedimentos que promovem resultados terapêuticos. Acordou com o médico espírita a prática religiosa como atividade complementar, identificado o ponto comum entre ambos, o procedimento ético de preservar a vida dos assistidos.

Nesse sentido, diante dos resultados positivos, subscreveu tanto os procedimentos extra-médicos da pajem como também os procedimentos religiosos espíritas. Em suas palavras:

Com questão às práticas religiosas, nesse paciente também houve isso. Não entendo a fundo sobre esse assunto <Espiritismo>, que vem já há

algum tempo, já li alguns trabalhos americanos sobre isso e no Brasil há simpósios sobre esse assunto, mas não entendo a fundo para opinar a respeito. Do ponto de vista de tratamento até acredito que deva funcionar, surtir algum efeito. No caso em questão ele vinha submetido a preces, não sei bem que tipo de assistência espiritual foi feita, mas sei que foi feita, o que sei é que foi feita além dessa montagem, com a pajem de ensinar o paciente a não regurgitar, além da parte medicamentosa, que não estava funcionando. Deduzo que alguma coisa extra- medicamento funcionou. Porque analisando os resultados houve melhora, ele diminuiu a regurgitação, ele passou a se alimentar melhor, ele engordou, mas não se pode dizer a causa efetiva, o que existe é a observação dos resultados. Não se pode dizer sobre cura, ele não deixou de regurgitar, ele regurgita menos, ele engordou, não mais perdeu peso como daquela vez, continua com sintomas que tinha anteriormente, a salivação dele é muito grande e deve ser essa uma das causas da sinesia de esôfago que ele tem. Há estase dos alimentos, ele para no estômago é o que também estimula a salivação. Há uma experiência muito maior que a minha para uma explicação de fundo religioso. Eu vejo a coisa do ponto de vista médico, científico, as explicações que tenho são puramente do ponto de vista médico. Os religiosos explicam melhor do que eu os fenômenos religiosos. Para mim houve uma descompensação, ele tem regurgitação, hoje ele tem um peso maior do que de origem. A versão dos espíritas, a explicação religiosa é uma explicação, mas tem de entender os mecanismos para poder aventar essa explicação. O que posso dizer é o seguinte: qualquer outro mecanismo que tenham feito, funcionou mais que a medicação, funcionou porque ele já tomava a mesma medicação antes, ele continua tomando com a mesma patologia e continua tomando agora a mesma medicação, mas naquele momento essa medicação não fez efeito, então, deduzo, alguma coisa fez efeito que não a medicação. Não sei explicar essa crença dos espíritas, mas eu acredito, acredito aliás em qualquer mecanismo religioso de qualquer religião, cujo objetivo é ajudar alguém, não acredito muito para manobras para prejudicar alguém. Não há interferência de um ou de outro campo. Eu aceito e acredito mas não entendo o mecanismo. A alta do paciente derivou da melhora do estado geral, da alimentação, mas o que na verdade ele continua tomando é a mesma medicação que tomava antes, o que se acrescentou no tratamento foi esses mecanismo de indução e ensinamento para não regurgitar, na minha opinião deve ter dado resultado mesmo, enquanto a explicação a fundo religio-

so não sei. Quanto as terapêuticas religiosas, tudo que não atrapalha pode ser feito, só tem a ajudar porque a intenção é ajudar, isso não tem interferência, eles continuam fazendo essas preces em vários pacientes, e habitualmente eu reavalio alguns pacientes diante de uma relação de pacientes que eles fazem as preces concomitante com o tratamento médico. Existem pacientes que melhoram, agora atribuir isso ou aquilo para mim como médico fica difícil, não posso atribuir as coisas achando que é a medicação ou quem faz a prece pode dar mais valor à prece. Acho que as duas coisas podem ajudar. Pelos trabalhos que tenho lido e que vem a tona, médicos e cientistas que acreditam nisso, mas são pessoas que já tem a formação espírita de base entendem muito mais do que eu. A minha formação é católica, agora inclusive aqui aprendi muita coisa e acho que muita coisa que eles fazem é certo, o problema para mim é mais o objetivo, e o objetivo deles é ajudar e eles ajudam de alguma forma. Agora, o mecanismo exato pelo qual ocorre as coisas não sei se eles têm explicação para isso. Agora, efetivamente ele melhorou, ele continuou com a sianorreia (sic). Eles não interferem na medicação, eles acham que é uma adição no tratamento, que soma, sou a favor desse procedimento, à luz dos últimos trabalhos que tenho lido isso realmente ajuda, eu não tenho como avaliar a não ser do ponto de vista da observação, não há interferência do tratamento espiritual, as preces são feitas concomitantes, eles não sugerem acrescentar nem retirar a medicação, isso não! Aliás, trocando ideias com o médico de formação espírita, a intenção deles é somar, o objetivo não é substituir, por exemplo, a medicação pela prece. Quanto à instituição acho que aqui é mais uma instituição hospitalar e não asilar. Eu não conheço outra instituição semelhante, se é que existem, são poucas como essa, porque é um negócio difícil, e o trabalho que eles fazem, além de um trabalho de sacrifício, pois é difícil manter esses pacientes, é um trabalho exemplar, dão todo atendimento, exigem que se tratem os pacientes bem e são tratados como merecem, para melhorar o estado dos pacientes. É difícil a cura, porque são patologias que vêm de nascença, são patologias complicadas e múltiplas. Eu acredito que precisa ter formação e vivência para poder acreditar nisso e aqui a gente vive esses problemas com centenas de pacientes e você vê os casos e observa melhora, como explicar não sei, mas que observo, eu observo. Eu trabalho nesse hospital, como trabalharia em outro hospital, ai fora não se tem a experiência que se tem aqui dentro, realmente é uma escola (Depoimento APS - médico).

Em contraposição, o médico espírita justificou sua intervenção espiritual sobre o caso Silva diante do fracasso da pajem:

> *Então o que pontuo é o seguinte: aquela comunicação foi um desencadeador do processo, não isolado do enfoque espiritual, mas houve de tal modo que começou a ter ganho de peso, a cirurgia foi cancelada, não houve mais necessidade, nem de sonda, e ele ainda apresentou um ou outro pequeno episódio de regurgitação e que foram diminuído de tal forma que o paciente pode retomar sua vida diária normal que até hoje está bem. O que é importante: antes da comunicação havia um esforço da equipe e que não havia o resultado esperado. Foi depois da comunicação espiritual é que ele começou a ficar sensível ao tipo de influência da pajem. Antes tinha influência da equipe de tentar que não regurgitasse e ele não era sensível às influências, não respondia positivamente aos estímulos. A reunião mediúnica desencadeou nele uma receptividade maior e os profissionais começaram a assistir a melhora e quando há uma pequena melhora gera maior empenho, quando o técnico está fazendo alguma coisa e não está vendo benefício nenhum ele vai se desestimulando. Quando você começa a ver que aquilo que você faz produz resultado fica mais estimulado. Foi repercutido na equipe e alguns técnicos vieram dizer que estavam surpresos com a virada do quadro do residente. Mesmo que o técnico, respeitando suas crenças, não ache que foi a comunicação mediúnica que resolveu o problema do residente, surpreendeu-se em observar que ele começou a ter uma melhora que não vinha tendo. Ou seja, no máximo, o técnico tem de dizer o seguinte, alguma coisa aconteceu. O ponto essencial é que a tentativa da pajem não estava apresentando resultado no começo e isso não começou depois da reunião mediúnica. Sempre defendemos aqui na instituição, não é o tratamento espiritual ou medicamentoso, mas o conjunto. Nesse sentido, se a instituição acreditasse que o tratamento espiritual era suficiente não precisaria investir no tratamento clínico, e não é o que ocorre: a assistência espiritual não vem substituir o tratamento técnico, vem complementar e as evidências comprovam nesse sentido, que há poucas pesquisas em observar o impacto dessas experiências espirituais, mas o fundamental é que elas são muito sutis e visam serem criadas através de estudos mostrando que a complementaridade é a melhor solução* (Depoimento APSHib – médico).

Desses dois longos depoimentos, ressalta-se o consenso entre os valores éticos do médico espírita e do médico não espírita em relação à preservação da vida de Silva.

Os valores e crenças do médico espírita autorizaram, de modo suficiente, o tratamento ao problema espiritual de Silva, que na reunião mediúnica serviu de caso bem sucedido de exemplo científico, oferecendo-o como prova da existência do dogma religioso da reencarnação.

Para um entendimento a partir do campo religioso, no entanto, o que ocorreu foi a materialização de uma expectativa que procurava uma medida simbólica de conversão religiosa de pajens, técnicos, profissionais de saúde não espíritas, profissionais de saúde espíritas e outros religiosos no espaço hospitalar. Essa proposta foi oferecida como um produto socializado de crença no mesmo espaço supostamente em harmonia:

> *Estamos contaminados por um entusiasmo de aprofundarmos no estudo da interação corpo-mente. Por correspondência-analogia, vamos vencendo esses conceitos de espiritualidade. Sempre existiu na Casa, mas parece que hoje há um despertar, um interesse, o momento está propício. O residente interno na UTI ganhou mais de 2 quilos, contaminou os mais incrédulos. A experiência dele serviu àquilo que se propôs. Estamos empenhados em estudar como se dá esse processo de ajuda aos corpos tão sofridos que nos rodeiam aqui. Vários colegas também estão empenhados, como reger, como gerenciar esse processo, queremos uma luz, um direcionamento para esse trabalho prosperar na instituição, sempre embasados na ética, caminhando em harmonia* (Diálogo APSHibr-médico).

A partir da eficácia espiritual no caso Silva foi sendo moldado o seguinte projeto coordenado pelos dirigentes espíritas do hospital: a construção física de um espaço terapêutico para assistência espiritual dos internos, extensível a todos os funcionários.

A proposta de acompanhar a execução do projeto terapêutico espírita agora passava ao principal foco do estudo etnográfico. Tratava-se de observar de perto a construção de um espaço terapêutico que, concomitantemente, utilizariam terapias religiosas e médicas na mesma organização hospitalar. Delineado desde ma-

neira, aquelas primeiras reuniões mediúnicas, ainda reservadas no interior do hospital, passariam, no projeto político da direção, a reuniões públicas, abertas a toda comunidade do hospital.

Após dois anos, o projeto político dos dirigentes espíritas se consolidou com a inauguração de um espaço oficial para cuidados espirituais.

Capítulo 2

O *habitus* no campo da saúde no Brasil

Diante dos valores no campo científico da medicina, em que conhecimentos médicos e religiosos podem influir e disputar espaços de atuação no processo de saúde e doença das pessoas, pergunta-se: não identificado o curandeirismo, quais evidências fundamentam as terapias espirituais praticadas nessas organizações de saúde, fundadas e administradas por grupos religiosos há longa data no país?

Um primeiro exame sobre o tema destaca uma versão sócio-histórica das terapias espirituais operantes no *habitus* do campo da saúde. Dois ensaios, apresentados em seguida, objetivam contribuir para essa discussão geral sobre o campo da saúde no contexto da Saúde Coletiva brasileira, partindo de ponderações sobre o *habitus* científico formado entre a prática médica e a prática religiosa. [1] Especificamente, tendo por referencial a teoria do campo e do *habitus* de Pierre Bourdieu, discute-se a hegemonia do poder médico pelas relações com as práticas curandeiras por meio do exame do percurso do conceito de transe no campo intelectual brasileiro.

Utilizou-se a referência teórica de Bourdieu, que assim define *habitus*:

> um sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente 'reguladas' e 'regulares' sem ser produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem su-

1. Esses dois ensaios são versões adaptadas de artigos (Puttini, 2008, 2010).

> por a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser produto da ação organizadora de um regente. (Bourdieu, 1983a, p. 60-1)

O autor associa o sentido de *habitus* à noção de campo, assim definida:

> espaços estruturados de posições, cujas propriedades dependem das posições nestes espaços, podendo ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes [...]. Há leis gerais dos campos: campos tão diferentes como o campo da política, o campo da filosofia, o campo da religião possuem leis de funcionamento invariantes. (Bourdieu, 1983b, p. 89)

No interior da teoria geral dos campos, Pierre Bourdieu explicita que *campo* é o local de socialização do *habitus*, cujo poder simbólico impõe significações que demandam legitimidades. Os símbolos afirmam-se, então, na prática como instrumentos de integração social, possibilitando a reprodução de uma ordem estabelecida sem conflitos. Especialmente para o campo científico, o autor orienta de que se trata de um campo social composto por relações de forças, lutas e estratégias que não estão estruturadas pela ordem do mundo empírico, mas pela práxis. A atividade científica

> engendra-se na relação entre disposições reguladas de um *habitus* científico que é, em parte, produto da incorporação da necessidade imanente do campo científico e das limitações estruturais exercidas por esse campo em um momento dado do tempo (Bourdieu, 1996, p. 88).

Como se vê, as preocupações iniciais deste capítulo surgiram de indagações específicas a respeito de práticas espirituais professadas no interior de determinada instituição de saúde, nos hospitais psiquiátricos espíritas administrados por empresas filantrópicas do espiritismo kardecista.[2] Novos questionamentos, no

2. É consensual apresentar as entidades filantropias como empresas beneme-

entanto, reorientam-se pela seguinte pergunta: em que circunstâncias se podem considerar complementares práticas espirituais e práticas médicas?

Na Saúde Coletiva, tornou-se um marco histórico o reconhecimento da Homeopatia e da Acupuntura, hoje especialidades médicas, mas outrora consideradas práticas terapêuticas ilícitas. Ao ganharem aceitação da comunidade científica, a Homeopatia e Acupuntura deslocaram-se do limiar jurídico para outra instância do saber-poder, em cujo embate dirige-se atualmente para o progresso científico dos respectivos sistemas médicos (Rosenbaum, 1999; Rebollo, 1993). Entretanto, a discussão sobre complementaridade de práticas terapêuticas não-médicas (Barros, 2000), abordada também sob o ângulo das racionalidades médicas (Luz, 1993) gerou, recentemente, a polêmica epistemológica centrada na constatação de que

> mais e mais práticas terapêuticas "complementares" foram se incorporando à rede pública de serviços durante a década de 90, além das já tradicionais previstas em lei desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) ao final dos anos 80: homeopatia, acupuntura e fitoterapia. (Luz, 2005a, p.39)

Diante dos fatos, questiona-se mais profundamente sobre estes paradoxos: em que medida questões espirituais demarcam a cientificidade das racionalidades médicas no campo da saúde? Talvez, uma solução seja distinguir conceitualmente novas terapêuticas das práticas de saúde já consagradas ou, ainda, pensar a espiritualidade na discussão do cuidado (Ayres, 2005). No entanto, toma-se por base que as práticas espirituais põem à vista aspectos negativos e positivos do curandeirismo, onde se inclui o ponto de vista jurídico do termo.

Pretende-se demonstrar que o curandeirismo, termo considerado um perigo à saúde pública no campo jurídico, transita como produto simbólico no campo da saúde. Para tanto, propõe-

---

rentes, prestadoras de serviços na área da saúde e coadjuvantes das políticas públicas de saúde. Para a crítica à filantropia, confrontar: Portela et al, 2004; Mestringer, 2001; Giumbelli, 1995; Landim, 1993; Guedes et al, 1988.

se seguir dois ensaios. O primeiro, de natureza sincrônica, examina a controvérsia do conceito de transe no campo intelectual brasileiro através de revisão teórico conceitual do termo curandeirismo nas ciências sociais brasileiras. O segundo ensaio analisa, por um olhar diacrônico, o discurso médico sobre o curandeirismo através da análise dos discursos em um processo judicial de curandeirismo. No final do capítulo pretende-se garantir que as reflexões atualizem a temática das relações entre prática médica e prática espiritual no campo da saúde brasileira.

2.1. Curandeirismo, curandeirices, práticas e saberes terapêuticos[3]

2.1.1. O conceito de curandeirismo

O objetivo deste primeiro ensaio é recuperar, por um olhar sincrônico, os recursos discursivos médicos disponíveis sobre o tema curandeirismo gerados pelo campo jurídico, tendo em vista a finalidade de refletir sobre o lugar das curandeirices e práticas e saberes terapêuticos no campo da saúde (Almeida Filho, 2001). Especificamente, tem por pressuposto esta hipótese de trabalho: diante da atual circunstância – em que se implementou oficialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) as práticas de saúde complementares e integrativas (Luz, 1993; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, 2006; Barros e Nunes, 2006), como a Homeopatia e Acupuntura (Laucas e Luz, 1998) inclusive reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina enquanto práticas terapêuticas médicas (Rosenbaum, 2002) –, o conceito de curandeirismo, gerado pelo discurso médico e reproduzido no campo jurídico aparece como um termo de interface ideológica, que representa os conflitos de legitimidade dos saberes populares e curandeirices em geral (Queiroz, 1991).

Desde a Proclamação da República no Brasil, e de modo bastante peculiar, o estado brasileiro dispensa tratamento legal às práticas de cura através de legislação específica, caracterizando-as por ações criminosas relativas à saúde pública. Com o tempo estabeleceu-se uma jurisprudência exclusiva sobre o assunto (Schritzmeyer, 2004),

3. Texto adaptado de Puttini (2010).

que traduz as normas e condutas sociais para as variadas formas de curandeirices no país, sintetizadas no conceito curandeirismo.[4]

De fato, é corrente entre profissionais de saúde que o termo curanderismo sintetiza uma ação criminosa e representa as curandeirices populares, identificadas por práticas ultrapassadas desde a origem da medicina científica. Por exemplo, Haring (1974) relaciona o curandeirismo com o sentido da ética médica, define-o por atitudes de comportamento de uma cultura ou grupo profissional que assumem uma hierarquia de valores e se o código ético é o "esforço de alimentar e garantir o ethos" a moralidade médica consiste na realização do ethos. Para Campos (1976) importa associar à deontologia (ciência do dever): o curandeirismo e o charlatanismo são conceituados como um crime à saúde pública, uma vez que para ele escapa da conduta "inculcando ou anunciando a cura por meio secreto e infalível". León (1973) identificou curandeirismo a "charlatanismo" através da classificação das práticas heréticas em relação à medicina oficial: naturopatas, quiropatas, acupunturistas, homeopatas: "são práticas que se baseiam em teorias rígidas da doença, sem base científica, suscetíveis de serem submetidas à comprovação, enquanto a medicina científica dispõe de conhecimentos conduzidos de forma racional e metódica". De modo geral, o conceito releva que práticas curandeiras são revistas como desviantes e o sistema jurídico é o local adequado para resolver esses problemas persistentes de saúde causados por agentes curandeiros.

Pretende-se mostrar que o conceito jurídico de curandeirismo manifesta-se como um problema social para o campo epistemológico da Saúde Coletiva. Em princípio o tema se identifica com o conceito e definição das "medicinas tradicionais", estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como

4. Os artigos penais relativos à prática médica, prescritos no Código Penal desde sua primeira versão em 1890 e subsequentes modificações (1930, 1945). Atualmente em vigor, são os seguintes três artigos penais relativos às práticas não médicas: "Exercício Ilegal da Medicina: exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites"; "Charlatanismo: inculcar ou anunciar cura por meio secreto infalível; e "Curandeirismo ou exercer o curandeirismo: I. prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância; II. usando gestos ou qualquer outro meio; III. fazendo diagnósticos".

> sistemas de medicina baseados em crenças culturais e práticas passadas de geração a geração, (conceito que) inclui rituais místicos e mágicos (terapias espirituais), fitoterapia e outros tratamentos que podem não ser esclarecidos pela medicina atual (Descritores em ciências da saúde, Biblioteca Virtual em Saúde).

Por outro lado, nas décadas de 1980-90 cientistas sociais pretenderam abolir essas amarras conceituais, distinguindo no nível local os sentidos de curandeirismo, próprios da realidade social brasileira. O clássico trabalho de Loyola (1984) pioneiro na época, retratou na vida social do bairro de Santa Rita do Rio de Janeiro as diversas práticas de cura convivendo no cenário urbano de modo consensual com a prática médica. O estudo de Machado et al (1978) também modelou uma alternativa histórica para descrever as medicinas tradicionais no contexto genealógico do poder no Brasil colonial. Mais atualmente, esse duplo sentido – ora significando o curandeirismo uma ação criminosa, ora uma atividade terapêutica – ficou estabelecido em Puttini (2008), apontando o limiar entre a medicina tradicional e a medicina oficial através da conformação do *habitus* científico, estruturado em nossa sociedade, entre a prática médica e a prática religiosa.

Foi nesse contexto que se propôs realizar um exame dos enunciados médicos em um julgamento do crime de curandeirismo, ocorrido na década de 1980 em Campinas (Puttini, 1989). Da análise dos relatos, as reflexões sobre o campo da saúde partiram da discussão sobre as fronteiras de atuação entre as práticas curandeiras e a medicina. Adotada a referência teórica da arqueológica do saber elaborada por Michel Foucault, utilizou-se o caminho da análise do discurso, assim definida pelo autor:

> A análise do campo discursivo é orientada de forma inteiramente diferente; trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como ex-

> clui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (Foucault, 1987a, p. 31-32)

Michel Foucault compreende a unidade do discurso e sua regularidade enunciativa através dos acontecimentos descritos por *fatos dos discursos enquanto jogos de relações* (Foucault, 1987, p. 23-35). Para o filósofo as práticas jurídicas formalizam a principal fonte dos discursos:

> (...) entre as práticas sociais em que a análise histórica permite localizar a emergência de novas formas de subjetividades, as práticas jurídicas, ou mais precisamente, as práticas judiciárias estão entre as mais importantes. (...) As práticas judiciárias me parecem uma das formas pelas quais nossa sociedade (ocidental) definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por consequinte, relações entre o homem e a verdade que merecem ser estudadas (Foucault, 1999, p. 11).

2.1.2. Os argumentos sobre curandeirismo no campo jurídico

Algumas precauções foram tomadas para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Solicitado inicialmente autorização junto ao cartório do Fórum de Campinas para acesso aos arquivos judiciais foi selecionado um processo judicial, cujo réu deveria ter sido acusado, julgado e condenado pelo crime de curandeirismo na década de 1980.[5] De posse do material, procedeu-se a análise dos discursos médicos, apresentados em seguida.

Estavam no jogo sete pastores protestantes acusados do crime de curandeirismo diante de um episódio que envolvia um de seus fiéis.[6] VR sentia dores em sua perna esquerda, quando procurou aju-

5. Os seguintes critérios foram utilizados para a seleção dos processos judiciais: a) processos que teriam sido concluídos e julgados pelo poder judiciário; b) processos que teriam sido punidos com sanções previstas pelo Código Penal; c) escolha de no máximo três processos dentre os quais estivessem concluídos entre os anos de 1980 e 1985.
6. O anonimato dos atores no processo judicial será mantido com abreviaturas.

da em um hospital, onde foi submetido a uma pequena cirurgia. No entanto, antes do término da internação fugiu, quando teria ouvido em sua casa, em uma propaganda de rádio, que haviam pessoas sendo curadas por pastores religiosos no centro da cidade de Campinas. Procurou, então, ajuda dos agentes religiosos em sua sede e de lá intervieram ungindo com óleo e água benta em sua perna, pedindo-lhe que retornasse por nove semanas para manter o mesmo procedimento religioso. O fiel, no entanto, interrompeu o tratamento na casa religiosa na terceira semana quando, a pedido dos dirigentes, retornou a outro hospital para retirar aqueles pontos cirúrgicos que ainda permaneciam desde a primeira operação médica, motivo pelo qual as dores se intensificaram. No segundo espaço hospitalar criou-se um impasse porque os médicos queriam, antes do paciente se ausentar do local, amputar sua perna. Porém, ele e sua mãe desejavam voltar ao templo religioso para obter a cura sem a perda do membro enfermo. Os médicos chamaram a polícia e interviram fazendo com que o paciente assinasse uma declaração de consentimento para efetivar qualquer tratamento médico. Assim, a perna foi amputada e o delegado de polícia iniciou inquérito policial encaminhando um relatório final ao promotor público da cidade que acusou os pastores religiosos do crime de curandeirismo, inclusos no artigo 284 do Código Penal.

O conteúdo principal dos discursos se repete no processo criminal de curandeirismo, como em um quebra-cabeça em montagem. Depoimentos diversos esforçam-se por manter o sentido dos fatos, reconstituindo detalhes que asseguram uma argumentação ponderada entre aspectos positivos e negativos da ação criminosa, como prescrito na lei.

Por exemplo, nos autos do processo judicial constavam duas declarações médicas: da equipe que estava no hospital no dia da amputação e da equipe médico-legista, que emitiu um laudo sobre o caso. A equipe médica do hospital declarou sobre o exame do paciente, indicando a urgência e o perigo com a vida da vítima: "apresenta o membro inferior esquerdo inviável sendo indicada internação para tratamento hospitalar e investigações clínicas, em regime de urgência com risco de vida" (Declaração da equipe médica local).

Essa declaração ainda informava que "após esclarecimentos prestados ao delegado de polícia, o paciente concordou com qualquer tratamento a ser proposto pela equipe médica que irá tratar do caso" (depoimento da equipe médico-legista). Entretanto, o delegado de polícia pediu maiores orientações ao Departamento de Polícia Científica no mesmo dia da ocorrência dos fatos. Os médicos-legistas fizeram o exame de corpo delito antes dos depoimentos dos pastores. Depois de examinado, a equipe médica respondeu com um parecer final sobre o problema central, que se resumiu na seguinte questão: "... criou-se o problema: o médico (local) pode ou não intervir mesmo contra a vontade do paciente?". Justificaram depois a intervenção referindo-se ao fiel enquanto um paciente sob dois aspectos: o seu estado cultural e o estado físico. O primeiro aspecto verificou-se com relação aos *pseudo-pastores*:

> *Trata-se de uma pessoa de baixo nível cultural e material (indigente), sendo dessa forma uma presa fácil para o culto destes "pseudos-pastores", "pastores" que em última análise são na verdade "curandeiros".* (Declaração do médico local)

O médico-legista, por sua vez, relatou sobre o estado físico da vítima, uma pessoa desnutrida e abatida pela doença em sua perna. Estava com o pé esquerdo em gangrena e explicou o significado de gangrena, detalhando o processo de evolução da necrose em seu pé, que já se encontrava mumificado:

> *A gangrena significa necrose em massa de uma parte cuja cor e consistência são modificados por agentes externos, como o ar e bactérias. Ela pode ser seca ou úmida. A parte necrótica torna-se negra por alteração da hemoglobina e seca por perda de água, adquirindo aspecto de múmia. Pode proceder a cor negra a vermelho-azulada, indicadora de distúrbios circulatórios, mas ainda não de necrose.* (Declaração do médico local)

Respaldados no código de ética médica apontando o capítulo da responsabilidade médica, os médicos locais averiguaram a conduta de intervenção na circunstância de haver "perigo eminente de vida do paciente". Pois *a* obrigação "para os médicos de sofrer as

consequências de faltas por eles cometidos no exercício da arte, faltas que poderiam originar uma dupla ação civil e penal" (depoimento do médico local). Ou seja, segundo essa interpretação, após o exame o médico ter constatado a gravidade do caso e permitir que o paciente, conforme sua vontade, evadisse do espaço hospitalar, estaria o médico incorrendo em omissão de socorro (artigo 146 do Código Penal). Dessa forma, a equipe médico-legal justificou os procedimentos e concluiu que "a única solução para o problema, única atitude humana e médica no presente caso é a amputação do membro doente" (Declaração da equipe médico-legista).

Por outro lado, os sete pastores religiosos envolvidos no caso foram ouvidos na delegacia de polícia. Tentaram provar em vão que os acontecimentos não se relacionavam com a prática do curandeirismo. Ao contrário, os pastores buscaram justificativas na questão da fé, cujo conhecimento teológico está dado na Bíblia, que orienta os fiéis nas questões de saúde. Explicou sobre o trabalho caritativo, que consistia em pregar o evangelho proferindo-se sermões no templo, três vezes ao dia. Os fiéis quando convertidos passariam a seguir a crença e seriam nomeados membros da igreja, colaboradores de dízimos. Ao se referir à vítima do curandeirismo um dos pastores contou que esteve com seus familiares, e que esses lhe pediram a "cura para a perna doente". Compreendeu, depois de receber informações dos familiares a respeito do atendimento médico, que a cirurgia feita pelos médicos "haviam desenganado o paciente". O líder espiritual orientou procurar novamente o hospital, mas os familiares da vítima disseram-lhe que não iriam proceder dessa forma porque já haviam insistido nesse aspecto.

Diante disso, aconselhou "pedir a cura de Deus através da oração". O pastor compreendeu ainda que sua função limitava-se a corresponder com aqueles que os procuravam e alertando sobre suas intenções acrescentou: "doutrinamos a ter fé no evangelho, não prescrevendo medicamentos e nem fazendo passes ou coisas parecidas". Disse, enfim, não ter tocado no paciente, e a esse respeito, esclareceu o mal entendido ao escrivão de polícia:

> *...aconselhou pedir a cura de Deus através da oração, mas não tocou no doente e os familiares do doente nada pagaram por isso... esclarece ainda*

que usa óleo e água benta para ungir as pessoas, segundo o que é preconizado pela Bíblia (Depoimento do agente religioso).

No debate jurídico o promotor público pronunciou a denúncia a todos os religiosos incursos na disposição penal do curandeirismo. Relatou os fatos pela versão disponível nos autos e entendeu que utilizaram gestos e palavras, prescreveram e ministraram óleo e água benta, de acordo com o que está prescrito na lei. Fundamentou sua tese apresentando argumentos acerca dos fatos ocorridos no templo religioso e no hospital, o primeiro procurado por diversas pessoas, que eram persuadidas a praticarem processos de cura e onde a vítima foi atendida pelo pastor, prometendo curá-lo e retirar a *obra de macumba* que havia em sua perna. O promotor, identificando a vítima, acrescentou algumas possíveis provas dos responsáveis: tinham o propósito de "realizar curas em pessoas humildes embora não tivessem habilitação" *exigida* e faziam propaganda das curas que realizavam, solicitando contribuições em dinheiro para a entidade religiosa.

O advogado de defesa por sua vez declarou-se inconformado com a tipificação dos acusados ao crime e se habilitou provar que não estava totalmente justificada a violação à lei penal. Esclareceu sobre os princípios daquela religião e argumentou sobre o indevido enquadramento dos acusados às características de curandeiros e, por anulação, identificou-os como "ministros evangélicos de convicção religiosa ou missionários evangélicos" que, devidamente institucionalizados e legalizados pela organização do templo, eram ordenados profissionais para o "exercício de pregação do evangelho de Jesus". Alegou não ser a promessa de cura *em nome de Jesus Cristo* um crime uma vez que, como demonstrou o ofício legal dos pastores, obedecem às ordens do próprio Jesus. Citou os preceitos nas escrituras bíblicas dos seguintes dizeres:

ide por todo mundo e pregai o evangelho a toda a criatura. Quem crê e for batizado será salvo, mas quem não crê será condenado e estes sinais seguirão aos que crerem em meu nome expulsarão os demônios, falarão novas línguas e pegarão nas serpentes; e se beberem alguma coisa mortífera não lhes fará dano algum e porão as mãos sobre os enfermos e os curarão – Bíblia, S.Marcos, cap.16 (Declaração do advogado de defesa).

O juiz de direito relatou o caso do que percebeu dos autos e decidiu a sentença condenatória dos acusado-réus a seis meses de detenção. Para chegar a essa decisão interpretou que os acusados afirmaram a tese da acusação apesar de ao deporem "procurando dar aos fatos colorido diverso do que ali consta sob o rótulo de curandeirismo". Colocando em contraste os argumentos dos advogados de defesa e advogados promotores, o juiz acentuou a prática dos agentes religiosos enquanto os maiores implicados no caso: disseram que suas atividades atestavam circunscrever ao fato de pregação bíblica e asseveraram que não houve cobranças em dinheiro, mas as pessoas se dispuseram ao pagamento de dízimos. A unção com óleo igualmente foi justificada religiosamente, pois a Bíblia pregava que Jesus assim curava as pessoas. Conforme a fundamentação de seu discurso o juiz visualizou a abstração em que se encontrava a tese da defesa (liberdade de culto religioso), ao confrontar com o prescrito em lei sobre o crime do curandeirismo e citando um influente jurisprudente argumentou as provas do crime:

> *Caracteriza curandeirismo o tratamento de mazelas físicas ou psíquicas, mediante passes, benzeduras, "operações espirituais" etc. - por se inculcar intermediário para benéfica atuação das forças do além. Quem assim procede transgride a lei penal, mesmo que não prescreva, administre ou aplique qualquer substância com fins curativos, nem receba remuneração dos que, crédulos, ou desesperados, para a "cura" de seus males o procuram*" (RT374)*; "É indispensável ao reconhecimento da prática do curandeirismo a existência de habitualidade por parte do agente. Assim, inexiste o delito no exercício de um ato isolado, ou mesmo alguns* (RT 462). (Declaração do juiz para sentença final)

Esclareceu, enfim, que as provas do crime estavam inclusas no uso de *outro meio*, ungindo pessoas de forma habitual. Acrescentou ser um crime de perigo e não de dano, de perigo abstrato e não perigo concreto, isto é, estabeleceu-se o fato criminoso para um número indeterminado de pessoas. Ao fato de aplicar qualquer substância (óleo para ungir as pessoas), o juiz de direito entendeu que houve tipicidade do crime, pois

há tutela penal estabelecida no sentido de combater a subtração que o curandeirismo venha provocar, visando retirar, afastar as pessoas da medicina convencional, retirá-lo do campo de atuação do médico legalmente habilitado para a prática da medicina (Depoimento do juiz de direito na sentença final).

2.1.3. A formação discursiva do curandeirismo e das curandeirices em geral

Viu-se, em destaque, o consenso nos depoimentos em geral e dos médicos em particular em relação ao argumento central que atribui e identifica o agente religioso ao paciente-vítima: *ignorância*. Esse termo reflete uma imagem, que parece representar um diagnóstico social preconceituoso, e que sugere a principal caracterização do agente de cura em geral atuante fora dos espaços terapêuticos oficiais. Uma hipótese reflete sobre essa imagem, que é reproduzida pelos atores no palco jurídico. [7] Pretende-se provar, diante dessa hipótese, que o discurso sobre curandeirismo, nos depoimentos do processo judicial em questão, segue regras internas ao campo judiciário. Para tanto, se propõe resgatar os recursos discursivos, propensos em duas direções: a) voltados ao campo jurídico, quando discorrem características gerais do agente curandeiro; b) voltados ao campo da saúde, quando desenvolve a definição do curandeirismo, identificado por um crime bem caracterizado.

2.1.3.1. O discurso médico do curandeirismo no campo jurídico

A equipe médica que participou da amputação da perna de VR, atuante como membros do corpo oficial da medicina, acentuou o nível cultural e material da vítima, *um indigente*, justificando assim tornar-se uma presa fácil nas mãos dos *curandeiros*. Somando os qualitativos, têm-se: *ignorância, indigente* e *curandeiros* características que são reproduzidas nos depoimentos das vítimas, agentes religiosos, advogados e juristas. No entanto, é relevante ressaltar o depoimento do médico-legista – cujo discurso representa o médico em geral na sociedade ao defender a cate-

7. Atores e palco jurídico são termos retirados do trabalho de Correa (1983).

goria profissional médica –, que categorizou da seguinte maneira os aspectos positivos a sua profissão e os aspectos negativos ao agente curandeiro (Ver Tabela 1).

Tabela 1 – Categorias atribuídas ao curandeiro em relação ao médico

Curandeiro	Médico
Pseudo-pastores (curandeirices)	Profissionais de saúde
Risco e perigo de vidas	Processo saúde-doença
Risco à saúde pública	Prática médica científica

De fato, em geral os médicos não atribuem aspectos positivos às curandeirices e saberes terapêuticos populares. Defronte a impossibilidade de caracterizá-las por práticas de cura no interior da lógica da complementaridade terapêutica, uma explicação plausível, proveniente da jurisprudência, associa *ignorância* à questão da *remuneração* e *comportamento de risco,* que pode ser *expandida* à sociedade em geral. Ora, no sistema capitalista em desenvolvimento faz sentido fazer extinguir práticas de curas que podem se consideradas ultrapassadas quando comparadas ao progresso tecnológico ofertado à sociedade e de modo seguro, científico e oficial, ou que se pretende que assim ocorra. Enfim, faz sentido associar as curandeirices à *ignorância,* identificando um comportamento de risco social. No entanto, do ângulo antropológico o sentido das práticas e saberes terapêuticos pode ser ampliado, quando os aspectos sociais do discurso médico sobressaem ao tema de modo ideológico. Desse olhar, verifica-se a mesma realidade retratada na pesquisa social de Loyola (1984).

Na descrição etnográfica a autora também aponta um discurso médico que reclama o qualitativo *ignorância* atribuído aos terapeutas populares. De modo ajustado, a antropóloga circunscreveu a prática médica entre outras práticas de cura, aliás um conjunto de especialistas de cura em Nova Iguaçu (no bairro Santa Rita, Rio de Janeiro). Identificou os profissionais médicos e curan-

deiros entre os "cuidadores do corpo" e os "cuidadores do espírito". Justificou pela razão na qual o modelo médico é incorporado na formação universitária, pressupondo uma dissimetria atribuída a competência técnica, cuja distância se acentua quanto mais próximo estiverem das práticas dos médicos oficialmente reconhecidos. Concluiu que os médicos adotam atitudes autoritárias frente às representações que os doentes têm do corpo, por suas palavras:

> caracterizam os doentes das classes populares por sua ´ignorância´, desqualificando as representações que estes têm do próprio corpo, da doença e dos princípios de higiene... o que mais os diferencia dos outros membros do corpo oficial [os médicos populares] é o fato de conhecerem as práticas médicas populares e de aceitarem as trocas com os especialistas de outros sistemas, seja, por exemplo, recebendo ou encaminhando clientes aos centros de umbanda, seja respeitando o uso de remédios populares (Loyola, 1984, p. 23)

Também pelo ponto de vista das "medicinas tradicionais", Montero (1985) notou que curandeirismo se refere aos conflitos entre as competências da medicina oficial e medicina mágica (umbandista), que perpassam

> a medicina oficial, justamente por ser uma prática dominante é sempre auto-referente, no sentido de que para ser instituída e exercida se refere a seu próprio exercício e à racionalidade científica que o suporta (Monteiro, 1985, p. 23).[8]

A antropóloga ainda explorou o assunto das práticas não oficiais de cura, preferindo dialogar a respeito do processo saúde doença em que as medicinas mágico-religiosas evidenciam por referência a medicina universitária. Percebeu a complementaridade nesse sentido, o da necessidade de definirem para si um espaço legítimo de atuação, deixando o discurso religioso sob dois grupos de doenças, em cuja distinção formal

8. Sobre a dominância e a constituição da medicina universitária enquanto prática hegemônica cfr. cap. I, p. 13.

> visa suprimir ao mesmo tempo o confronto real entre as práticas de cura antagônicas ... e negar a posição subalterna em que a prática mágico-religiosa ocupa em relação à prática médica: as doenças materiais e as doenças espirituais (Monteiro, 1985, p. 110).

Porém, os juristas não entendem assim a figura do curandeiro, que se forma historicamente pelas decisões condenatórias ao crime. Os juízes e promotores públicos compreendem características negativas à figura do *curandeiro*, que reafirma pontos positivos para a prática médica oficial. O ato de passar *substâncias* no corpo somente se identifica no ato médico, próprio de um profissional da saúde. Por isso torna-se perigoso à saúde pública outros praticantes de cura atuarem como médicos, pondo em perigo a saúde da coletividade. No entanto, nesse discurso de proteção inclui a ideologia por detrás dos interesses da corporação profissional médica. Para os juristas é adequado que o crime de curandeirismo mantenha-se enquanto um crime contra a Saúde Pública, uma vez que organiza as regras sociais, estabelecendo quem deve cuidar e quem deve curar na sociedade. Sobressai desse contexto o poder médico, voltado para intervenção corporal dos indivíduos na sociedade, que se complementa institucionalmente na atuação profissional da medicina.[9] Pode-se dizer que o vigor institucional do poder médico no Brasil é proporcional à produção dos aspectos negativos historicamente acumulados sobre os *curandeiros* na configuração jurídica do termo, que reforça a associação entre ação criminosa e ação curandeira e estabelece, sem contradições, contextos de arbitrariedades a favor da posição social do médico na sociedade.

2.1.3.2. Do discurso médico do curandeirismo ao campo da saúde

Com base na teoria das relações do poder médico na sociedade de Michel Foucault expõe-se em seguida uma análise do discurso médico onde figura o curandeirismo jurídico no Brasil, fundamentado nas relações de poder médico. Em um primeiro momento traduz-se em relações de dominação, por dentro do campo jurídico. No segundo momento, discute-se o poder médico fora do palco jurídico, na vida cotidiana, onde se estabelece o sa-

9. Para atualização do tema biopolítica, confrontar Agamben (2002).

ber médico e sua hegemonia de dominação, identificando negativamente às curandeirices em geral e a outros saberes terapêuticos na sociedade.

2.1.3.2.1. Relações internas do discurso médico sobre curandeirismo

De que forma está construído o mecanismo de poder médico nessa específica relação de dominação? Viu-se primeiramente que é no campo jurídico, estruturado de modo permanente, contínuo e selecionado onde se relacionam os atores judiciários (promotores, delegados e juízes) e o corpo de profissionais médicos (médicos-legistas e psiquiatras que elaboram o laudo médico). Em conjunto, historicamente estruturados, reconstroem-se a categoria curandeirismo. Ao examinar os discursos médicos encontramos mecanismos discursivos que podem ou não serem utilizados em qualquer momento, circunstanciado no mundo da vida. O parecer médico é o discurso mais plausível que inicia a composição da forma do curandeirismo.

Através do médico-legista viu-se dois enunciados que se complementam: a vítima, *de baixo nível cultural*, torna-se *presa fácil* para os *curandeiros*. Ao justificar a competência médica descrevendo a doença (e, por conseguinte, justificando a incompetência do agente curandeiro que interferiu sem tratamento médico), demonstra um grau de instrução e cientificidade, denotando conhecimento e saber nosológico (gangrena).

Ficou claro que a partir do uso desses conceitos, como um ato de fala, [10] os médicos desencadeiam uma série de enunciados de potência e poder, que se tornam regulares para as autoridades legais. No pensamento de Michel Foucault esse evento só faz sentido quando desenvolvido no campo judiciário. O delegado de polícia, os promotores públicos e os juízes baseiam-se no discurso enunciativo do médico para tomarem decisões sobre o ato criminoso do curandeiro.

Assim foi que o delegado de polícia, que fez o relatório final, iniciou sua base de argumentações inclinado ao discurso do médico-legista, embora com outras palavras justificou a possível causa que fez com que a vítima procurasse a religião ao invés da

10. Para a definição de ato de fala, confrontar Austin (1965).

verdadeira medicina para a "c*ura de seus males"*. Ao mesmo tempo em que entende a atuação do profissional médico como sendo autorizada a curar e a competência da religião de produzir a fé, salienta as atitudes religiosas oficiais que atuam no espaço das religiões e que respeitam o campo de competência da medicina oficial: a *ignorância* - categoria depreendida do discurso do médico e que sintetiza o acontecimento enunciativo do curandeirismo empreendido à vítima e ao próprio *curandeiro* -, encontra-se no discurso do delegado encaminhada ao *povo brasileiro* que gosta de *misticismo*, identificando positivamente o que pertence a religião e o que pertence à medicina.[11]

O primeiro promotor de justiça deixou literalmente claro que a acusação estava dirigida à "prática de curas em pessoas humildes, embora não tivessem habilitação exigida". Na verdade, o argumento é uma tentativa de identificar *ignorância* com *humildade* como características principais produzida no campo religioso, contrapondo-se a associação entre ignorância, curandeiro, comportamento de risco e habitualidade. Dessa forma enunciativa preserva-se o que está na lei penal, na lei civil e nos códigos éticos da profissão médica, todos combinados conforme os acontecimentos da vida cotidiana, moldados segundo a lógica dos interessados na formação desta combinação e, também, conforme a realidade de encaixá-los, emoldurá-los, esquadrinhá-los aos ideais das leis liberais. Eles usaram *gestos e palavras, prescreveram e ministraram óleo e água benta*, persuadindo as pessoas a praticarem processos de cura. Ou seja, esse argumento significa dizer que gestos e palavras fazem parte de atos da religião e prescrever e tocar no corpo (seja somente com óleo) invade a instituição da medicina, o que assim não pertence ao campo religioso.

O correspondente contrário ao conceito *humildade* caracterizará o limite da ação religiosa diante da medicina oficial. O saber médico científico, positivo e não religioso, não se adjetiva pela humildade, mas pelo conhecimento adquirido nas ciências médi-

11. Essa conotação preconceituosa beira ao racismo. Identifica uma herança no discurso médico de outrora, por exemplo, desde Nina Rodrigues quando associou os rituais religiosos dos negros da Bahia a inferioridade civilizatória em relação à religião hegemônica da Igreja católica. Confrontar Puttini (2008).

cas. O médico, que conhece a doença e o corpo doente, torna-se impotente diante da *ignorância* dos agentes religiosos e dos pacientes, cujos desconhecimentos baseiam-se no fato de privilegiar a prática religiosa à prática médica, essa enquanto prática de cura oficial atuante no campo científico e com responsabilidade organizada por uma corporação profissional.

2.1.3.2.2. Relações externas do discurso médico sobre curandeirismo

No mundo social, em que vigoram os processos judiciais de curandeirismo, a máquina estatal garante os recursos estáticos no tempo e no espaço. Entende-se que, neste relacionamento funcional, o saber médico (universitário) prepondera diretrizes e caracteriza a natureza desta relação como uma relação de dominação sobre outras praticas de cura não médicas, para num segundo momento, manter o poder e saber médicos hegemônicos na realidade da vida cotidiana.

Constrói-se, assim, a prática oficial de cura e se cria necessariamente através da categoria curandeirismo a figura criminosa do *curandeiro*, por onde se concretiza ideologicamente o poder médico, profissional licito e fora de qualquer cogitação criminosa. Conclui-se criticamente que o poder médico, originando-se coercitivamente, é de natureza controladora, potencialmente e tendencioso a seguir um caminho de controle social, controle da vida social por entre as determinações impostas pelo delegado de polícia, combinado com os demais atores do poder judiciário: entretendo diversos profissionais estabelecem-se questões de responsabilidade sobre a vida e sua preservação e, portanto, das responsabilidades sobre a morte e seu evitamento. Portanto, tais relações de poder, quando difusa em sociedade, formalizam o controle da vida social também para a manutenção da corporação médica, necessárias, pois distintas no meio social.

Essa distinção entre agentes curandeiros e agentes da medicina oficial propõe explicações diferenciadas. Alerta-se, entretanto, que tal distinção empreende uma realidade invertida, ideológica no campo da saúde. Entende-se que, no decorrer desse trabalho ficou certificada essa ideologia por códigos escritos, seja na forma da lei prescrita, seja na forma de discursos contidos em processos judiciais que se esforçam por enquadrar nas leis. De uma visão mais

ampla, porém, podemos encarar tais códigos de interesse, provenientes do corpo profissional médico, dispostos seu poder e distinção social. Essa distinção necessariamente deve ser preservada a fim de que satisfaça a realidade mesma das instituições médicas, que a mantêm e que, por sua vez, se dividem entre elas mesmas.

Certamente, não se trata de uma ética médica, que seguramente influi na corporação de profissionais médicos. Mas, imprescindível a educação social, onde a sociedade que faz seus regulamentos precise escolher e respeitosamente deliberar sobre caminhos não coercitivos para atingir a saúde da coletividade. Trata-se de valorizar uma bioética social que oriente o sistema de saúde através do legítimo controle social no país. Nos espaços do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, essa modalidade ética transforma-se em realidade quando voltamos os olhares à institucionalização dos Conselhos locais de Saúde, em que poderiam respeitosamente atuar a comunidade em favor da saúde da coletividade, atualmente uma prerrogativa que possui a corporação médica para ajustar as contas das injusticas sociais no país. Dado na forma de compromisso e responsabilidade social, com vistas a organização da nossa sociedade civil, de que outro modo ou como poderia verdadeiramente expressar-se o poder médico no campo da saúde senão de forma pública e coercitiva?

2.1.4. O poder médico atuante no campo da saúde

Com o referencial da teoria arqueológica de Michel Foucault (1987a) o presente trabalho contribui para refletir sobre o campo da saúde no Brasil. Apresentado os resultados de análise dos discursos médicos e dos demais atores no palco jurídico a partir do julgamento de um crime de curandeirismo na cidade de Campinas em 1980 o objetivo foi de mostrar em quais condições sociais se desenvolve o argumento sobre o curandeirismo em nossa sociedade. Da atualidade do tema sobressaiu em vigoroso aspecto negativo empreendido pelo discurso médico sobre práticas curandeiras.

Da análise e discussão sobre o poder médico no Brasil ficou claro que o discurso médico jurídico reflete também de modo negativo no campo da saúde ao tender identificar as práticas e saberes terapêuticos não médicos em geral enquanto práticas curandeiras.

Preconiza-se na ação criminosa do curandeirismo uma identidade que personifica a figura universal das curandeirices como ilícitas. Nesses termos, parece insuficiente falar de prática médica no Brasil sem mencionar as relações de poder médico, estabelecidas na forma ideológica e historicamente comprometida com o campo jurídico. Frente ao conjunto das relações de poder, como aqui foram descritas e analisadas as suas peculiaridades nessas disposições discursivas, afirma-se que as práticas curandeiras têm sido praticadas, certamente porque estão presentes na vida social como uma alternativa à prática médica. Concluindo: pensando em uma virada ideológica do conceito de curandeirismo, propõe-se um desafio maior, que consiste em valorizar as práticas de cura em geral partindo da proposta de se pensar as curandeirices, práticas e saberes terapêuticos populares junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo no campo da saúde um histórico ajuste social no país.

2.2. O conceito de transe nas ciências sociais brasileiras

Nesse segundo ensaio, de natureza diacrônica, examina-se o conceito de transe no campo intelectual médico, percorrendo uma revisão teórica dos sentidos do termo nas ciências sociais brasileiras.

2.2.1. Estado de transe e curandeirismo: doença mental e/ou produto da cultura

Os interesses históricos pelo pensamento médico no Brasil convergem atualmente para o resgate da história social da medicina. Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) tem sido solicitado como referência intelectual para diferentes temas das ciências sociais. Por exemplo, buscam-se na sua biografia as origens da antropologia brasileira (Correa, 2000), as elucidações na discussão racial (Schwarcz, 1993; Oda, 2003), os esclarecimentos conceituais da "medicalização da sociedade" (Antunes, 1999) ou do movimento eugênico no Brasil (Stepan, 2005), as demonstrações dos entrecruzamentos entre medicina e direito (Schritzmeyer, 2004), o entendimento da estrutura do campo médico (Maio, 1995) e da estrutura do campo religioso (Giumbelli, 1997a), os elementos da história da psiquiatria no Brasil (Costa, 1989; Machado et al, 1978),

enfim, elementos reflexivos para explicitar dilemas mais atuais da democracia racial (Maio e Santos, 2005).

Para esse estudo, afirma-se que Nina Rodrigues foi o representante mais eminente do pensamento médico que defendeu o estado de transe como moléstia mental. Alcançou notoriedade no âmbito internacional, dada a influência do posto de professor e pesquisador que ocupou na Faculdade de Medicina da Bahia até o último quartel do século XIX, cujas potencialidades lhe foram proporcionadas para desenvolver, no ambiente científico, teorias médicas baseadas nas etiologias das doenças mentais de concepção organicista. Numa época de desenvolvimento dos valores evolucionistas na Europa, principalmente pela ideia da degenerescência com base centrada no reducionismo biológico aplicado à psiquiatria, com essas preocupações Nina Rodrigues em 1900 publicou seu segundo livro em Paris, *L'animisme fétichiste dês nègres de Bahia*, traduzido posteriormente pelo médico e antropólogo brasileiro Arthur Ramos (Rodrigues, 1935). Nina Rodrigues expõe detalhadamente a teoria sobre o estado de transe, associando-a a teoria da degenerescência. Partindo da definição do estado de transe, o professor e pesquisador Nina Rodrigues abordou o negro africano dos terreiros nagôs da Bahia como protótipo da incapacidade mental por não conseguir abstrair o modelo religioso monoteísta do ocidente, um sinal de superioridade religiosa da civilização ocidental. Foi dessa forma que Nina Rodrigues justificou a possibilidade de pensar a teoria do transe através da transmissão de caracteres patológicos nas raças humanas.

A teoria da evolução social, defendida também pelos parâmetros do modelo médico biológico-evolucionista de Nina Rodrigues, foi reconhecida por parceiros do campo da ciência, doutores da lei (juristas) e médicos (principalmente médicos higienistas da Faculdade de Medicina da Bahia e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro). Nina Rodrigues, ao identificar a mestiçagem e os cultos mágico-religiosos com a barbárie, certamente construiu uma contradição lógica para a construção do projeto nacional de civilização (Oda, 2003).

Em estudos recentes Nina Rodrigues é identificado, pela sua trajetória acadêmica, como cientista que marcou o avanço institucional da profissão médica no Brasil (Maio, 1995). Fundador da disciplina medicina legal, que se tornou uma tradição na clínica médica

brasileira de época, Nina Rodrigues influenciou na estruturação do campo da saúde. No entanto, explicita Schritzmeyer (2004), antropóloga que estudou as teorias antropológicas desenvolvidas por Nina Rodrigues, os interesses médicos evidenciaram-se na forma corporativa jurídico político e contribuíram para constituição das regras de controle social, promulgadas no Código Penal desde 1890, garantindo assim para a corporação médica a "proteção contra quem quer que os ameace enquanto os únicos peritos do corpo e da cura". Para Schritzmeyer (2004) instaura-se nesse período uma guerra político policial e jurídica contra os agentes terapêuticos populares e suas respectivas atuações curativas: "Curandeiros, charlatões e exploradores da credulidade pública propiciaram a união de médicos e juristas diante de um só objetivo: o resguardo da saúde e da credulidade públicas" (Schritzmeyer, 2004, p.73). De fato, o argumento jurisprudente para o crime de curandeirismo raciocinava-se pela ótica científica da prática médica aplicada à coletividade, legislação sob a qual se pretendia proteger a população das falsas crenças e das falácias profissionais, reprimindo os falsários. As práticas mágicas de cura então seriam perseguidas e punidas na forma da lei, também através da ordem de repressão policial (Chalhoub et al, 2003). Interessante notar que o espiritismo kardecista, a umbanda, o candomblé e a homeopatia igualmente eram perseguidos e tipificados por terapêuticas mágico-religiosas, fenômenos mágicos que se expunham ameaçando a ordem social.

Coube a Roger Bastide (1898-1974), intelectual atuante na década de 1930-40, o primeiro diálogo com o campo médico no contexto de estruturação das ciências sociais brasileiras. A partir das manifestações religiosas do transe no candomblé baiano - que foram tipificadas por Nina Rodrigues como exemplo de maior grau de doença mental, Roger Bastide descreveu o fenômeno no contexto religioso e como prática cultural. Bastide contrapôs os tipos de transe místico, psico-patológico e psiquiátrico ao transe nagô do candomblé da Bahia, objeto de maior interesse em seus estudos antropológicos sobre os cultos de possessão (Bastide, 1960, 1972).

O sociólogo francês desenvolveu um discurso contra-hegemônico às correntes dominantes do pensamento médico do século XIX, como disse considerava-se as pessoas em estado de transe no ritual do candomblé baiano uma forma patológica, doença

mental por excelência. A elaboração desse específico conjunto de conhecimento sociológico contra o ideário médico psiquiátrico nascente teve por motivo primeiro esclarecer sobre a possibilidade de outras interpretações do estado de transe, explicitando seus condicionamentos e aplicações fora do contexto das diagnoses e terapêuticas médico-psiquiátricas. Seus referenciais teóricos estavam marcados pelas ciências sociais contemporâneas e suas teorias provinham das recentes sociologias da religião de Emile Durkheim, Marcel Mauss, Bronislaw Malinowsky, Max Weber. Pode-se afirmar nesse contexto que Roger Bastide foi o primeiro intelectual a ponderar o conceito de estado de transe fora da teoria médica da escola antropológica de Raimundo Nina Rodrigues.

É importante destacar que Roger Bastide optou pela antropologia simbólica francesa, interessada na restituição de mitologias das sociedades tradicionais africanas. Posicionou-se na ocasião contra a escola culturalista norte-americana, possibilitando descrever o universo mítico do candomblé baiano enquanto fonte etnográfica primordial para o entendimento cultural do negro africano sobrevivente no Brasil. Embora presumindo o negro africano integrado à religiosidade brasileira (Bastide, 1960), Roger Bastide não tinha por objetivo discutir o sincretismo religioso. Como veremos, esse será um conceito chave para Cândido Camargo, que nos anos de 1960 associa às religiões mediúnicas. Importava mais a Roger Bastide traçar uma epistemologia voltada a consolidar os estudos sobre a cultura brasileira, tendo por base de trabalho especificar o lugar do transe religioso no candomblé baiano.[12]

No entanto, Ortiz (1978) não poupou críticas a essa sociologia da religião de Roger Bastide e também à de Candido Camargo mais tarde, cujo interesse na temática do sincretismo religioso voltou-se a provar que a umbanda, e não o candomblé, transforma-

12. O trabalho de Sergio Ferretti (Ferrerri, 1975, 2001), oferece um panorama crítico sobre a discussão ideológica do sincretismo em relação à ideologia da pureza nagô produzida por Roger Bastide. Para o autor, os conflitos surgem quando aparece o interesse de Bastide em distinguir os cultos de transe baianos pela pureza e sincretismos, perspectiva adotada desde Nina Rodrigues. Essa polêmica foi abordada por Giumbelli (1997a) em referência à classificação de Roger Bastide das três formas de espiritismo em Le spiritism au Brésil (Archives de Sociologie dês Religions, n.24, 1967).

va-se na religião mais genuinamente brasileira. Ao retomar o tema do reconhecimento social da umbanda enquanto prática mágica candidata a religião oficial, nota-se a recuperação da discussão ideológica sobre a terapia umbandista: Renato Oritz apresenta o modelo do transe religioso de Roger Bastide como representação final inversamente modificado numa ideologia atribuída aos intelectuais umbandistas. Em suas palavras:

> (...) embora as novas concepções do transe não sejam ainda do domínio público, é certo, porém, que elas já penetraram a camada de intelectuais umbandistas. Uma curiosa inversão se opera: de forma patológica a possessão passa a ser encarada como meio de vencer a doença mental, como terapia. (Ortiz, 1978, p. 30)

2.2.2. Estado de transe e práticas terapêuticas

Sugerindo-se pensar as relações conceituais entre curandeirismo e estado de transe também pelo campo intelectual, vê-se que a sociologia da religião de Renato Ortiz – para quem a umbanda deveria ser considerada a única religião genuinamente nacional porque, para ele, a mais sincrética – mais se aproxima do contexto ideológico formado pela teoria das religiões mediúnicas de Camargo (1961).

Para Candido Camargo, que trabalhou com o conceito de *continnum mediúnico*, a umbanda ocupava uma posição hierarquicamente inferior às demais religiões mediúnicas brasileiras. No pensamento e projeto intelectual de Candido Camargo o conceito de sincretismo religioso esteve voltado para fundamentar a ideia de *continuum,* resultando enfim na construção das religiões mediúnicas como elemento conceitual importante na constituição do campo religioso no Brasil (Camargo, 1973). Construído na década de 1960, o modelo teórico das religiões mediúnicas implicava o conceito de *continuum mediúnico* como explicação universalizante a partir das transferências rituais verificadas entre as crenças afro-brasileiras e kardecistas (Camargo, 1961).

Embora criticado o modelo teórico por vários autores, como veremos mais adiante, observa-se que na literatura das ciências sociais Candido Camargo pela primeira vez marcou as distinções

de modo enfático, destacando os aspectos terapêuticos entre as religiões mediúnicas (Camargo, 1961). Proporcionada pela própria teoria o sociólogo identificou as diferentes práticas terapêuticas como elementos de integração social no referencial sociológico funcionalista. O destaque era para a função terapêutica da religião, pertence à função complementar de integração do indivíduo na sociedade. Descreveu detalhadamente o sistema espírita reconhecendo seu público consumidor nas pessoas nervosas que, nos espaços da religião se adaptavam à sociedade urbana, tendo a oportunidade de desenvolvimento da mediunidade religiosa enquanto forma terapêutica.

Essa constatação não foi resultado de um debate que relacionasse doença mental e estado de transe como fez Bastide (1972) quando pensou as relações entre manifestações mediúnicas e as doenças mentais na psiquiatria desde os anos de 1930.[13] A terapia mediúnica para Cândido Camargo foi interpretada como um elemento sociológico importante para o estudo da crença religiosa, consistente sob o que lhe aparecia na forma de uma etiologia e terapêutica das doenças e que tinha sua específica função no processo de adesão religiosa do indivíduo na sociedade. Por suas palavras, "a eficácia prática demonstrada pela cura, seu caráter experimental e significado moral, em termos de minoração dos sofrimentos humanos, constitui poderoso elemento de convicção" (Camargo, 1961, p. 96).

Preocupado em delimitar o campo religioso, o autor, por conseguinte, tomou cuidado em demonstrar a existência de um mercado das terapias mediúnicas a partir da autonomia dessas religiões em relação aos serviços médico psiquiátricos. Ao espiritismo, em particular, associava duas razões centradas na perspectiva da

13. Interessante notar que o médico espírita Bezerra de Menezes, convertido ao espiritismo, fez propagar no início do século XX, uma teoria semelhante que resgatava os aspectos positivos do Espiritismo, identificando o desenvolvimento da mediunidade no indivíduo doente, momentaneamente possuído pelos espíritos (em estado de transe). Essa teoria foi inspirada na experiência que o autor passara com seu próprio filho que durante anos, que ficara doente em estado de possessão, curado somente através do desenvolvimento da mediunidade em um centro espírita no Rio de Janeiro. Confrontar Bezerra de Menezes (1987), Warren (1984).

mudança cultural paulista: a) a existência de uma tradição brasileira de terapêutica sacral; b) a existência de uma inoperância da medicina oficial brasileira. Essas duas razões funcionais das religiões mediúnicas em geral bastariam para dar início a outro ramo na pesquisa sociológica do campo religioso no Brasil, [14] caso as críticas de Ortiz (1978) não alcançassem repercussões intelectuais importantes na comunidade de cientistas sociais brasileiros.

Confrontando a possibilidade da terapia de transe (mediúnico) enquanto prática terapêutica não-oficial, por um lado Renato Ortiz apontava as limitações ideológicas do mercado de ofertas terapêuticas desenvolvida por Camargo (1961), contrapondo-se ao processo de formação do Estado brasileiro. Por outro lado, e diversamente, indicava opções de investigação social de estudo sobre o campo religioso no Brasil sob dois outros critérios: propôs estudar as práticas terapêuticas pelos pólos da legitimidade e ilegitimidade social, ausente até então na história das religiões brasileiras. O esforço de Renato Ortiz de se desvincular do funcionalismo de Cândido Camargo movia-se em direção à crítica da formação do campo religioso brasileiro. Interessava a Renato Ortiz desenvolver debates aos arredores da autonomia do campo religioso, primeiro configurando a especificidade das medicinas alternativas, que veremos acabada nos trabalhos de Loyola (1984) e Montero (1985). Em seguida, outro veio abria-se para investigar a história da umbanda e do espiritismo, cujos resultados mais expressivos encontram-se nos trabalhos de Maggie (1992) e Giumbelli (1997a).

Montero (1985) e Loyola (1984) mobilizaram forças continuadoras de Cândido Camargo, muito embora divergissem de seus resultados e metodologias. Partiram do pensamento do autor pela ideia de *continuum* para repensar o campo das medicinas alternativas. De fato, Candido Camargo manifestou claramente que Paula Montero continuava suas preocupações teóricas na medida em que ela, uma estudiosa das medicinas alternativas "foi saber se a terapia religiosa constitui sistema de atendimento terapêutico, dotado de lógi-

14. Pode-se verificar a continuidade dos estudos, por exemplo, em Carlos Brandão a discussão sobre o campo religioso pelas ações católicas, evangélicas e mediúnicas (Brandão, 1980), ou a discussão sobre religião popular (Fernandes, 1984), ou mais recentemente sobre a Umbanda (Negrão, 1996).

ca interna capaz de explicitar concepções sistemáticas relativas à etiologia das moléstias e às práticas de seu tratamento" (Camargo, Prefácio em Montero, 1985, p.10).

Nesse trabalho, Paula Montero utilizou o pensamento gramsciano para repensar a condição subalterna das medicinas populares. Realçou as representações populares da doença intrínseca às relações entre dominantes e dominados. Sistematizou a demanda de terapêutica popular e indicou rumos para a pesquisa sobre medicinas alternativas. Montero (1985) fez o trabalho de campo com os frequentadores dos centros de umbanda, identificando-os como potenciais clientes do atendimento previdenciário. Deduziu o sentido dos conflitos entre as duas medicinas, uma medicina mágica e outra oficial e concluiu sobre a lógica do discurso religioso que, ao dividir em doença material e doença espiritual, demonstrou que trazia embutida a supremacia do espiritual.[15]

Loyola (1984) já havia realizado contemporaneamente uma investigação semelhante e anterior a de Paula Montero, esclarecendo o papel das medicinas populares quando transformadas em alternativas aos serviços oficiais de saúde. Com o material de pesquisa obtido através de etnografia, Loyola inquiriu agentes de cura (religiosos e oficiais) no bairro de Santa Rita no Rio de Janeiro e constatou o lugar de encontro de um mercado terapêutico de cura. Várias terapêuticas permaneciam sempre em concorrência com a medicina oficial, embora a autora enfatizasse que a clientela se valia simultaneamente de muitas delas, legitimando-as assim diante de suas necessidades de cura. Loyola (1984) comprovou a existência de uma oferta ampla de serviços e agentes de cura, detentores de concepções de doenças e terapêuticas próprias, incluindo católicos, protestantes, umbandistas e adeptos do candomblé no espaço urbano. Identificou à todos como agentes populares de cura, para promover posteriormente sua crítica, ao constatar a concorrência simbólica com a área da prática médica, espaço em que atua de modo hegemônico a medicina oficial.

Montero (1985) refletiu as razões de uma medicina popular quando presumiu forças exógenas à religião umbandista, também

15. Essa linha de pesquisa mantém-se atual para a autora, confrontar Araújo (2000), também iniciada na época por Laplantine (1989) e Rabeyron (1989).

identificada pelo pensamento mágico (Montero, 1990), enquanto que Loyola (1984), com a metodologia praxiológica de Pierre Bourdieu, demonstrou a existência das relações entre agentes religiosos e médicos fora dos espaços sagrados, tradicionalmente destinados às religiões em geral (igrejas, templos e centros espíritas). Privilegiando as várias práticas terapêuticas concorrentes entre si e com a medicina oficial no campo terapêutico, Loyola (1984) apontou o médico popular como um dentre outros tipos de agentes, todos denominados por especialista da cura do corpo. A característica principal do médico popular era a de mobilizar, para a clientela, os distintos recursos de cura (alopáticos ou não) disponíveis no mercado e que atuavam muitos deles em um sistema de troca de bens simbólicos.

2.2.3. Imagens do curandeirismo e ideologia das religiões mediúnicas

Uma vez a adequada condição para formar o pensamento crítico relacionado às práticas terapêuticas não-biomédicas no campo religioso, segue-se com a hipótese de que o conceito de curandeirismo atua de modo simbólico no campo intelectual das ciências sociais. Uma nova problemática metodológica resultou em uma mudança intelectual nas ciências sociais por um grupo de pesquisadoras, especialmente antropólogos, que nos anos de 1980 usaram os estudos de caso para romper com os pressupostos generalizantes das abordagens sociológicas anteriores.

Assim se justificou o trabalho de Velho (1975) que impulsionou criticamente a retomada do tema sincretismo religioso. E posteriormente o de Dantas (1982), que com a mesma justificativa avançou a crítica à ideologia dos estudos afro-brasileiros, "mostrou que a intelectualidade brasileira que estudou os cultos no candomblé fundou as religiões afro-brasileiras, no sentido de que foi cooptada por um grupo religioso – os nagôs autênticos da Bahia depositários da africanidade" (Maggie, 1989, p.79). Vale a pena lembrar que Maggie (1986) foi a primeira antropóloga a tomar como unidade de análise um terreiro de umbanda no Rio de Janeiro, pressupondo para estudo antropológico a descrição de apenas uma instituição religiosa. Sugeriu, enfim, a modificação da noção de comunidade, utilizada na literatura acadêmica sobre

as religiões afro-brasileiras desde Nina Rodrigues a Roger Bastide, agora interpretadas por religiões populares ainda com traços primários perdidos no meio urbano. Essa constatação bastou à autora para demonstrar a inconsistência das sociologias desde Roger Bastide até Candido Camargo, dado que as explicações mais eram devidas à ideologia do grupo de intelectuais, dado que não enfatizavam os aspectos conflituosos e subjacentes aos agentes sociais pertencentes aos grupos estudados.

Em igual perspectiva de Yvonne Maggie, Seiblitz (1979) motivada pelo estudo específico de um centro espírita no Rio de Janeiro, mencionou que,

> dada a grande penetração que a operação fluídica – prática terapêutica levada a efeito em alguns centros espíritas – tem entre diferentes camadas sociais, encontrando acolhida mesmo por parte dos agentes oficiais de saúde, os médicos, que nos pareciam os últimos, por sua formação profissional, a adotar tal solução (Seiblitz, 1979, p. 17).

Do mesmo modo e antes de Montero (1985), Seiblitz (1979) utilizou-se da metodologia etnográfica pela perspectiva de Antonio Gramsci e Pierre Bourdieu, orientadores teóricos para pensar a dimensão ideológica de um ritual (operação fluídica) que envolvia profissionais de saúde adeptos da religião mediúnica.

Por outro lado, a circularidade temática sobre o sincretismo religioso levou Cavalcanti (1983) a propor um estudo endógeno do espiritismo de Allan Kardec. Demonstrou a particularidade do sistema ritual espírita estruturado em três pólos categóricos: estudo, caridade e mediunidade. Esse conjunto categórico define o espiritismo enquanto uma religião sobre as demais religiões mediúnicas. Realça a categoria mediunidade sobre as demais por duas razões: a) ela é central para entender o ritual, quando é tomada no sentido de comunicação com os espíritos; b) ela é fundamental, quando no sentido da experiência do transe (recepção do espírito), constitui-se a experiência central dos adeptos da religião. Para a autora, no espiritismo a mediunidade é o ponto alto da cosmologia religiosa. Essa postura lhe permitiu trazer ao debate uma reinterpretação dos conceitos de transe e possessão que, desde Roger Bastide, nunca foram articulados com os teóricos da antropologia.

Enquanto Velho (1975) e Dantas (1988) colocaram o kardecismo em segundo plano nas análises sobre a possessão, Cavalcanti (1983), diferentemente dos trabalhos de Seiblitz (1979) e Neves (1984) Neves e Seiblitz (1984), trouxe para o debate ideológico as características do espiritismo enquanto sistema religioso entre as demais religiões mediúnicas.

Hess (1991) se aproximou da crítica ideológica ao espiritismo, estudando casos de cientistas brasileiros adeptos da religião sem adentrar nas questões ideológicas no campo intelectual das ciências sociais brasileiras. Todavia, Concone (1983), ao privilegiar os méritos do sincretismo religioso na umbanda em detrimento das questões ritualísticas, concluiu de outro modo, que se perdia na análise ideológica da produção sociológica sobre o transe, propondo alargar o debate através do termo transe de possessão, cuja abrangência do objeto ampliaria o sentido incluindo as religiões tradicionais.

O avanço do debate das ideologias das religiões mediúnicas pode-se verificar com Maggie (1992), que ampliou as considerações cosmológicas, utilizando processos judiciais entre 1890 e 1945 no Rio de Janeiro. Estudou os processos acusados de transgredirem os três artigos penais relacionados a práticas mágicas (curandeirismo, prática ilegal de medicina e charlatanismo). Maggie (1992) colaborou substancialmente para resgatar as relações simbólicas estruturadas entre curandeiros, benzedores, benzedeiras, espíritas, médiuns de todas as espécies e, de outro lado, juízes, promotores, advogados e policiais. O que se pode notar é que Yvonne Maggie defendeu hipóteses de que sempre esteve presente na história das religiões mediúnicas o discurso de que o Estado perseguiu e reprimiu macumbeiros, espíritas e umbandistas e seus participantes. Porém, tal justificativa acompanha certo consenso ideológico - quer entre estudiosos (por exemplo, entre Nina Rodrigues, Arthur Ramos e Roger Bastide), quer entre mães e pais-de-santo – relativamente à ideia de que a crença sempre foi vencedora. Nesse contexto dos estudos acadêmicos, o sincretismo religioso sempre foi utilizado como resultado dessa repressão: escravos escondem divindades africanas sob a máscara de santos católicos. No referencial do campo religioso, o que vemos é uma disputa intelectual entre as categorias magia e religião, que serviram de base para Maggie (1992) debater as diferenças entre práti-

cas lícitas e ilícitas. Maggie (1992) demonstrou que os mecanismos reguladores criados pelo Estado a partir da República não extirparam as crenças nos feitiços, mas ao contrário, foram fundamentais para a sua constituição.

Enfim, uma fórmula resultou de seu estudo de caso: para a definição dos feiticeiros no Rio de Janeiro, que a autora aprofundou detalhadamente da etnografia em uma instituição mediúnica, constatou que a feitiçaria é uma categoria que opera logicamente no estabelecimento de relações e hierarquias entre coisas e pessoas, cujos critérios de bem e mal estruturam um *status* que discrimina uma relação de poder, demonstrando que as religiões mediúnicas são consideradas cultos oficiais, percebidos como práticas de magia benéfica (rituais de invocação dos espíritos), enquanto as feitiçarias e os feiticeiros, que praticam atos criminosos, rituais de magia negra, são os representantes do mal.

Giumbelli (1997a) investiu na crítica ideológica do campo religioso brasileiro pelo estudo histórico do espiritismo. Utilizou também de processos judiciais para repensar os caminhos de legitimidade da religião partindo da análise de categorias construídas por atores sociais – espíritas, religiosos, médicos, delegados, juízes, promotores e advogados. Seguiu orientações intelectuais da antropologia, partindo da discussão de Peter Fry (Fry apud Giumbelli, 1997a), ao comentar sobre as investigações de Beatriz Dantas a respeito da construção da ideia de pureza nagô nas religiões afro-brasileiras. Segundo Fry (1988), a contribuição de Dantas (1988), teve por objetivo relativizar a tese da repressão no candomblé sem substantivar a pureza da religião. Mostrou a configuração das religiões afro-brasileiras por uma série de alianças e conflitos que se entrecruzavam entre senhores, escravos, políticos, psiquiatras, policiais, homens poderosos de negócios, pais e mães-de-santo, padres e antropólogos - e não seguindo as duas grandes interpretações históricas da formação das religiões afro-brasileiras.

Investigando as imagens no espiritismo Lewgoy (2000) em recente doutorado contribuiu para os estudos do campo religioso, demonstrando nessa linha de pensamento importantes relações entre espiritismo kardecista e a cultura letrada. Através do transe mediúnico levou em conta características peculiares das práticas de cultura letrada enquanto culturais, demonstrando que o espiritismo kardecista

estabeleceu-se em um sistema de referências eruditas, distinguindo a religião espírita (ciência e religião) das demais religiões mediúnicas.

Stoll (1999), delineando-se na mesma linha de pensamento de Bernardo Lewgoy, posicionou as práticas do espiritismo para fora dos espaços sagrados da religião. Argumentando sobre as dissidências entre espíritas no Brasil, divididos entre evangélicos e científicos, defendeu a tese de diferentes interpretações da cultura letrada mediúnica francesa e brasileira, identificando assim tensões entre escrita mediúnica católica (Chico Xavier) e escrita da cultura da nova era (Luiz Gasparetto). Luiz Gasparetto, nos anos 1980, ao questionar a prática da mediunidade como forma de exercício de doação, de renúncia e de caridade, própria do modelo de Chico Xavier, desenvolveu um programa

> os espaços que integram o circuito neo-esotérico: a promoção de cursos, palestras, *workshops* que tematizam questões relativas ao domínio da espiritualidade, da saúde e problemas que envolvem as relações na vida cotidiana (Stoll, 2002, p. 243-4).

Desse modo, é coerente o seguinte questionamento da autora: o espiritismo aparece como programa religioso ou programa de auto-ajuda? Partindo desse ponto de vista, Stoll (2002) possibilita repensar as demarcações do campo religioso colocando a literatura psicográfica espírita nas fronteiras com o campo literário. O que se pode notar é que as críticas especificamente à ideologia do espiritismo (Cavalcanti, 1983; Hess, 1989; Giumbelli, 1997a; Lewgoy, 2000), ao tocar o limiar com o campo literário (Stoll, 2002), sobressaem elementos de crítica à autonomia do sistema religioso mediúnico. Críticas essas a que Maggie (1992), Velho (1975), Dantas (1982) e Seiblitz (1979) identificaram no conceito de religiões mediúnicas o problema social inerente às ideologias de vários grupos de pesquisadores, seja para designar a religiosidade das crenças religiões afro-brasileiras (Concone, 1983), das próprias religiões mediúnicas (Cavalcanti, 1983), ou ainda, no contexto das religiões de transe (Rizzi, 1995). Parece plausível perguntar: em que condições se podem considerar coincidentes os conceitos de auto-ajuda – proveniente do campo religioso (como Stoll, 2002, denota em relação ao espiritismo) - e de auto-cuidado – oriundo do cam-

po da saúde? Talvez a resposta da Saúde Coletiva direcione para a compreensão das distinções múltiplas da categoria *empowerment*, uma aposta para explicar a tendência de manejar recursos de atores informais na comunidade, sujeitos coletivos importantes como "família, comunidades de vizinhos, voluntariado, grupos de auto-ajuda, organizações não-governamentais que, de diferentes formas e com diferentes níveis de envolvimento, desenvolvem funções assistenciais e de cuidado" (Serapioni, 2005, p. 244).

No entanto, ao procurar nesse tópico explorar intelectualmente as imagens do curandeirismo no campo religioso atrelado às críticas ideológicas das ciências sociais ao modelo teórico das religiões mediúnicas de Camargo (1961), pretende-se mostrar como o curandeirismo importa ao campo simbólico da saúde. Em trabalho anterior (Puttini, 1989), na perspectiva metodológica de Michel Foucault, foi analisado os discursos médicos em processos judiciais do crime de curandeirismo e constatado, na mesma perspectiva consignada por Giumbelli (2003), a atualidade das relações simbólicas entre o poder médico e a figura simbólica das curandeirices praticadas por curandeiros nos seguintes termos. O curandeirismo é um conceito de natureza controladora que tende a seguir caminhos de controle social pela corporação médica, que necessita de distinções sociais para agir profissional e socialmente. Necessita, pois, de uma criação conceitual, complemento de sua imagem, como num espelho, visível somente através da utilização dos mecanismos de coerção presentes no código penal disponível por detrás da máquina estatal. Assim, coexistem no mundo social duas figuras que se completam: convivem cotidianamente com uma dupla faceta de médicos que curam doenças (salvam vidas) e "curandeiros", que não curam doenças, põem em perigo vidas.

A fronteira simbólica, que aqui interessa resgatar entre o campo religioso e o campo médico, mais bem orientado pela sociologia de Bourdieu (1996, 1998), reconhece de um ponto de vista das homologias e autonomia entre os campos a importância e o alcance do conhecimento praxiológico:

> O conhecimento que podemos chamar de praxiológico tem como objeto não somente o sistema das relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações

> dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las, isto é, o duplo processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade. (Bourdieu, 1983a, p. 47)

Sugere-se pensar as disposições estruturadas no campo da saúde, predispostas a atualizar e reproduzir o processo de interiorização das práticas terapêuticas não-médicas e exteriorização da produção intelectual sobre elas, partindo do princípio de que se opera a interação entre o campo médico e religioso. A noção de saúde, portanto, atrela-se ao *habitus* no campo da saúde, cuja estrutura estruturante nos espaços relativamente autônomos da medicina e da religião vem mediada pelo conceito de curandeirismo, produto simbólico estratégico entre os demais bens de salvação.

Capítulo 3

O contexto dos hospitais psiquiátricos espíritas

Aproximando os temas terapias espirituais, curandeirismo, transe, transe religioso, doença mental para uma temática comum, essa aparece como problema sócio-antropológico ao apontar as restrições da produção acadêmica das ciências sociais brasileiras. Propõe-se em seguida adensar a temática explorando inclusive a origem dessas instituições religiosas e médicas no campo da saúde brasileiro por outra forma de estudo, produzida pela Saúde Coletiva brasileira. Nesse capítulo aprofundar-se-á a discussão sobre a história das instituições médicas, relacionando as controvérsias entre valores cognitivos e sociais em jogo, em vista ao entendimento da institucionalização hospitalar no país, cuja versão apresenta características dos hospitais psiquiátricos e a institucionalização desses estabelecimentos inseridos no campo da saúde.

3.1. Institucionalização dos hospitais gerais no Brasil

Várias são as interpretações que apresentam a institucionalização dos hospitais no Brasil. Todas elas, no entanto, apontam as Santas Casas de Misericórdia como primeiras organizações de assistência hospitalar no período colonial. Distintas, portanto, dos hospitais modernos, as Santas Casas foram organizações de assistência a saúde, administrada pela Igreja católica. Revelam alto grau de importância para nosso estudo na medida em que denotam características das organizações hospitalares na atualidade. Vale a pena rever algumas das atividades exercidas naqueles estabelecimentos e perceber as influências na estruturação poste-

rior da prática da medicina nos estabelecimentos exclusivamente médicos.

Das metodologias históricas, destaco na década de 70 a linha de pesquisa fundamentada nas teorias do filósofo Michel Foucault (1987b), que especializou um grupo de estudiosos e historiadores no Brasil dentro do projeto de reconstrução da medicina social no Brasil. Machado (1978) desenvolveu uma versão do nascimento dos hospitais gerais, nas origens a atuação das Santas Casas de Misericórdia, especificamente no contexto colonial. Demonstrou o nascimento do hospício como resultado de uma luta vitoriosa da medicina em que a psiquiatria nascente lhe servia de instrumento.

Segundo o autor, há uma separação nítida entre a organização hospitalar do período colonial do hospital moderno:

> Não podemos encontrar nenhuma semelhança entre o tratamento dos doentes nos hospitais coloniais e o que, a partir do século XIX, passou-se a esperar – se não efetivamente ministrado, ao menos preconizado como adequado – de um hospital (Machado, 1978, p. 59).

Os documentos históricos mostram uma descrição espacial compatível com a assertiva descrita acima. Não existindo uma assistência médica contínua aos enfermos, em matéria de oferecer diagnósticos e observações constantes da evolução da doença e, percebendo também a ausência de práticas terapêuticas médicas pelo número reduzido de médicos e cirurgiões na equipe, a assistência a saúde dos enfermos ficava a cargo dos religiosos que desempenhavam, por exemplo, a tarefa de enfermeiros.

Na Bahia, no Pará, no Rio de Janeiro e em São Paulo as Santas Casas de Misericórdia, no período colonial, faziam a função religiosa de um hospital, em cujos espaços estruturavam-se também a assistência religiosa aos enfermos. Todos eles eram mantidos pelos "Irmãos da Misericórdia", eleitos provedores e tesoureiros.

Para ilustrar, o autor aponta a imagem ativa do padre encarregado da assistência espiritual dos enfermos. É pela presença permanente do agente religioso que se deduz a ausência do médico no interior do hospital, mas "seria inexato afirmar a inexistência do tratamento no hospital colonial: mas não seria correto pensá-lo em termos de uma atividade médico-hospitalar" (Machado et al, 1978, p. 65).

O serviço de hospitalização da época colonial, do período que vai do século XVII ao século XVIII, denota que a melhor característica da atividade no interior desses espaços terapêuticos é o caráter assistencial destinado fundamentalmente aos doentes pobres, forasteiros, soldados e marinheiros. Reafirmando com isso que, não existindo por parte da administração pública a iniciativa de criação de hospitais, a assistência era promovida por ordens religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia. Assim, o autor constata que "a assistência hospitalar é menos uma assistência à doença do que à miséria, situando-se em uma ação caritativa mais ampla que inclui crianças abandonadas, indigentes e prisioneiros" (Machado et al, 1978, p. 72).

De outro modo, Guedes et al (1988) interpretaram o surgimento do hospital geral concordando parcialmente com Roberto Machado:

> Nesses primeiros séculos de nossa história, a assistência hospitalar brasileira era prestada quase que com exclusividade pelas Santas Casas, criadas e distribuídas por todo território e que tinham como objetivo principal o atendimento aos desvalidos carentes. Nesse período, de 1543 ao fim do século XIX, os conhecimentos médicos e científicos não exigiam que a prática médica se dessem em locais especiais, não existindo, portanto, a necessidade de se internar os enfermos para garantir-lhes um tratamento adequado. Nessa época, os atos médicos poderiam ser todos eles praticados na casa dos pacientes, havendo a necessidade de internar somente aqueles que a sociedade desejasse segregar como os doentes mentais, os hansenianos, etc., ou quando os pacientes não tivessem condições de manutenção em casa ou não dispusessem de domicílio (..) os hospitais eram na verdade albergues onde se hospedavam os doentes que por razões sociais não tinham condições de permanecer em repouso em suas próprias casas. A participação do Estado na assistência hospitalar neste período estava circunscrita ao atendimento e internação dos doentes mentais (Guedes et al, 1988, p. 8).

Na história da institucionalização dos espaços hospitalares é certo afirmar o marco no século XIX. Os dois autores descrevem esse primeiro período ideológico por caminhos diversos, prefe-

rindo Guedes (1988) analisar a assistência hospitalar psiquiátrica sobre a base dos hospitais filantrópicos que, para ele, tem origem no período colonial.

A resposta de Machado et al (1978) procura um caminho explicativo localizando a origem da institucionalização dos hospitais psiquiátricos paralelo ao projeto de medicina social no século XIX, marco em que ocorrem "importantes transformações com relação ao estilo de governo (...) assinalando uma série de diferenças do modo de organizar a sociedade e o Estado" (Machado et al, 1978, p.105). Ajusta o período anterior a uma sucessão de fatos que narram a origem institucional do caráter essencialmente social: o nascimento dos hospitais militares, os leprosários e a Faculdade de Medicina.

O autor justifica o surgimento do hospital militar pela ausência de assistência médica dada aos soldados enfermos e pela má assistência proporcionada pelas Misericórdias, "não sendo pensado como instrumento de intervenção positiva com o objetivo de obter a cura e produzir saúde" (Machado et al, 1978, p.125). Não tendo sido criado por iniciativa governamental, como modelo de atenção à saúde da população, o hospital militar mantinha o mesmo modelo antes estruturado pelas Misericórdias. Surgem para manter a tropa com o menor ônus possível, colocando em evidência a importância da função médica que, para o autor, se articulava com o objetivo militar na estruturação desse novo contexto, possibilidades de exercitar valores humanitários e caritativos.

Outro tópico importante no processo de separação gradual entre as atividades médica e religiosa no mesmo espaço terapêutico foi o surgimento da lepra, uma doença contagiosa e epidêmica que ganha significado social. Para a administração da doença, importa evitar o contágio e livrar a cidade do perigo ameaçado. Com caráter de controle social, os leprosários fazem essa função de isolamento e exclusão da doença, sob certas condições:

> O lazareto adquire um caráter de especificidade em função daqueles que irão ocupá-la. Não é suficiente ter um local para alojar os lázaros e excluí-los da cidade: uma exclusão passa a ser eficaz somente quando existirem condições que garantam a ausência de comunicação e a contenção do mal – mal específico – no espaço por ele destinado.

> Dentre as condições, está a presença religiosa do capelão e médica do cirurgião: duas figuras residentes no lazareto, que procuram diminuir o sofrimento do leproso ao nível do corpo e da alma (Machado et al, 1978, p. 136).

Nessas condições, de doença incurável, o religioso apresenta-se, em relação ao médico, papel de maior importância na organização do hospital. Ambos têm a função de manter presentes a vigilância sanitária, denunciando os leprosos na cidade, mas também assegurando nos leprosários a contenção da doença, cujos cuidados e tratamento são necessários no hospital. Nota o autor uma crescente importância da atividade médica em detrimento do agente religioso, uma vez que a atividade religiosa passa a ser apontada como não qualificada no processo de admissão dos doentes no espaço terapêutico e na assistência médica à doença. Ao ser demandado o saber médico pela administração portuguesa, a organização e funcionamento desse tipo de instituição hospitalar passa gradativamente a obedecer um critério médico, não necessariamente por uma iniciativa dos médicos (Machado et al, 1978, p. 139). Enfim, "a medicina não parece ser vista – como acontecerá explicitamente com a medicina social do século XIX – como uma prática política específica, como um poder especializado que deve assumir a responsabilidade dos indivíduos e da população atuando sobre as condições naturais e sociais da cidade" (Machado et al, 1978, p. 149).

Importante anotar ainda a terceira justificativa trazida pelo autor pela discussão do projeto das Faculdades de Medicina em 1832, organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que se incluía no projeto de medicina social como uma ofensiva da organização profissional. Nesse aspecto histórico, a institucionalização do ensino médico centraliza a medicina no campo das práticas de saúde, cria-se concomitantemente a figura do charlatão como desviante da verdadeira prática médica, surgindo à volta de um projeto médico "que defende e justifica uma sociedade medicada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber" (Machado et al, 1978, p.194). Nesse mesmo modo de ver, a medicina legal se generaliza como atividade principal do projeto da "política médica":

> O combate ao charlatanismo é a outra face do desenvolvimento do ensino médico. Quando não havia Faculdade no Brasil, a medicina sendo praticada por poucos formados (em Coimbra), muitos licenciados, e mais barbeiros sangradores, aplicadores de ventosas e sanguessugas, curandeiros, padres jesuítas, não havia como estabelecer uma restrição e uma partilha (...) a oposição entre o médico e o charlatão (...) figura pejorativa ao nível moral, político e científico, o charlatão é o obstáculo que se tem de remover para que a medicina social se assegure o controle perfeito, interno à sua profissão e externo da sociedade (Machado et al, 1978, p. 213)

Guedes et al (1988) preocupam-se em descrever uma continuidade das organizações benemerentes, dentro dessa reformulação política da função hospitalar moderna, nos seguintes termos:

> No início das grandes correntes migratórias do final do século XIX e início do século XX, o crescimento das cidades e o início da industrialização do país, observa-se em algumas capitais brasileiras o surgimento de um outro grupo de hospitais, os hospitais beneficentes (...) são criados com a função primeira de atender aos integrantes das colônias de imigrantes que viessem a necessitar de internação hospitalar, não sendo objeto de sua atenção os carentes e indigentes em geral (...) com a descoberta do Raio-X, a adoção de métodos "modernos" de assepsia o aparecimento de novas técnicas terapêuticas e procedimentos cirúrgicos, o hospital se transforma totalmente deixando de ser aquele local onde os desvalidos eram hospedados, para se tornar de fato o local preferencial para os "modernos" procedimentos e terapêuticas (Guedes et al, 1988, p.9).

Outra vertente de estudo, que interpreta a institucionalização dos hospitais e da Psiquiatria, especialmente na França, resgata a importância dos valores cognitivos conquistados pela Psiquiatria até aquele momento. As reflexões do sociólogo brasileiro Birman (1978) em conexão com a linha de pensamento Castel (1978) retomam ambos, na discussão histórica do surgimento da medicina social, a importância do conceito de "medicina mental". Para Castel (1978), as atividades filantrópicas não aparecem como um fato que serve para tornar inteligível o aparecimento do hospital psiquiátrico e da Psi-

quiatria enquanto disciplina médica, mas surgem dentro da preocupação do alienismo, especialmente no espaço médico-psiquiátrico,

> (...) a que ele soube juntar – ou não dissociar – uma trama médica, garantida pela respeitabilidade científica, e uma trama social, a dos filantropos e dos reformadores do período pós-revolucionário à procura de novas técnicas assistenciais (Castel, 1978, p. 98).

Porém, se há preocupação do resgate histórico para mostrar a fecundidade do período alienista como marco do início da evolução dos valores cognitivos da Psiquiatria, por outro lado, diante de tal emaranhado de valores científicos e sociais, no processo de disjunção entre as atividades religiosa e médica, há preocupação em destacar historicamente as relações da medicina mantidas com o Estado.

Para Machado et al (1978, p. 215) é no momento em que o Estado formaliza a assistência social que passa a vigorar uma imagem da atividade médica como "atividade científica", principalmente em relação às atividades charlatanescas. Comparadas às atividades médicas, os charlatães não tinham racionalidade científica e iludiam o povo. Nesse sentido, assegura o autor que as relações da medicina com o Estado não foram de justaposição nem de apropriação. O que ocorreu dentro da consolidação do projeto de medicina social com medidas de controle social foi a estruturação de um tipo de racionalidade, presente no exercício do poder de Estado e necessária para o funcionamento da medicina, de um lado, em função da "medicalização da sociedade" (sic), de outro, pela inadequação entre o projeto médico e o modo de atuação dos organismos estatais em relação a saúde da população. Nesse processo social, embora a medicina tivesse por função assessorar o Estado, também assumiu a função de criticar outras práticas e saberes não médicos.

O projeto de medicina social, se por um lado, devendo ser necessariamente político – pois necessita do Estado para completar seu projeto de prevenção das doenças da população –, utiliza o próprio poder médico como instrumento de poder. Por outro lado, a medicina também é utilizada pelo Estado por ser instrumento especializado capaz de assumir com ele, e por ele, as questões relativas à saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência, da qual

> a medicina social nascente luta por uma hegemonia no Estado, se desenvolve juntamente com a ideia de centralização política, participando assim da própria luta pela constituição de um Estado centralizado no qual ela figuraria através de um órgão especializado (Machado et al, 1978, p. 243).

Finalmente, a medicina, nesse período, deve ser vista antes em seu aspecto social do que em suas características científicas de ciência natural. Como novo tipo de conhecimento, a medicina se torna social porque a prática médica, não considerando a doença isoladamente, desloca o objeto da medicina (que é a doença), para o campo da saúde, fundamentando o princípio social da medicina, que não é somente a da ação curativa, mas a possibilidade de impedir o seu aparecimento e controlar sua manifestação pela prevenção (Machado et al, 1978, p. 252-3). Enfim, para o autor, a medicina social descobrirá os espaços institucionais pelo esquadrinhamento urbano (Machado et al, 1978, p. 278). Os hospitais e os hospícios surgem nesse contexto, entre a emergência de outros grandes estabelecimentos (cemitério, escola, quartel, prisão, bordel e fábrica). Nessa perspectiva, as instituições aparecem como resultado da intervenção médica, que visa proteger a coletividade e proteger a pequena coletividade enclausurada no espaço hospitalar:

> O objetivo final da medicina social é, de maneiras diversas, formar ou reformar física e moralmente o cidadão. Por um lado, o homem é um todo físico-moral e não a junção de dois princípios de natureza independente. As disposições morais do homem são condicionadas por circunstâncias físicas. As disposições físicas se alteram por circunstâncias morais desfavoráveis. O conhecimento médico naturaliza a moral. A dupla série de causas – físicas e morais – responsáveis pelo comportamento humano se inter relaciona no interior do indivíduo. Como técnica de intervenção, a medicina, corrigindo os excessos que os homens cometem, visa justamente a estabelecer um estado de equilíbrio entre os aspectos físicos e morais (Machado et al, 1978, p. 281).

O discurso médico sobre o hospital aparece ordenando o espaço hospitalar, transformado concomitantemente em lugar de cura e local de aprendizado e produção do saber médico. Nesse,

> o hospital e o enfermo são para o médico instrumento e ocasião de pesquisa (...) disciplinado em uma estrutura e funcionamento operacional através de classificação do corpo doente à peça científica, nasce, com a medicina social, o hospital como instrumento de cura e de conhecimento (Machado et al, 1978, p. 285-288).

3.2. Institucionalização dos hospitais psiquiátricos no Brasil

É nos termos do controle social, do processo de medicação social no projeto da medicina social que se pode inserir a institucionalização dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Para Machado et al, "só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações" (1978, p. 276). A tese que explica o processo de medicação da sociedade governa a hipótese de uma prática médica explicitamente política, no âmago da qual surge "o projeto de patologizar o comportamento do louco e só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável (sic)" (Machado et al, 1978, p. 276).

Nessa perspectiva de valores sociais implícitos na organização da sociedade é que os historiadores inserem o surgimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1830. O louco, nesse período, passa a ser objeto da medicina social, quando, na guarda do espaço hospitalar, é instrumento terapêutico da Psiquiatria. Consequência da crítica higienista em relação ao regime disciplinar anterior em que vigoravam as instituições de enclausuramento (Santas Casas), mas também em função do perigo à população, uma vez identificado o desviante social a partir de critérios instituídos pela própria medicina social. Nessa perspectiva, o louco era similar ao charlatão ou ao leproso, pois participavam como elemento para institucionalização da ordem médica psiquiátrica, diante da polícia médica que procura "aqueles que circulam livremente pelas ruas, podem enfurecer-se e repentinamente cometer atos homicidas" (Machado et al, 1978, p. 377).

Costa (1989) representa outra vertente historiográfica, que pretende revalorizar "o interesse da história da psiquiatria no Brasil e, através disso, o da Psiquiatria brasileira em geral" (Costa, 1989, p.53) quando estuda em perspectiva de valores o pensamento psi-

quiátrico pela Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos 20 e 30 do século XX. Na montagem histórica, o método utilizado para o desenvolvimento dos fatos históricos da Psiquiatria no Brasil " (...) contradiz pontos de vista de autores como Michel Foucault, que, estudando os mesmos fatos, propuseram explicações de outra ordem" (Costa, 1989, p. 57).

A crítica ao trabalho de Roberto Machado evidencia-se quando o autor se coloca defendendo que a Liga Brasileira de Higiene Mental tem um valor inestimável para a história da psiquiatria brasileira, demonstrando que, no Brasil, a história da Psiquiatria pode ser contada pelo pensamento psiquiátrico em função dos compromissos assumidos ideologicamente, cuja origem e evolução não se resumem "a um amontoado incoerente de práticas asilares" (Machado, 1978). Da mesma forma que Birman (1978) preocupou-se com as teorias históricas que interpretam os valores cognitivos da Psiquiatria nascente desde o modelo médico organicista de Pinel, aos alienistas e higienistas, juntamente com os valores sociais carregados de preconceitos, como acontece para o caso dos psiquiatras da Liga e mais atualmente para o movimento de desinstitucionalização dos anos 70, incluso para o autor os movimentos sociais de desospitalização nos anos 80 e a atual reforma psiquiátrica no âmbito do SUS.

Nessa discussão, Costa (1989), mais precisamente no prefácio à 4ª reedição de sua obra, mostrou-se preocupado particularmente em descrever o aspecto ideológico, mais presente na atualidade pelo uso do conceito de prevenção na reforma da assistência psiquiátrica desde os anos 70, quando tomou por referência a Psiquiatria comunitária norte-americana que, em vez de curar, se colocou a prevenir. Em vez de adotar os hospitais preferiu a comunidade, em vez do psiquiatra preferiu as equipes comunitárias, enfim, em vez da doença preferiu considerar a saúde mental. Esses parâmetros não estão deslocados de um projeto psiquiátrico das teorias de degenerescência, fonte das ideologias racistas, aprofundadas no entre guerras, no desenvolvimento do período nazista. O autor faz um alerta sobre a possibilidade de reprodução histórica, dada a mesma desatenção que se faz no uso da ideia de prevenção, decorrente do mesmo contexto da prática social dos eugenistas, o que atualmente se repete na psiquiatria preventiva,

que pressupõe uma unidade biopsicossocial na assistência psiquiátrica. Assim sendo, estudar esse período histórico é dar subsídios intelectuais para a análise de ideologias, fundamentalmente válidos para a história da psiquiatria brasileira:

> A psiquiatria brasileira (...) extremamente mal conhecida (...) sua história nem sequer foi ainda corretamente recenseada. É quase desnecessário dizer que pouquíssimos autores preocuparam-se em tematizar seriamente qualquer aspecto que fosse de nossa Psiquiatria e os poucos trabalhos existentes sobre o assunto são, na maioria, simples narrativas factuais, mesmo que esses estudos tenham sido sistematicamente esquecidos (Costa, 1989, p. 58).

O clímax da tese de Costa (1989) é destacar, na questão ideológica da Psiquiatria, o uso inadequado da noção de prevenção, que claramente, na história do alienismo brasileiro, como foi visto acima, é defendida como princípio social da medicina social, condição que torna presente os espaços hospitalares e a possibilidade de se fundamentar uma interpretação ideológica terapêutica (Machado et al, 1978, p. 252-3).

> O objetivo *prevenção*, imposto à Psiquiatria prescinde da cientificidade ou não-cientificidade das teorias que o informam. Ele não é necessariamente dedutível de nenhum teoria psiquiátrica. Sua relação com a teoria psiquiátrica não é uma relação do tipo *constituição*, mas do tipo *justaposição*. O objetivo *prevenção* pode ser colocado exteriormente a qualquer teoria. Esta noção impõem-se à consciência do psiquiatra, não por uma necessidade científica, mas por uma necessidade subjetiva, de origem cultural (Costa, 1989, p. 61).

Enquanto Machado et al (1978) pressupõem diferenças entre os espaços médicos organizados, anteriores ao nascimento da medicina social, por causa ideológica da instituição da Psiquiatria e dos espaços hospitalares específicos para o tratamento psiquiátrico, Costa (1989) enxerga nessa distinção outro parâmetro determinante, dentro do conjunto articulado de valores e crenças que conferem (ou que ideologicamente conferiram) unidade à Psiquiatria no Brasil, inscrita historicamente na prática social da medicina, não necessariamente advindo das relações de poder com o Estado.

A atividade científica da medicina, alicerçada em uma racionalidade médica, para Machado et al (1978), não está justaposta nem apropriada pelo Estado quando se considera a atividade do charlatão, figura essencial no contexto social. Para Costa (1989), a relação se fez justaposta, quando verificou, nos desdobramentos históricos da prática psiquiátrica, que as teorias eugênicas fundamentaram o poder médico na sociedade.

Para mim, interesse resgatar a figura dos charlatães e curandeiros, ambas tipificadas posteriormente no Código Penal Brasileiro, que afirmo a respeito de uma característica comum: o exercício da atividade aparentemente cientificista, reclamados pelos autores acima, como valores exteriores às atividades científicas da psiquiatria organicista.

Para Costa (1989), o entendimento sobre o alienismo brasileiro distingue-se nos períodos históricos posteriores, em que as relações de saber médico psiquiátrico cede lugar às relações de poder, em função da adoção cientificista de teorias psiquiátricas, cujo exemplo mais marcante é a crença na eugenia, lembrando que o termo eugenia, apresentado pelo inglês Francis Galton, tornou-se um termo de ciência carregados de valores sociais para demarcar o aperfeiçoamento da raça humana:

> Não era um mero produto de convicções subjetivas. A eugenia baseava-se em fundamentos racionais. Todo o corpo teórico da Psiquiatria organicista caucionava as esperanças dos eugenistas. Se a doença mental era transmitida hereditariamente, a única prevenção logicamente possível era o extermínio físico ou a esterilização sexual dos indivíduos doentes. O espaço teórico da época não permitia a formulação de outra ideia de prevenção que não fosse esta (Costa, 1989, p. 59-60).

Costa (1989) conclui que o que está em jogo é separar o profissional da saúde no espaço médico, como elemento de promulgação das estruturas de valor "que coordenam e harmonizam a hierarquia social", cabendo atribuir à medicina (em geral) a tarefa de definir, como parte do saber médico, o que é bom ou mal para os indivíduos, para ele, uma tarefa anteriormente dedicada pelo saber religioso. Nesse sentido, no moderno espaço hospitalar,

> O médico tornou-se o sacerdote do corpo e o médico-psiquiatra, em particular, tornou-se sacerdote do espírito. As regras de conduta, determinadas pelo saber religioso, transformaram-se em regras de higiene mental. A alegria do espírito pode ser obtida, contanto que se conheçam os mandamentos do comportamento sadio da estrutura psíquica normal. A cultura, mais uma vez, acena aos psiquiatras como uma promessa de poder, cuja potência e sedução ficou bem demonstrada na experiência da Liga (Costa, 1989, p.63-4).

Machado et al (1978) já haviam notado, na tese da continuidade epistemológica franco-brasileiro, a transferência dos valores humanitários dos primeiros alienistas franceses aos alienistas brasileiros, como prova da influência na instituição da prática médica alienista brasileira. A referência aos alienistas Pinel e Esquirol reproduz os valores centrais da psiquiatria francesa em duas articulações: da loucura com a inteligência e da loucura com a civilização. Ambas linhas de raciocínio estão mediadas, confirma o autor, pela categoria da moralidade nos primeiros trabalhos médicos no Brasil. A ambiguidade instaurada no campo da ciência psiquiátrica ocorre desde quando a loucura, interpretada por valores morais e sociais, ganha significado de objeto do conhecimento científico nas ciências médicas, sintetizada no conceito de alienação mental (Machado et al, 1978, p.381). Por isso, na história da psiquiatria, a institucionalização das práticas psiquiátricas, não podendo estar descolada de seus próprios valores cognitivos, a Psicopatologia é uma área de atuação que se candidata a servir de base epistemológica e referência teórica e prática da Psiquiatria, historicamente datada desde a Psiquiatria organicista.

Mais recentemente, algumas teses reclamam a mesma dissensão de Costa (1989) em relação à instituição do ideário intelectual europeu e americano e estudam, na mesma esteira, os impasses, as rupturas e transformações sofridas no passado da psiquiatria brasileira. O trabalho de Oda (2003), por exemplo, compara Nina Rodrigues e Juliano Moreira, na fundação da psiquiatria brasileira, deslocando-se do pensamento de psiquiatras europeus pelos estudos de psicopatologias comparadas, demonstrando assim que a história dos alienistas brasileiros passa pela aplicação científica da psiquiatria da época, aplicada à população brasileira, possibilitando associar às crenças animistas valores sociais de inferioridade e

racismo, como um estágio da cultura brasileira a ser superado. A autora mostra, pela apresentação do estudo de caso que fez em Nina Rodrigues, que a negra Umbelina Maria do Bonfim, internada no Hospício de Alienados São João de Deus, em Salvador, diagnosticada por delírio de perseguição sistemática, ou delírio crônico, frequentadora do candomblé, quando caia no 'estado de santo' sofreria de um estado clínico psiquiátrico tratado como 'fenômenos sonambúlicos ou histeróides'. Por outro lado, no seu histórico de vida, parou de trabalhar por acreditar estar enfeitiçada, mantinha alucinações auditivas de estarem tramando contra ela,

> Ao mesmo tempo em que busca mostrar que certas formas psicopatológicas básicas são essencialmente semelhantes nos negros e nos brancos, Nina Rodrigues enfatiza a que diferença cultural (que ele enraíza no biológico) deve ser levada em conta na avaliação do normal e do patológico entre grupos humanos distintos (Oda, 2003, p. 115).

Também Urquiza (1991) contribui para a história crítica da psiquiatria retomando a prática higienista como marco de análise. Dentro das abordagens sobre a constituição do alienismo no Brasil, aponta os trabalhos de Machado et al (1978) e Costa (1989) para análise do alienismo praticado no Rio de Janeiro. Para o alienismo paulista a autora privilegia as relações entre saúde e sociedade num momento preferencial, dado que, com maiores evidências, ocorre uma ruptura com o período anterior. Considerando os trabalhos históricos de Roberto Machado e Jurandir Freire Costa, segue as sugestões de se aprofundar na questão dos alienistas paulistas e compreender o campo da saúde mental a partir de três outros autores (Morão Dias [1985] *apud* Urquiza [1991]). Enfim, numa perspectiva de análise internalista, resgata o debate do trabalho alienista, a partir de "seus elementos constitutivos mais internos: o agente, o objeto, os instrumentos e as condições concretas em que ele se realiza" (Urquiza, 1991, p. 4).

Na mesma direção, Pessoti (1996) privilegiou trabalhar sobre a ideia de desinstitucionalização, atualmente utilizada no campo da saúde mental, defendendo esclarecimentos específicos de um período histórico do alienismo brasileiro. Parte de concepções so-

bre a alienação mental (Pessoti, 1996), que para ele poderia ser classificada ou por uma função orgânica (distúrbio sobre o qual atua o trabalho terapêutico do médico alienista), ou por uma função do desarranjo de alguma mente ou faculdade do espírito, identificado os desarranjos comportamentais.

Ao historiar as doutrinas sobre a loucura, toma, por exemplo, os erros de raciocínio, alucinações ou ilusões como princípio. Podendo também ocorrer na vida normal do homem, esses não identificam o delírio como doença mental, que para o autor é um fundamental na composição do pensamento médico: o pensamento delirante é patológico e anormal quando identificado o processo causal, uma busca organizada por diferentes princípios ou modelos teóricos: iatroquímico, pneumático ou iatromecânico, cada qual retoricamente apropriado a um gênero de loucura, associado aos distúrbios encefálicos. Reafirma: desde o século XVII, foram incorporados no pensamento médico do século seguinte sem grandes alterações. Somente no século XIX com o modelo de tratamento moral de Pinel é que se admite a natureza psíquica ou mental da loucura, mais apropriado ao uso do termo psicopatologia:

> Ao historiar as doutrinas sobre a loucura, quando se designa qualquer delas como um momento da *psicopatologia*, este termo se refere mais que tudo aos aspectos descritivos da alienação, aos sintomas, ao comprometimento observável de funções intelectuais, entre outras. Não se refere pois à natureza definitiva da loucura. Somente a partir da obra de Pinel, o termo *psicopatologia* pode ser tomado como sinônimo cabal de teoria da loucura. É apenas por conveniência de expressão que neste trabalho se emprega a palavra *psicopatologia* em referência a doutrinas anteriores ao século XIX (...) fica evidente a revolução que a teoria da loucura proposta por Pinel trouxe para o pensamento médico de seu tempo. Sustentar a origem passional ou moral da alienação e propor que a essência dela é o desarranjo de funções mentais destoava gritantemente da atitude vigente até o final do século XVIII (Pessoti, 1996, p. 67-8).

A título de conclusão e encadeamento das ideias aqui expostas sobre o resgate da história do pensamento psiquiátrico e da institucionalização dos espaços hospitalares no país, tenho acertado que o

estabelecimento dos hospitais psiquiátricos iniciou-se no movimento higienista francês, com Pinel, momento em que, igualmente no Brasil, os asilos e manicômios tornaram-se organizações médicas. A natureza desses hospitais mudou, como quer Machado et al (1978), diante um processo de institucionalização da medicina social, quando começaram os espaços hospitalares a incorporarem a presença da medicina pela prática médica, tornando-se instituições propriamente médicas e modernas. A presença das atividades filantrópicas no espaço hospitalar (Santas Casas de Misericórdia), como poder-se-á ver à frente, teve peso relativo na institucionalização dos hospitais do tipo asilar para tratamento da alienação mental, mas foi um contrapeso importante na institucionalização dos hospitais psiquiátricos modernos, uma vez que, comprometidos com o projeto de medicação da sociedade, a atividade cognitiva e científica da Psiquiatria voltou-se ajustadamente para o campo da assistência social, permitindo o retorno da atividade filantrópica para além das Misericórdias, como se verá no caso dos hospitais administrados por espíritas.

3.3. Filantropia, assistência social e os hospitais espíritas no Brasil

Allan Kardec, no século XIX na França, construiu uma doutrina religiosa, que inclui concepções sobre a doença mental e uma proposta de tratamento moral religioso. Kardec não formulou a doutrina com o interesse de luta aberta no campo médico psiquiátrico, nem teve a intenção de transformar-se em alternativa terapêutica ou medicina complementar à nascente medicina ou psiquiatria francesa, pois a criação e organização da doutrina espírita era-lhe uma alternativa cristã e humanista, no campo religioso. Nesse tópico explora-se a hipótese de que, no Brasil do século XX, o Espiritismo efetivou-se perante a pretensão filosófica da doutrina de Kardec, de torná-la uma doutrina científica, por via da medicina.

A maior prova histórica de que se dispõe, pouco valorizada entre os estudiosos da religião espírita, foi o projeto de iniciativa de um médico convertido ao espiritismo, Bezerra de Menezes. Ele iniciou a perspectiva médico espírita, quando abertamente concorreu com sua teoria espírita no campo das terapêuticas psiquiátricas. Vale ainda lembrar que, no final do século XIX, a luta pessoal desse médico na política do Rio de Janeiro promoveu a formação

de um projeto ideológico da religião, que no início do século XX dividiu o movimento espírita entre adeptos do espiritismo científico contra aqueles do espiritismo religioso (Warren, 1984).

Importante frisar que os estudos realizados por Warren (1984), a respeito das atividades de Bezerra de Menezes, mostram um aspecto, o da questão religiosa, não necessariamente enquadrados no contexto das atividades médicas em organizações terapêuticas híbridas. Essa discussão torna-se importante para caracterizar a origem e a natureza das instituições psiquiátricas espíritas, que mantém interações com o campo religioso.

Na confluência de dois contextos (filantropia e medicina social) tendo por interações o campo religioso e da saúde nascentes, reflito o seguinte: se, como afirmam os historiadores, o espiritismo a partir dos anos de 1950 confluiu para reconhecimento social e legal de religião (Giumbelli, 1997), reforço com minha hipótese inicial a ideia de que foi nas décadas seguintes que o espiritismo ganha maior legitimidade com o projeto da medicina espírita, que irá se consolidar com as organizações psiquiátricas. Trata-se de uma estratégia alternativa na luta no campo religioso brasileiro. Para uma versão da emergência dos hospitais psiquiátricos espíritas no Brasil, considero distinções com o período colonial em vista da política previdenciária estatal iniciada nos anos de 1930. O Estado assume parcialmente a organização da assistência médica. Entendo que a condição de emergência dos hospitais espíritas associa-se a dois contextos: a) ao reconhecimento pelo Estado do Espiritismo como religião; b) à expansão, ainda incipiente, da assistência social como política governamental, no o estabelecimento da parceria do setor público e privado (filantrópico) na produção de serviços hospitalares, não estando reservado ao setor público a produção de serviços dessa natureza. Estou de acordo que no período colonial brasileiro, as Santas Casas de Misericórdia, enquanto espaços benemerentes, prestavam serviços de assistência à saúde da população, cuidando dos enfermos sob administração comando da Igreja católica. A participação da religião nessa circunstância limitava-se, nesse período, a atos religiosos, sem pressupor, no entanto, uma terapêutica para a saúde espiritual dos enfermos. Entretanto, diante dessa hipótese de trabalho, essas instituições sociais, estruturadas no passado colonial até o século XIX, favorecem

a organização dos hospitais espíritas que, na metade dos século XX, inserem-se no contexto do campo organizado da saúde.

Mestringer (2001) traçou reflexões sobre a filantropia no Brasil. Por um exame crítico mostrou a autora a natureza histórica das relações entre Estado e assistência social a partir da década de 1940. Para ela foram as obras pias, criadas com a preocupação caritativa e beneficente, as primeiras organizações localizadas em conventos e igrejas católicas, que iniciam a composição de um quadro tipológico de organizações sociais, conforme o modelo político que se desenha a filantropia, a solidariedade e a assistência social em diversos momentos históricos.

Justificando o estudo da filantropia dentro do campo filosófico – pois constituída por valores morais como altruísmo e comiseração que levam à ação do voluntarismo –, Mestringer (2001) mostra que o termo filantropia poderia ser visto como laico na concepção católica de caridade, enquanto que o termo benemerência se enquadraria melhor na ação do dom, da bondade concretizada com a ajuda ao outro. Essa diferenciação me interessa na caracterização dos hospitais espíritas[1], principalmente quando a autora desdobra o raciocínio e aceita uma divisão entre benemerência *ad hoc* e *in hoc*: historicamente no primeiro caso a ajuda está identificada na sociedade pelas esmolas; no segundo caso, a ajuda é institucionalizada, diferenciando-se pelas obras de internação (asilo, orfanatos e abrigos).

Também explicita que o sentido de assistência social pode ser compreendido e delimitado num campo de atuação prática, o social, que imprime uma racionalidade e constrói um conhecimento que, nas suas palavras, se compõe

> por um conjunto de práticas nas áreas pública e privada, com o objetivo de suprir, sanar ou prevenir, por meio de métodos e técnicas próprias, deficiências e necessidades de indivíduos ou grupos quanto à sobrevivência, convivência e autonomia social (Mestringer, 2001, p. 16).

1. É senso comum que o termo *hospital espírita* designa a administração dos religiosos espíritas junto aos hospitais psiquiátricos, apresentam-se como entidades filantropias e empresas benemerentes, prestadoras de serviços na área da saúde e organização não governamental coadjuvante nas políticas públicas de saúde.

Assim, quando particular, ela se caracteriza pelas iniciativas institucionalizadas em organizações sem fins lucrativos, direcionadas a dificuldades específicas (crianças, terceira idade, deficientes e portador de necessidades especiais e migrantes) e, quando pública, tem historicamente o estatuto de política social. Somente a partir da Constituição de 1988 é que as políticas dessa área social começam a emergir enquanto políticas públicas, com a exigência de responsabilidades, compromisso e orçamento próprio.

Essa via híbrida nos movimentos da política social do Estado brasileiro – contornando a falta de política estatal para a assistência social e a responsabilidade para com o setor social do país -, gerou novas responsabilidades e parcerias para assistir os excluídos (a grande parcela da população brasileira), afirma a autora. Em que condições poderemos considerar os hospitais espíritas nesse contexto? Podem tomar o caráter dessas organizações sociais nessas condições?

Ainda que não mencionada pela autora, os hospitais espíritas identificam-se com essas organizações hospitalares descritas, classificadas na ajuda institucionalizada *in hoc*. Entretanto, há outras interpretações sobre a atuação das entidades filantrópicas na sociedade brasileira. Um estudo recente, realizado pela equipe de pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ (Barbosa et al, 2002) abordou de modo quantitativo os dados sobre os hospitais filantrópicos no Brasil, mas não destacaram possíveis associações entre hospitais filantrópicos e valores sociais envolvidos por seus administradores do campo religioso.

Por outro lado, Landim (1993) acrescentou informações importantes a respeito das perspectivas de valores dessa organizações sociais. Resultantes das reflexões e estudos sobre as organizações sociais comumente denominadas de sem fins lucrativos, não governamental ou entidades filantrópicas a autora apresentou sua versão histórica desde o período colonial até os dias de hoje, avançando nas descrições de Machado et al (1978), Mestringer (2001), Birman (1978) e Costa (1989).

A autora enfatiza a história da assistência social e da filantropia aproximando-se da história das ações da Igreja católica no país. Até a Proclamação da República, a Igreja modelava a sociedade por quase quatro séculos, quando

> vigorou no Brasil o regime de padroado concedido pelo papado à coroa portuguesa (...) dentro do modelo de cristandade predominante à época das conquistas coloniais, essas eram revestidas do caráter de cruzadas para a conversão de novos povos, e os reis de Portugal receiam da Santa Sé a atribuição do controle sobre a Igreja também nas novas terras, exercendo aí ao mesmo tempo o governo civil e religioso (...) Na história do Brasil, sendo o catolicismo a religião oficial do Estado, a Igreja católica que se implantou no Brasil via Portugal foi uma peça fundamental na legitimação do poder político do Estado colonizador, contribuindo para a montagem e consolidação dessa sociedade colonial de perfil patriarcal e autoritário (Landim, 1993, p.12).

Sustenta a autora que somente a Igreja era considerada a principal gestora dos espaços sociais, iniciativas e valores ligados às atividades filantrópicas no período colonial. Estes rituais e estabelecimentos formavam os espaços da vida social: batismos, matrimônios, funerais, condições de reconhecimento social dos indivíduos, e os estabelecimentos religiosos oratórios, capelas, confrarias, irmandades, paróquias, dioceses. Os espaços das Santas Casas de Misericórdia eram organizados pelas Irmandades e o catolicismo implantado no Brasil não foi de Estado, mas

> caracterizou-se igualmente pelas práticas do chamado catolicismo popular, permeado de tradições medievais ibéricas, que veio para cá com os colonos e se desenvolveu através de uma enorme quantidade de agentes leigos não articulados entre si, os quais se encarregavam dos trabalhos religiosos diante de um corpo clerical reduzido e segmentado (...) as Irmandades de Misericórdia, responsáveis pelos primeiros hospitais, asilos e manicômios brasileiros, seguindo os compromissos da Irmandade de Lisboa esta se dedicava através das Santas Casas a 'sete obras corporais': 'curar os enfermos, remir os cativos, visitar os presos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pouso aos peregrinos e enterrar os mortos" (...) esses hospitais assumiram frequentemente a função de locais de segregação e proteção coletiva (...) (Landim, 1993, p. 14).

Em síntese, do ponto de vista da institucionalização da assistência social, durante os primeiros três séculos do Brasil as associações filantrópicas, prestadoras de serviços médicos, existiram no espaço da Igreja católica, permeada por valores da caridade cristã dentro do quadro do catolicismo e das complexas relações com o Estado, onde se misturavam interesses públicos e privados, confessional e civil. A assistência à população foi marcada pela lógica da autoridade tradicional, cabendo aos senhores a iniciativa da proteção aos pobres, segundo o sistema hierárquico do dom e da lealdade (Landim, 1993, p. 16).

Essas afirmações, sobre a Igreja católica e sua hegemonia no campo religioso, complementam aquelas informações de Guedes (1988), mas divergem, na forma conclusiva, quando a autora apresenta a possibilidade de comensurar, pelo conceito de filantropia, as atividades voluntárias e religiosas desde o período colonial, estruturadas a partir de um modelo oficial presente no desenvolvimento da história brasileira até as mudanças políticas nas primeiras décadas do século XX. Essas mudanças, para ela, deram-se pelas ideias liberais, que entram no país em finais do século XVIII, marcando o processo de independência política num terreno de escravismo e patriarcalismo. Tais características serviram para ela justificar o desenvolvimento industrial brasileiro, mas que não propiciaram a emergência de associações voluntárias, autônomas e prestadoras de serviços de caráter público.

Reforçando a ideia de Mestringer (2001), para Landim (1993) na década de 1930, as entidades sem fins lucrativos foram incentivadas, mas sempre passaram pelos espaços da ação social da Igreja católica. A Igreja se fortaleceu quando, ao garantir seus privilégios na Constituição de 1934, estendeu suas ações políticas para a sociedade civil, ratificando a reconhecida vocação de hegemonia espiritual sobre o povo brasileiro e disseminando os valores católicos na sociedade. Dessa forma, conclui a autora, colabora com o Estado para a manutenção da ordem social.

Mas, mesmo com a hegemonia católica, no campo religioso ocorre a presença concorrente da prestação de serviços sociais das igrejas protestantes e dos grupos religiosos menos visíveis, como os espíritas e os afro-brasileiros,

> frequentemente perseguidos pelas autoridades constituídas – também se multiplicam enormemente e estabelecem laços significativos com as camadas populares urbanas, dedicando-se sobretudo primeiros, a um sem número de obras sociais. Porém, a literatura sobre as entidades filantrópicas tanto do mundo protestante quanto do espírita é extremamente precária e pesquisas nessas áreas estão por se fazer (Landim, 1993, p. 19).

Quanto ao lugar das organizações privadas sem fins lucrativos nos anos 30, o projeto getulista de intervenção de estado nas políticas sociais, foi marcado pela presença na área da saúde, educação e assistência social, através de um "caminho de cooptação ou contaminação com o clientelismo político" (Landim, 1993). Ou seja, proliferam organizações desse tipo – pela ação da Igreja e outros grupos religiosos como os espíritas e afro-brasileiros –, sustentou a autora, na condição de colaboradores com o governo. Entretanto, observa-se que o getulismo não foi um benfeitor de todos os grupos religiosos, tendo repreendido, por exemplo, a umbanda (Negrão, 1996b).

Já durante o regime militar e no período de democratização, onde as relações do Estado com a sociedade são redefinidas, novos tipos de organizações e novos campos de atuação surgiram para as entidades sem fins lucrativos. Com base na industrialização, os conflitos Igreja-Estado apareceram na área do associativismo. Mas no terreno de atuação das entidades de assistência social foi ainda mais polêmico o papel dos sem fins lucrativos. Vale a pena citar as conclusões que a autora acertadamente finalizou sobre o caráter dessas organizações, assemelhando-se às nossas preocupações em caracterizar as instituições hospitalares espíritas no campo da prestação de serviços médico-assistenciais:

> Como se viu, esse conjunto que contém as entidades mais antigas e tradicionais, sempre presentes numa sociedade de políticas sociais ineficientes e de muita religiosidade: são as que se dedicam à prestação de serviços de natureza diversa a grupos fragilizados da população como crianças abandonadas, idosos, deficientes físicos e mentais, alcoólatras, desempregados, os que se encontram na linha da pobreza absoluta, etc. (...) embora as ONGs não têm uma história consistente

> de atuação com segmentos 'marginalizados' das atividades produtivas, preferindo o universo do trabalho, as entidades de assistência social, por sua vez, estão geralmente distantes dos valores da 'militância' e do campo dos movimentos sociais organizados. Não parecem apresentar maiores problemas de relacionamento com órgãos governamentais sendo clientes, ao menos virtualmente, de seus recursos. Estão certamente mais próximas tanto da filantropia empresarial quanto das doações individuais e mais distantes da cooperação internacional que se desenvolveu nos últimos 20 anos (...) são no geral menos profissionalizadas e o trabalho voluntário parece ter ai mais peso e valor simbólico. Nascem e se desenvolvem, como se viu, à sombra da religião, durante mais de três séculos, sob o monopólio quase exclusivo da Igreja Católica, seguindo-se uma diversificação sobretudo com as várias igrejas Protestantes e os grupos Espíritas (Landim, 1993, p. 35).

A autora concluiu, de modo diferente de Machado et al (1978), sobre a apropriação do Estado, quando reestrutura o campo da assistência social, ineficiente ao mesmo tempo em que se torna patrimonialista e autoritário, mantendo a presença na sociedade através de esquemas corporativistas, controla e coopta grupos e instituições de interesse, fazendo passar as disputas na sociedade civil pelo crivo do poder público. Uma consequência inevitável desse processo foi a exclusão, tanto política como social.

Por outro lado, se a Igreja e os grupos religiosos foram fundamentais na criação das organizações sem fins lucrativos pela via da assistência social, saúde e educação - reconhecendo a importância do papel da Igreja Católica na criação dessas entidades, tanto na vertente filantrópica quanto na vertente associativa, baseados em ideários individualistas e igualitários -, confessa a autora valer ainda perguntar:

> Qual o peso, no mundo das iniciativas filantrópicas ou assistenciais, de outros grupos religiosos presentes na cena nacional, os incontáveis grupos pentecostais, grupos espíritas (kardecistas) os terreiros afro-brasileiros (...) todas essas religiões possuem uma ação social desenvolvida espalhada capilarmente pela sociedade e realizada por entidades sem fins lucrativos com personalidade jurídica própria e relativa autonomia (creches, orfanatos, asilos, centros de assistência social), são grupos mais próximos das culturas populares (..) são grupos com

> pouca visibilidade e estão quotidianamente lá onde o Estado, nem os movimentos sociais organizados, penetram (Landim, 1993, p. 43).

Giumbelli (1995) atendeu à demanda de Leila Landim e estudou o campo das atividades filantrópicas mantidas por espíritas, cobrindo

> ... os dados produzidos no decorrer dessa pesquisa representam algo inédito em relação às abordagens que têm sido submetidas as práticas relacionadas ao Espiritismo. É importante dizer que isso se deve, em boa parte, ao fato de as instituições espíritas serem aqui tomadas a partir de sua inserção no que se está chamando de 'setor sem fins lucrativos' e de sua atuação em um espaço não estritamente religioso possibilitando que se formulassem certas questões pouco concebíveis a partir de outras perspectivas (Giumbelli, 1995, p. 37).

Alguns pressupostos em seu estudo foram explicitados na relação que fez entre assistência social e religião nas instituições espíritas. Relevou, em seus aspectos institucionais, a formação de "grupos informais que se reuniam para estudar a doutrina e praticar a mediunidade". Sem fazer referência às ideias de Bezerra de Menezes, presentes no movimento espírita brasileiro, informa que a prática religiosa desses primeiros grupos esteve associada ao magnetismo e a homeopatia, nascente desses primórdios a figura do médium receitista,

> ... indivíduo que assistido pelo 'espírito' de um médico já falecido, diagnosticava os mais diferentes tipos de moléstias, prescrevendo um tratamento que recorria na maioria das vezes às 'gotinhas' homeopáticas (Giumbelli, 1995, p. 12).

Também mencionou a importância dos passes e das irradiações, cujos fins terapêuticos para curar doenças ofertava-se, ao lado da desobsessão, para tratamento de perturbações comportamentais e mentais, junto com as operações espirituais eventualmente realizadas pelas mãos de um médium. Pelas palavras do autor: "a medicina e o espiritismo estabeleceram relações de conflitos e afinidades que merecem ser um dia estudadas em toda a sua complexidade" (Giumbelli, 1995, p. 13).

Quanto às características institucionais do "espiritismo religioso", o autor destacou que

> o espiritismo é um sistema de crenças com uma especificidade marcada por determinadas noções entre as quais está a *caridade*, em seguida, enquanto conjunto de instituições com um determinado arranjo institucional cujas células básicas são os 'centros espíritas', filiados ou não a entidades federativas de abrangência local, regional e nacional (Giumbelli, 1995, p. 9).

Giumbelli (1995) descreveu o lugar privilegiado para a prática da doutrina, o centro espírita, considerada a unidade elementar do Espiritismo. Em seu interior, sempre um prédio simples de ambiente sóbrio, apresentam-se aposentos destinados a finalidades administrativas e terapêuticas: destaca-se a sala de reunião em formato de auditório, para receber os agentes religiosos, que se dividem em grupos de administradores, cooperadores, médiuns, frequentadores. Para dar assistência a essas pessoas, os centros espíritas programam sessões ou reuniões públicas, que podem ser de estudo doutrinário, comentários do evangelho, de passes ou a um público mais específico, sessões de desobsessão e treinamento de mediunidade. Além disso, as atividades de assistência social "que podem variar desde a distribuição de refeições e alimentos à manutenção de obras filantrópicas como asilos, orfanatos, creches, escolas ambulatórios etc. (Giumbelli, 1995, p. 13).

Como se vê, os autores acima descrevem as atividades de assistência social promovidas pelos espíritas, pressupondo os centros espíritas como fonte tradicional, onde se desenvolvem as atividades terapêuticas de cunho assistencial. Embora mencionem os espaços asilares como obras sociais, não aprofundam os estudos sobre eles. De fato, os agentes religiosos atuantes nos hospitais administrados por espíritas estão inclinados às atividades de ajuda espiritual, inseridas no campo religioso. No entanto, percebe-se uma associação entre filantropia e caridade que, na história das entidades filantrópicas, foi mantida na forma de cooptação do Estado. Nessa específica forma de assistir aos portadores de doenças mentais no Estado de São Paulo os interesses mútuos, duráveis há mais de 40 anos, tendem a ser interpretados por atividades filantrópicas de caráter de assistência social à saúde mental.

3.4. Características gerais dos hospitais espíritas no Estado de São Paulo

A exposição seguinte releva características dos 26 hospitais espíritas visitados no estado de São Paulo (Quadro 1). Todos fundados por espíritas essas instituições são ligadas a centros espíritas kardecistas. Em número absoluto os profissionais de saúde somam em torno de 4300, contra 950 agentes religiosos espíritas (cf. Quadro 2), atuam para o atendimento por volta de 6500 pacientes acometidos de transtornos mentais (Quadro 3).

Na sua maioria (70%) os hospitais são registrados e tem como fundador apenas uma pessoa (ou casal) espírita, ou ainda um pequeno grupo de adeptos da doutrina que, através de mensagens de espíritos provenientes do além, ordenaram a missão de construir espaços para a prática de caridade aos necessitados de saúde mental. Sempre motivados por esse sentimento de promoção benemerente, a missão espiritual estabelece como parâmetro o espaço médico, sempre uma extensão do centro espírita mantenedor. As pessoas carentes são as mais beneficiadas, especialmente aquelas que necessitavam de cuidados especiais, excluídas do convívio social, como os portadores de transtornos mentais. Em todos os casos, os hospitais cuidam de clientelas diferenciadas, entre pacientes crônicos e agudos, que somam em torno de 50% na totalidade.

Quadro 1. Hospitais administrados por religiosos espíritas no Estado de São Paulo – Brasil, segundo ano de fundação e localização, 2000

Ano de fundação	Frequência	Cidades
1930-1939	2	São Paulo, Araçatuba, Franca
1940-1949	4	Ribeirão Preto, Birigui, Marília, Bauru
1950-1959	8	São Paulo, Guarulhos, Amparo, Itapira, Espírito Santo do Pinhal, Araras, São José do Rio Preto, Penápolis

1960-1969	4	São Paulo, São Bernardo do Campo, Araraquara, Presidente Prudente
1970-1979	4	São Paulo, Catanduva, Presidente Prudente, São José dos Campos
1980-1989	1	Americana
Total	26	

Fonte primária: informações obtidas de uma listagem fornecida pela Associação Médico Espírita do Estado de São Paulo.

Quadro 2. Recursos humanos administrativos, técnicos e voluntários dos hospitais administrados por religiosos espíritas no Estado de São Paulo – Brasil, 2000

Hospitais espíritas	Pessoal administrativo	Profissionais técnicos	Voluntários espíritas	Total
São Paulo	7	13	15	35
Araçatuba	30	75	10	115
Franca	30	150	60	240
R. Preto	20	100	30	150
Marília	33	52	50	135
Bauru	60	290	80	430
São Paulo	19	23	25	67
Guarulhos	200	1524	150	1874
Amparo	45	48	45	138
Itapira	120	580	20	720
E. S. Pinhal	75	145	20	240
Araras	130	470	30	630
S. J. Rio Preto	47	133	15	195

Penápolis	20	36	70	126
São Paulo	5	55	88	148
S. B. Campo	54	46	25	125
Araraquara	30	130	30	190
P. Prudente	20	25	15	60
São Paulo	7	18	15	40
Catanduva	23	92	0	115
P.Prudente	50	180	60	290
S.J. Campos	15	81	70	166
Americana	30	55	30	115
Totais	1070	4321	953	6344

Fonte: informações obtidas por entrevistas com os diretores dos hospitais.

Quadro 3. Características da clientela atendida nos hospitais administrados por religiosos espíritas no Estado de São Paulo – Brasil, 2000.

Hospitais espíritas	Pacientes crônicos	Pacientes agudos	Total
São Paulo	25	0	25
Araçatuba	40	110	150
Franca	140	70	210
R. Preto	54	246	300
Marília	120	160	280
Bauru	200	220	420
São Paulo	15	31	46
Guarulhos	663	650	1313
Amparo	45	258	303
Itapira	160	680	840
E. S. Pinhal	60	270	330
Araras	580	120	700

S. J. Rio Preto	200	0	200
Penápolis	23	55	78
São Paulo	190	0	190
S. B. Campo	54	94	148
Araraquara	30	170	200
Pres.Prudente	80	0	80
São Paulo	30	0	30
Catanduva	40	100	140
Pres.Prudente	160	160	320
S.J. Campos	65	95	160
Americana	58	60	118
Totais	3032	3549	6581

Fonte: informações obtidas por entrevistas com os diretores dos hospitais ao pesquisador.

As organizações espíritas que mais contêm pacientes crônicos revelam um tipo de hospital asilar, enquanto aquelas que privilegiam o atendimento de pacientes agudos mostram um tipo de hospital mais próximo da atual política de saúde. Do ponto de vista jurídico, os hospitais espíritas são entidades registradas como religiosas ou filantrópicas sem fins lucrativos. Também algumas dessas instituições mantêm o registro de sociedade civil, ora junto aos cartórios de notas como entidades de utilidade pública, ora como empresas filantrópicas voltadas à área da saúde. Todas, no entanto, possuem um estatuto interno de funcionamento, fiscalizado e aprovado pelo Ministério da Saúde ou pelo órgão responsável no Estado de São Paulo.

Barbosa et al (2002) realizaram pesquisa com hospitais filantrópicos no Brasil. Apontaram os tipos de regulação jurídica que sedimentavam a regulamentação do setor filantrópico através das concessões do Certificado de Filantropia, no seguinte termo: CEAS a partir de 2002, para aquelas entidades que prestassem serviços em mais de 60% ao SUS. Antes do período de 1998, a LOAS/1993 isentava das contribuições previdenciárias, segundo o Decreto 752 de 1993. Nesse ficou definido o conceito de

entidade beneficente de assistência social e as condições para a obtenção do Certificado.

De acordo com a Resolução número 93 do Ministério da Saúde (1993), o Conselho Nacional de Saúde constituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de definir estratégias para o cumprimento das resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento do processo da reforma psiquiátrica no país. Também a Portaria 145 de 1994 instituiu o GAP, composto de uma equipe multidisciplinar que percorreu o país estabelecendo os critérios de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos e privados ou contratados. Quando da Reforma Psiquiátrica de 1994, inspirada na Constituição de 1988 e no conjunto de implantação do SUS, as exigências da Secretaria do Estado da Saúde no Estado de São Paulo estimularam, no limite de dois anos, aumentar a qualidade dos serviços prestados para garantir, aos que optaram por contrato com o Estado, a contratação de equipes multidisciplinares de saúde, cujo tamanho seria proporcional ao número de leitos. Cinco hospitais não conseguiram manter as exigências e fecharam.

Na sua maioria, observa-se que as diretorias se compunham de espíritas. Algumas delas, nos estatutos da instituição, exigiam exclusividade; outros, em menor número, agregam à diretoria parte da equipe técnica. Outros, enfim, em número de três, dispuseram de equipe técnica para o total comando da organização hospitalar, apenas mantendo os espíritas formalmente na diretoria.

No interior dos hospitais visitados observa-se um padrão na distribuição dos espaços terapêuticos para a movimentação das pessoas, que apresentam a seguinte estrutura: quartos, refeitórios, pátios, enfermarias, espaço de lazer interno e amplas áreas de lazer externa, ora preenchidos com atividades de plantio ou atividades de jardinagem pelos internos. Encontram-se profissionais da saúde que assistem doentes com distúrbios mentais visivelmente diferenciados, mais ou menos comprometidos quanto ao comportamental cognitivo. Na grande maioria, são contratados profissionais de saúde que não são espíritas. Mas, os espíritas, que não são profissionais da saúde, convivem no mesmo espaço terapêutico, desde a fundação. As salas dedicadas ao culto das reuniões de comunicação espirituais, sempre reservadas aos trabalhos espíritas

(que também poderiam ser utilizadas pelos profissionais da saúde de convicções espíritas). Daqueles hospitais visitados, os comandados pela equipe técnica, não dispunham de salas apropriadas para o trabalho espiritual, não por isso deixavam os espíritas de atuarem (mais timidamente) em dias combinados da semana, reservados para os passes aplicados aos doentes. Conforme o tipo de paciente (cf. QUADRO 3), os passes eram aplicados de modo diferenciado a pacientes crônicos e agudos.

Um hospital pode verificado como exemplar: dispõe de 210 leitos a pacientes internos, sendo 140 moradores (crônicos) e os demais reincidentes para tratamento da doença mental na forma aguda. Assiste 70 pacientes, de modo geral, em tratamentos espirituais. Esse percentual (37% dos internos) era o mais elevado entre os demais hospitais visitados. Porém, havia outro elemento que o qualificava como exemplar: os conflitos entre as práticas terapêuticas exercidas no interior do hospital.

Desde o ano de 2000, o Departamento Espiritual, assim designado o setor responsável pelo tratamento espiritual desse hospital, estava organizado com a contratação de funcionários em tempo integral para a realização de pesquisa científica espiritual junto aos assistidos. Esse tratamento incluía o aspecto o espiritual na avaliação técnica dos pacientes agudos, que passavam pela instituição para tratamento médico no período de no máximo 30 dias. O motivo da implementação do diagnóstico espiritual foi decorrente da eficácia terapêutica processada junto aos pacientes submetidos a tratamento espiritual de passes, desobsessões e energização das águas, que consumiam por lá os pacientes agudos. Os prontuários oficiais da equipe técnica (que continham diagnóstico e terapêutica biomédica) eram controlados pelos dirigentes espíritas comparando-se com o diagnóstico e tratamento espirituais. No entanto, paralelamente, o objetivo principal do Departamento Espiritual era obter uma notação científica em busca de um padrão das ocorrências patológicas, médicas e espíritas.

Um segundo modelo de hospital espírita, que poderia descaracterizar o perfil dos hospitais descrito acima, consiste de modo radicalmente oposto à organização citada. Inicialmente mantidos por espíritas, dois dos hospitais visitados apresentaram-se compostos pela administração de uma equipe técnica não religiosa. A

atuação dos praticantes do espiritismo da diretoria passada passa a ser controlada pela equipe técnica, inclusive o acesso ao interior do hospital. Não se encontrou ali tratamento de desobsessão, nem salas especiais para passes, mas somente aos sábados, num deles, por um período de duas horas, os dirigentes espíritas realizavam a "evangelhoterapia" em lugares não determinados. Os motivos principais declarados sobre a escolha do grupo fundador pela administração técnica do hospital foi explicado em função da morte de um de seus principais missionários fundadores, razão pela qual "afrouxaram-se os laços na equipe dos religiosos", segundo informações obtidas de um psicólogo, chefe da equipe técnica.

Embora esses dois modelos de administração hospitalar contribuam para um panorama geral dos hospitais espíritas no Estado de São Paulo, outras instâncias disputam legitimidades e influem direta ou indiretamente sobre a organização e manutenção dessas entidades religiosas voltadas à promoção da saúde mental concomitante à saúde espiritual: 1) os valores sociais promovidos pela atuação do Estado em relação à filantropia, tendo as Santas Casas de Misericórdia como modelo secular; e 2) os valores particulares da corporação profissional médica, tendo a associação médica *versus* associação médica espírita.

Na primeira ordem de valores sociais e institucionais, consideram-se os interesses particulares da filantropia, não necessariamente relacionados a valores religiosos. Mantém projetos de política de saúde mental, impostos a todas as entidades filantrópicas por regras, de um lado em vista da reforma fiscal, de outro pela política de reforma psiquiátrica. Todas as organizações médico-psiquiátricas, filantrópico ou não, do SUS ou particular, participam de um movimento histórico no país, influenciadas pelas atuais políticas de estado.

Na segunda ordem, os interesses de grupo se reduzem aos interesses da corporação médica, cujas disputas no interior do campo configurado de relações de forças entre agentes, saberes e práticas se manifestam no espaço hospitalar em torno de conflitos e tensões de poder. É onde se configuram um cenário de lutas de um bloco emergente de agentes sociais, que orientam ações práticas terapêuticas, tendo por seus aliados profissionais de saú-

Capítulo 4

A hipótese dos espaços terapêuticos híbridos

Na história institucional, os hospitais espíritas e as terapias espirituais aí organizadas se inserem, de modo geral, no campo da saúde como instituições filantrópicas que, caracterizadas propriamente como hospitais, ofertam assistência médica psiquiátrica. No entanto, essa imagem é insuficiente para revelar os aspectos vitalistas do espiritismo, detalhes que poderiam desvelar a terapia espiritual em seu pleno significado, também quando em relação ao sentido jurídico do curandeirismo no Brasil. O propósito nesse capítulo é verificar em quais condições de possibilidades atuam as medicinas espíritas, uma vez que o problema da terapia espiritual exercida no espaço do hospital psiquiátrico, necessita de traços distintivos que caracterizem as atividades religiosas e médicas concomitantes na organização terapêutica da instituição de saúde. Pergunta-se: são médicos que interagem com os religiosos ou caracterizam-se como agentes híbridos? Terapias religiosas são aplicadas de modo híbrido ou deve-se considerá-las práticas médicas complementares?

4.1. Terapia espiritual na temática Medicinas Alternativas e Complementares (CAM)

Na temática Medicinas Alternativas e Complementares (CAM) não estão contempladas as terapias espirituais como sub tema primordial. Na literatura nacional pode-se confrontar que Barros (2008) reflete a passagem das medicinas alternativas e complementares para a medicina integrativa, demonstrando

esse último conceito um enfoque atual, mais voltado à saúde do que ao contexto da doença. Barros (2008) informa que Lees e Weil (2001) fazem referência a medicina integrativa incluindo o termo espírito para designar no olhar médico o paciente como um todo, "formado por mente, corpo e espírito" (*apud* Barros e Nunes, 2008, p. 232), sem, no entanto, referir o entendimento pelo termo espírito. Barros (2008) informa sobre a institucionalização da medicina integrativa em países desenvolvidos (EUA e Inglaterra), reconhecidos programas endossados pelas políticas nacionais locais, mas ainda não consagrados em nosso país, lembrando que "no Brasil há apenas pesquisadores isolados e um grupo no IMS/UERJ investigando as práticas e racionalidades não biomédicas, no campo da saúde inglês e norte-americano existem inúmeras instituições desenvolvendo projetos" (Barros e Nunes, 2006). [1]

A civilização norte-americana tem sofrido com relação ao sentimento religioso que, de fato, abalou o país em 11 de setembro de 2001. Isso é uma prova de que a questão da religiosidade e espiritualidade designam papel fundamental no mundo pós-secular em escala mundial. Embora a temática resvale por meandros transcendentais e religiosos, não é essa a via que se pretende contextualizar a questão da espiritualidade no campo da saúde. Vasconcelos (2006) informa a respeito dos EUA, em que se verifica que o país é pioneiro em valorizar a espiritualidade no trabalho em saúde. Mostra o autor que no campo científico abriram áreas de pesquisa onde examinam pela epidemiologia da religião relações com o campo da saúde. Por exemplo, dentre as linhas de pesquisa que se formaram nos anos de 1980-90 destacam-se as preocupações das práticas sociais em relacionar religião e saúde pela associação entre doença e fé (Levin e Schiller, 1987, *apud* Vasconcelos, 2006), ou associam-se os frequentadores de igreja no fortalecimento das redes sociais de apoio em vista de minorar os sofrimentos dos mais vulneráveis (Ellison e George, 1994, *apud* Vasconcelos, 2006).

1. Cf. Barros, 2008, p.233-235. O autor menciona o progresso científico e aplicativo da temática nos seguintes programas de atenção à saúde: NCCAM (Natinal Center of Complementary and Alternativa Medicine).

Luz (2005a), por outro lado, proporciona estruturar valores cognitivos das práticas alternativas e complementares no campo de conhecimento da Saúde Coletiva. [2] A questão da espiritualidade nesse contexto ganha sentido, uma vez que pode ser descritas pelas cosmologias das medicinas chinesas, por exemplo. Nesse sentido, questões cosmológicas parecem diferenciar de concepções de mundo religioso, uma vez que saberes terapêuticos nas religiões não são os mesmos saberes terapêuticos exercidos em especialidade médicas como práticas de saúde coletiva. [3]

Certamente que os estudos sobre racionalidades médicas influem no processo de legitimação dos espaços terapêuticos reconhecidos nas medicinas alternativas e complementares, desenvolvidos no Brasil por determinadas políticas públicas, nos moldes programáticos voltados para Atenção Primária no país. Embora as investigações históricas precisam tal etapa do processo de legitimidade e reconhecimento científico das novas medicinas (Rebollo, 2008), a Acupuntura e a Homeopatia, no entanto, foram reconhecidas atualmente pela corporação médica, antes guardavam relações com o curandeirismo, por manifestarem valores espirituais identificando-os por valores cognitivos da ciência (Rosembaum, 2002; Luz, 1993).

Por isso, parece plausível pensar sobre o reconhecimento parcial da comunidade científica levando-se em conta o poder simbólico que associa a prática homeopática aos aspectos cognitivos do ideário da filosofia vitalista (Rosembaum, 2002), não necessariamente daquela combinação do animismo com o vitalismo do século XVIII nos primórdios da medicina científica, como descreveu-se acima, antes, portanto, do surgimento da biomedicina científica (Camargo Jr., 2005). O sentido da Homeopatia científica é reconhecida quando se concebe o vitalismo não animista (Martins, 2004; Luz, 1988b), que se distancia do campo religioso, deslocando-se do limiar jurídico do curandeirismo para efetivamente desenvolver-se como sistema médico na academia científica.

---

2. Os valores cognitivos propostos identificam a racionalidade médica em seis instâncias de conhecimentos: cosmologia, dinâmica vital, doutrina médica, diagnose e terapêutica. Cf. Luz (2000).
3. Cosmovisão será aqui utilizado no sentido que explicita o valor cosmológico religioso e seu significado no campo da saúde.

Por outro lado, Tesser e Barros (2008) consideram a estratégia alternativa da pluralização terapêutica, aplicada como política de saúde à atenção básica no SUS, como uma solução importante para minimizar a medicalização da sociedade estruturada pelas Biociências, que mantém hegemonia no mercado da saúde. Entretanto há ressalvas sobre as estratégias alternativas referidas ao campo científico, dado que a medicalização social não foi interpretada na relação entre valores e atividade científica. Lacey (2010) defende os valores cognitivos conquistados no campo da ciência, que, lembrando da falsa neutralidade atribuída à isenção de valores sociais e institucionais junto às ciências, que podem como alternativa à estratégia hegemônica.

Pergunta-se nesse contexto: quais razões explicam a racionalidade médico-espírita nos serviços de saúde? Uma resposta parcial aponta para o problema da terapia espiritual no hospital, local tradicionalmente destinado à prática médica. Por outro lado, o tema terapia espiritual ganha pouca visibilidade quando relacionado às Medicinas Alternativas e Complementares (CAM), ao contrário, cresce em complexidade quando identificado ao *habitus* no campo da saúde, relacionado ao discurso médico do curandeirismo.

Como se viu na discussão sobre a controvérsia do vitalismo, Canguilhem indica o vitalismo como uma estratégia vigorosa no campo científico, um critério epistemológico importante para a descoberta das originalidades sobre a vida.

Entenda-se que a participação do espiritismo no contexto político demonstra parcialmente o sentido das terapias espirituais para o funcionamento nos hospitais psiquiátricos espíritas. O vitalismo espírita, que postula forças vitais relacionadas ao processo orgânico de saúde e doença dos organismos vivos, parte de pressupostos científicos e não científicos, uma vez que, do campo religioso, atribui-se o dogma da reencarnação à existência de espíritos.

Esse postulado espírita demanda aprofundamento de suas características cosmológica, que inclusive justifica o estabelecimento de um espaço terapêutico híbrido espírita, onde atuam atividades religiosas (com concepções vitalistas) e médicas, organizadas por agentes médicos, religiosos ou híbridos.

Seria preciso ainda verificar e incluir, nessa incursão sócio-histórica, a discussão sobre a racionalidade médico-espírita na história da Psiquiatria brasileira. Constata-se que os autores, mencionados a seguir, geralmente médicos simpáticos ou adeptos da medicina espírita, se defrontam com o *habitus* no campo da saúde e referem argumentos da atividade médica ou política do espiritismo, incluindo a questão da espiritualidade no conjunto da racionalidade médica.

Moreira-Almeida defendeu sua tese de doutorado na Universidade de São Paulo em 2005 no Departamento de Psiquiatria, identificando os fenômenos espíritas da mediunidade por fenômenos anômalos no campo científico da Psiquiatria. Essa tese remonta o passado das origens históricas da Psiquiatria. Essa tese tem sido endossada por vários autores, adeptos ou não do Espiritismo, de variados maneiras. Moreira-Almeida e outros (2006) mostraram a associação pertinente entre religiosidade e saúde mental. De outro modo, Moreira-Almeida et al (2006) referem uma distinção conceitual, entre religião e espiritualidade, esclarecimento que fazem do uso dos termos em artigos publicados nos EUA para medir aspectos transcendentes das pessoas, em escalas transculturais para diferentes países. Koening (2007) associou, em outra oportunidade, espiritualidade a transtornos psicóticos.

Do ponto de vista da filosofia da ciência, Chibene e Moreira-Almeida (2009) desenvolveram argumentos a favor de uma ciência espírita, explorando a questão da espiritualidade e saúde e propõem pensar na perspectiva epistemológica, no entanto, alertam para a possibilidade de investigação científica espírita em áreas controvérsias e pouco exploradas pela ciência, sendo que tais pesquisadores portam credenciais de habilidades e conhecimentos específicos sobre a atividade científica.

Por outra via, na vida prática do hospital espírita, Leão e Lotufo (2007) propuseram investigar a eficácia das práticas espirituais utilizadas em uma instituição para deficientes mentais. A avaliação foi feita por metodologia experimental e chegou-se a conclusão de que o uso das práticas espirituais resultam em evolução

clínica positiva e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental. Ainda pelo ângulo da Psicologia, ao direcionar a proposta da espiritualidade espírita para a prática da saúde Peres et al (2007) mostraram que na prática psicológica a espiritualidade funciona integrada aos cuidados paliativos.

Também há constatação de pesquisa quantitativa verificada em outros trabalhos sobre a relação entre medicina e religiosidade na clínica médica. Lotufo Neto (1997) já havia colocado à vista o percurso entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental na sua tese de livre-docência.

Os conhecimentos da Psicopatologia importam para o progresso da área. Dalgalarondo (2006) associou religião e psicopatologia e, nessa linha, Dantas et al (1999) mostraram a importância em se estudar as experiências religiosas de pacientes bipolares, uma associação necessária para entendimento da Psicopatologia de pacientes com vivências maníacas, religiosas e místicas. Assim, vemos como valores religiosos podem se associar, na pesquisa em medicina, a valores cognitivos da Psicopatologia e como a espiritualidade pode figurar como alto valor cognitivo no campo da prática médica.

A medicina espírita não se identifica, por exemplo, com a proposta da medicina sutil chinesa (Ferreira e Luz, 2007), pois o significado de espírito para o Espiritismo carrega uma noção vitalista de espiritualidade convalidada em uma cosmovisão religiosa diferenciada da medicina chinesa.

Portanto, o entendimento da racionalidade médico-espírita passa necessariamente pela discussão primordial do fenômeno espiritual, conforme a cosmovisão espírita.[4]

4. Sugere-se, com o termo cosmovisão, conhecer as concepções de mundo em que vigoram as visões sobre a saúde e doença a partir de uma doutrina e teoria organizada.

Parte 2

Ensaio sobre a cosmovisão espírita

É necessária uma interpretação da doutrina kardequiana, localizando as raízes da racionalidade médico-espírita. A proposta de aprofundar a visão de mundo espírita argumenta a favor da possibilidade de determinar o sentido do termo terapia espiritual na cosmovisão da religião. De outro modo, a vantagem de apresentar na forma de ensaio uma versão sobre a cosmovisão espírita vem de encontro ao reconhecimento das concepções de mundo que importam para o campo da saúde, possibilidade de verificar, diante da controvérsia do vitalismo e de outros temas anteriormente desenvolvidos quais bens se prescrevem como sagrados e quais formam a referência no campo simbólico da saúde (Bourdieu, 1974).

Em seguida, apresenta-se uma primeira noção de espiritualidade dentro de um contexto teórico do Espiritismo, modo pelo qual se destacam as teses da teoria das manifestações físicas, para o entendimento do espiritismo científico. Os valores primordiais da visão de mundo kardequiana são estudados no Capítulo 5 e uma revisão no Capítulo 6.

A teoria das manifestações físicas e a ciência espírita

A questão da cientificidade nas teorias espíritas pode-se dividir em duas frentes. Um primeiro conjunto de hipóteses preocupa-se com as provas materiais do espírito, partindo do conceito intermediário de perispírito.[1] No segundo conjunto de hipóteses,

1. O sentido de espírito para o Espiritismo é, em realidade, designado pela alma da pessoa morta que continua vivente em outra esfera, designada espiritual.

composta por explicações sobre as manifestações físicas no mundo material, apresenta-se o fenômeno espírita descrito no interior de uma doutrina religiosa, organizado por Allan Kardec, que pretendeu mostrar a sequência de raciocínios em torno das mesas girantes [2] O espetáculo não era interpretado por Kardec como uma mágica, mas uma forma de manifestação dos espíritos. Houve a pretensão de explicar os movimentos físicos espontâneos provocados pelas mesas girantes pela Teoria das Manifestações Físicas. Dois conceitos são ai explorados: fluido universal e princípio vital. Um e outro pretendem justificar os movimentos das mesas girantes cientificamente.

A primeira proposição afirma que o fluido universal, conceito que exprime universalmente o elemento de composição de todas as coisas materiais, se identifica com a fonte da vida e explica a origem da matéria viva. Assim como os vitalistas franceses, Kardec orienta seu pensamento sobre os movimentos que ocorreriam em uma mesa (que não é um ser vivente) em função da combinação de fluidos, entre o fluido vital da mesa e o fluido do espírito (alma de pessoas desencarnadas). Para a explicação de Kardec, esses últimos têm o poder de manipulação dos fluidos, semi-materiais da mesa, combiná-los com os fluidos semimateriais do corpo do médium e com os fluidos dele próprio, fazendo-as movimentar. Contra a teoria evolucionista, em que o princípio da vida ocorre por evolução biológica (histogênese), para Allan Kardec é no fluido universal que reside o princípio vital, que pode emprestar à matéria (não viva) uma vida fictícia. A mesa pode viver animalizada, assim obedecendo à gerência de ações de uma inteligência humana extra-corpórea.

O sentido ao termo espiritual é complementado pelo termo perispírito, que explica como a alma mantém a vida após a morte. A esse conjunto conceitual dá-se o sentido de espiritualidade para o Espiritismo.

2. Mesas girantes é um termo utilizado na época em que ocorriam o fenômeno em que as mesas giravam nos salões de festas sociais da Franca do século XIX.

Capítulo 5

A concepção de mundo espírita

Essas ideias sumárias da Teoria das Manifestações Físicas apontam para uma referência importante do início do movimento espírita na França no final do século XIX. Será dessa fonte que se deve interpretar a origem das ideias cientificistas do Espiritismo? Este capítulo descreve a doutrina de Allan Kardec (Kardec, 1993, 1994a, 1994b, 1996, 1997), suas concepções de mundo a partir de explicações sobre a doença em geral, as doenças espirituais (deficiência mental e loucura) e as terapias e cura espirituais. No Brasil, em razão da formulação de um projeto de psiquiatria espírita do médico brasileiro Bezerra de Menezes (1987), pode-se verificar, no Capítulo 6, como se ampliaram essas concepções de mundo kardequiana, seguidas pelo médico espírita carioca. Diante das dissensões entre os adeptos de um espiritismo científico contra um espiritismo religioso, emerge a primeira fonte da medicina espiritualizada na cosmovisão espírita. Por outro lado, da literatura espírita brasileira – principalmente das psicografias mediúnicas elaborados por Francisco Cândido Xavier (Chico Xavier) e especialmente aquelas de autoria do espírito do médico desencarnado André Luiz –, pode-se examinar os acréscimos à doutrina kardequina de valores ajustados à ideologia médico-espírita no Brasil. E, finalmente, através de uma bibliografia selecionada, pode-se constatar no Capítulo 6 a atualização da teoria médico-espírita, que tende a influir na administração e organização de instituições de saúde no Brasil.

5.1. A cosmovisão kardequiana das doenças, aflições e sofrimentos gerais

A noção de doença idealizada na obra de Allan Kardec não tem o mesmo significado de doença adotado pelo modelo biomédico na medicina. No modelo biomédico está pressuposta a materialidade da doença no corpo, enquanto para Kardec a doença obedece a um modelo espiritual. De modo geral, para Kardec, a doença sempre diz respeito às vicissitudes espirituais terrenas, à inferioridade no mundo e à hereditariedade espiritual, dada a crença na preexistência das almas em vidas passadas:

> De duas espécies são as vicissitudes da vida, ou, se o preferirem, promanam de duas fontes bem diferentes, que importa distinguir. Umas têm sua causa na vida presente; outras, fora desta vida (Kardec, 1997, p. 98; comentários do autor no Capítulo V "Bem-aventurados os aflitos", item 4, "Causas atuais das aflições").

> (...) as doenças fazem parte das provas e das vicissitudes da vida terrena; são inerentes à grosseria da nossa natureza material e à inferioridade do mundo que habitamos. As paixões e os excessos de toda ordem semeiam em nós germens malsãos, às vezes hereditários (Kardec, 1997, p. 430; comentários do autor, Capítulo 28, "Preces espíritas", item 77, "Preces pelos doentes e obsidiados").

Essa concepção mais geral de doença em Kardec não tem o mesmo sentido dado pelo modelo biomédico também porque a doença no modelo espírita é reinterpretada sempre partindo da existência de um plano espiritual. Montero (1985) já alertara sobre a incompatibilidade de tomar por analogia o modelo biomédico, equívoco que ressaltou na ideologia umbandista.

Do mesmo modo, no Espiritismo kardecista se concebe a doença por um princípio de causalidade diverso do princípio de causalidade utilizado na medicina, que mantém a racionalidade médica sobre a cura da doença corporal (Capra, 1988, p.218). A causalidade no modelo biomédico é material e a causalidade no modelo espírita, junto à crença na reencarnação, forma um modelo espiritual da doença. Allan Kardec deduz do princípio de cau-

salidade o princípio da reencarnação: "Quando uma aflição não é consequência dos atos da vida presente, deve-se-lhe buscar a causa numa vida anterior" (Kardec, 1997, p. 430).

Nesse modelo espiritual, Kardec (1997) sugere os hospitais e a Terra como lugares de expiação e de passagem dos espíritos, e quando o homem deixa a Terra o autor admite que poderá até estar curado das enfermidades morais. Então a Terra, metaforicamente, é um lugar de passagem e de expiação dos sofrimentos humanos:

> Faria dos habitantes de uma grande cidade falsíssima ideia quem os julgasse pela população dos seus quarteirões mais íntimos e sórdidos. Num hospital, ninguém vê senão doentes e estropiados; numa penitenciária, vêem-se reunidas todas as torpezas, todos os vícios; nas regiões insalubres, os habitantes, em sua maioria são pálidos, franzinos e enfermiços. Pois bem: figure-se a Terra como um subúrbio, um hospital, uma penitenciaria, um sítio malsão, e ela é simultaneamente tudo isso, e compreender-se-á por que as aflições sobrelevam aos gozos, porquanto não se mandam para o hospital os que se acham com saúde, nem para as casas de correção os que nenhum mal praticaram; nem os hospitais e as casas de correção se podem ter por lugares de deleite. Ora, assim como, numa cidade, a população não se encontra toda nos hospitais ou nas prisões, também na Terra não está a Humanidade inteira. E, do mesmo modo que do hospital saem os que se curaram e da prisão os que cumpriram suas penas, o homem deixa a Terra, quando está curado de suas enfermidades morais (Kardec, 1997, p. 430).

Não há na doutrina espírita, como sugere Allan Kardec, um naturalismo do ponto de vista materialista. Quando conforma as doenças às leis da natureza, verifica-se que natureza, para Kardec, inclui, no seu significado, a referência ao corpo humano identificado às doenças causadas em vidas passadas e, portanto, o que existe é uma crença consolidada na existência de doenças espirituais.

5.1.1. Doenças espirituais: deficiência mental e loucura

O momento mais evidente de uma concorrência implícita em que Allan Kardec manifesta os valores espirituais ligados às doen-

ças e a seus respectivos tratamentos encontra-se no uso recorrente que faz sobre a definição de deficiência mental. Trata-se de uma doença incurável, do ponto de vista material, cuja causa, para o Espiritismo, está dada em outra vida e se torna, por isso, um exemplo em maior grau da prova da reencarnação:

> Mas, se há males nesta vida cuja causa primária é o homem, outros há também aos quais, pelo menos na aparência, ele é completamente estranho e que parecem atingi-lo como por fatalidade. Tal, por exemplo, a perda de entes queridos e a dos que são o amparo da família. Tais, ainda, os acidentes que nenhuma previsão poderia impedir; os reveses da fortuna, que frustram todas as precauções aconselhadas pela prudência; os flagelos naturais, as enfermidades de nascença, sobretudo as que tiram a tantos infelizes os meios de ganhar a vida pelo trabalho: *as deformidades, a idiotia, o cretinismo, etc***.** Os que nascem nessas condições, certamente nada hão feito na existência atual para merecer, sem compensação, tão triste sorte, que não podiam evitar, que são impotentes para mudar por si mesmos e que os põe à mercê da comiseração pública. (...) Todavia, por virtude do axioma segundo o qual *todo efeito tem uma causa,* tais misérias são efeitos que hão de ter uma causa e, desde que se admita um Deus justo, essa causa também há de ser justa. Ora, ao efeito precedendo sempre a causa, se esta não se encontra na vida atual, há de ser anterior a essa vida, isto é, há de estar numa existência precedente. Por outro lado, não podendo Deus punir alguém pelo bem que fez, nem pelo mal que não fez, se somos punidos, é que fizemos o mal; se esse mal não o fizemos na presente vida, tê-lo-emos feito noutra. E uma alternativa a que ninguém pode fugir e em que a lógica decide de que parte se acha a justiça de Deus (Kardec, 1997, p.101-2; comentários do autor, Capítulo 5 "Bem-aventurados os aflitos", item 6 "Causas anteriores das aflições").

Nessas condições, da doutrina religiosa, ditada pelos espíritos e organizada por Allan Kardec, o princípio reencarnacionista, como princípio espiritual, reduz-se a uma perspectiva realista, que evidencia, nos portadores de deficiência mental, a referência objetiva da causa espiritual, oferecendo assim uma lógica para a crença espírita na existência dos espíritos:

> Os sofrimentos devidos a causas anteriores à existência presente, como os que se originam de culpas atuais, são muitas vezes a consequência da falta cometida, isto é, o homem, pela ação de uma rigorosa justiça distributiva, sofre o que fez sofrer aos outros. Se foi duro e desumano, poderá ser a seu turno tratado duramente e com desumanidade; se foi orgulhoso, poderá nascer em humilhante condição; se foi avaro, egoísta, ou se fez mau uso de suas riquezas, poderá ver-se privado do necessário; se foi mau filho, poderá sofrer pelo procedimento de seus filhos, etc. Assim se explicam pela pluralidade das existências e pela destinação da Terra, como mundo expiatório, as *anomalias* que apresenta a distribuição da ventura e da desventura entre os bons e os maus neste planeta. Semelhante anomalia, contudo, só existe na aparência, porque considerada tão-só do ponto de vista da vida presente. Aquele que se elevar, pelo pensamento, de maneira a apreender toda uma série de existências, verá que a cada um é atribuída a parte que lhe compete, sem prejuízo da que lhe tocará no mundo dos Espíritos, e verá que a justiça de Deus nunca se interrompe (Kardec, 1997, p.102; comentários do autor, Capítulo 5 "Bem-aventurados os aflitos", item 7 "Causas anteriores das aflições").

Pode-se deduzir, segundo a doutrina de Kardec que, dado um corpo portador de uma deficiência incurável (e não existindo nem tratamento médico, nem tratamento espiritual que possa mudar tal situação dada), para Allan Kardec, os defeitos orgânicos no corpo não são efeitos mecânicos causados pelo próprio organismo defeituoso, mas acredita ser proveniente de uma causa espiritual:

> (...) eles trazem almas humanas, não raro mais inteligentes do que supondes, mas que sofrem da insuficiência dos meios de que dispõem para se comunicar, da mesma forma que o mudo sofre da impossibilidade de falar." (Kardec, 1993, p.207; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (n.371) de Allan Kardec: "Tem algum fundamento o pretender-se que a alma dos cretinos e dos idiotas é de natureza inferior?").

> Os que habitam corpos de idiotas são Espíritos sujeitos a uma punição. Sofrem por efeito do constrangimento que experimentam e da impossibilidade em que estão de se manifestarem mediante

> órgãos não desenvolvidos ou desmantelados (Kardec, 1993, p.207; resposta dos "espíritos" à seguinte pergunta (n.372) de Allan Kardec: "Que objetivo visa a providência criando seres desgraçados, como os cretinos e os idiotas?").

Nessa lógica espírita, que aceita a alma (que a medicina materialista descarta) em relação fundamental com o corpo, não há interesse de entendimento do corpo defeituoso por uma interpretação material e médica, em que o problema situa-se na função exclusivamente de cunho mecanicista e orgânico. O interesse pragmático em oferecer uma alternativa terapêutica de cunho religioso participa da pretensão espírita em demonstrar a cientificidade do espiritismo através do princípio reencarnacionista, que se configura quando associado a um princípio universal.

Não interessava a Allan Kardec descartar os conhecimentos médicos em detrimento da ciência espírita, pois lhe fazia mais sentido corresponder o espiritismo às teorias das ciências físicas vigentes, mais do que fazer valerem as teorias das ciências médicas. Não sendo seu interesse o confronto aberto dos casos incuráveis com a medicina, por exemplo; com a Psiquiatria nascente em sua época, não descartou possibilidades de verificar casos de cura. Entre o corpo e o espírito o que lhe interessava valorizar nas doenças incuráveis era o conjunto de elementos estruturado para a crença na existência do espírito, justamente presente na condição de um estatuto teórico para fundamentar o sentido ontológico do Espiritismo:

> Nunca dissemos que os órgãos não têm influência. Têm-na muito grande sobre a manifestação das faculdades, mas não são eles a origem destas. Aqui está a diferença. Um músico excelente, com um instrumento defeituoso, não dará a ouvir boa música, o que não fará que deixe de ser bom músico (Kardec, 1993, p. 207; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (n.372) de Allan Kardec: "Não há, pois, fundamento para dizer-se que os órgãos nada influem sobre as faculdades?").

> (...) convém não perder de vista que, assim como o Espírito atua sobre a matéria, também esta reage sobre ele, dentro de certos limites, e que pode acontecer impressionar-se o espírito temporariamen-

> te com a alteração dos órgãos pelos quais se manifesta e recebe as impressões. Pode mesmo suceder que, com a continuação, durando longo tempo a loucura, a repetição dos mesmos atos acabe por exercer sobre o Espírito uma influência, de que ele não se libertará senão depois de se haver libertado de toda impressão material (Kardec, 1993, p. 208; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (n.378) de Allan Kardec: "Então, o desorganizado é sempre o corpo e não o Espírito?").

Não havendo cura nos casos de profunda deficiência mental Allan Kardec afirmava essa dupla influência (sobre o corpo e sobre a alma) em razão do corpo e da alma procederem do mesmo fluido universal (enquanto fluido espiritual):

> O fluido cósmico universal é, como já foi demonstrado, a matéria elementar primitiva, cujas modificações e transformações constituem a inumerável variedade dos corpos da Natureza. Como princípio elementar do Universo, ele assume dois estados distintos: o de eterização ou imponderabilidade, que se pode considerar o primitivo estado normal, e o de materialização ou de ponderabilidade, que é, de certa maneira, consecutivo àquele. O ponto intermédio é o da transformação do fluido em matéria tangível. Mas, ainda aí, não há transição brusca, porquanto podem considerar-se os nossos fluidos imponderáveis como termo médio entre os dois estados (Kardec, 1995, p. 273-74; comentários do autor, Capítulo 14: "Os fluidos", item "Natureza e propriedade do fluido: elementos fluídicos").

Decorrente do princípio espiritual e universal denomina, assim, o princípio vital, a partir de uma proposta revelada, não pela descoberta e comprovação cientifica, mas dada como uma função cosmológica do Universo:

> A matéria cósmica primitiva continha os elementos materiais, fluídicos e vitais de todos os universos que estadeiam suas magnificências diante da eternidade. (...) A substância etérea, mais ou menos rarefeita, que se difunde pelos espaços interplanetários; esse fluido cósmico que enche o mundo, mais ou menos rarefeito, nas regiões imensas, opulentas de aglomerações de estrelas; mais ou menos condensado onde o céu astral ainda não brilha; mais ou menos mo-

> dificado por diversas combinações, de acordo com as localidades da extensão, nada mais é do que a substância primitiva onde residem as forças universais, donde a Natureza há tirado todas as coisas. Esse fluido penetra os corpos, como um oceano imenso. É nele que reside o *princípio vital* que dá origem à vida dos seres e a perpetua em cada globo, conforme à condição deste, princípio que, em estado latente, se conserva adormecido onde a voz de um ser não o chama. Toda criatura, mineral, vegetal, animal ou qualquer outra - porquanto há muitos outros remos naturais, de cuja existência nem sequer suspeitais - sabe, em virtude desse princípio vital e universal, apropriar as condições de sua existência e de sua duração (Kardec, 1995, p.115-6; comentários do autor, Capítulo 6 "Criação universal", item 17 "A criação universal").

Variados graus de deficiência mental, endossados por Allan Kardec, distinguem concepções entre o estado normal e o estado patológico, em que se encontra o espírito encarnado. No Espiritismo, a variação entre normal e patológico não tem o mesmo significado que na variação médica. Conforme Canguilhem (1978) a normalidade é uma constante biológica, definida em relação ao estado mórbido (patológico), uma variação quantitativa dos fenômenos fisiológicos. Nessas condições, a medicina trata com a técnica a serviço das normas da vida, para a restauração do normal. No Espiritismo a normalidade tem por base as noções de espírito e da reencarnação dos espíritos, pois trata de diferenciar a condição de responsabilização da pessoa em seus atos, sendo o estado normal associado à prática do bem, no sentido moral, capaz de aperfeiçoar o espírito e de vencer os obstáculos corporais da matéria:

> Importa se distinga o estado normal do estado patológico. No primeiro, o moral vence os obstáculos que a matéria lhe opõe. Há, porém, casos em que a matéria oferece tal resistência que as manifestações anímicas ficam obstadas ou desnaturadas, como nos de idiotismo e de loucura. São casos patológicos e, não gozando nesse estado a alma de toda a sua liberdade, a própria lei humana a isenta da responsabilidade de seus atos (Kardec, 1993, p. 207; comentários do autor à pergunta 372: "Que objetivo visa a providência criando seres desgraçados, como os cretinos?").

Mas, nessa versão espírita da deficiência mental, as dificuldades de comunicação (física) por que passa o espírito (encarnado num corpo defeituoso) estão associadas a uma explicação religiosa de que no passado usou inadequadamente sua inteligência ou, nas palavras usuais entre espíritas, abusou de suas faculdades intelectuais. Essa explicação kardequiana, de cunho religioso, pressupõe uma concepção metafísica de crença no espírito, relacionando a falta de moralidade do mesmo (no passado de outra vida) a uma causa espiritual e, por isso, essa vida se explica o atual estado das faculdades estacionadas pelas deficiências mentais.

Nessas circunstâncias, enquanto o tratamento médico não tem nenhuma eficácia para uma mudança da situação genética atual, a terapia espírita propõe alcançar condições ideais de cuidado e saúde, pois cria a possibilidade de traduzir a eficácia simbólica em tratamento moral do espírito; uma vez dada a possibilidade de normalizar o estado patológico atual através de novas reencarnações, com nascimento de corpos menos defeituosos.

O tratamento será eficaz, então, graças ao próprio médium, que atua na terapêutica como meio na comunicação espiritual. Diante desse modo de atingir a normalidade (do médium), nesse sentido, a normalidade (espiritual) funda a eficácia na terapêutica espírita, que pressupõe a comunicação com os espíritos moralmente defeituosos e passíveis de cura espiritual:

> É uma expiação decorrente do abuso que fizeram de certas faculdades. É um estacionamento temporário. (...) o gênio se torna por vezes um flagelo, quando dele abusa o homem (Kardec, 1993, p.207-8; resposta dos "espíritos" à seguinte pergunta (373) de Allan Kardec: "Qual será o mérito da existência de seres que, como os cretinos e os idiotas, não podendo fazer o bem nem o mal, se acham incapacitados de progredir?").

> A superioridade moral nem sempre guarda proporção com a superioridade intelectual e os grandes gênios podem ter muito que expiar. Daí, frequentemente, lhes resulta uma existência inferior à que tiveram e uma causa de sofrimentos. Os embaraços que o Espírito encontra para suas manifestações se lhe assemelham às algemas que tolhem os movimentos a um homem vigoroso. Pode dizer-se

> que os cretinos e os idiotas são estropiados do cérebro, como o coxo o é das pernas e dos olhos o cego (Kardec, 1993, p.208; comentários do autor à seguinte pergunta (373a): "Pode assim o corpo de um idiota conter um Espírito que tenha animado um homem de gênio em precedente existência?").

Se para Allan Kardec os conceitos de patologia e normalidade se correspondem no interior do campo religioso, o mesmo não se verifica para os casos de loucura, quando o assunto passa a referir, na realidade social, à materialidade corporal da doença mental, passível de ser adquirida também pelos médiuns.

Dizendo de outro modo, se os portadores de deficiência mental portam defeitos congênitos por agirem em vidas passadas contra a lei de Deus, na alienação mental em geral o problema também é possível estar associado às conclusões semelhantes de problemas nas vidas passadas, porém, a cosmologia espírita recorre à loucura referindo-se à doença do espírito, conjugada à visão médica organicista de época, sob o conceito de loucura no campo médico:

> A loucura tem por princípio um estado patológico do cérebro, instrumento do pensamento: estando o instrumento desorganizado, o pensamento se altera. A loucura é, portanto, um efeito consecutivo, cuja causa primeira é uma predisposição orgânica que torna o cérebro mais ou menos acessível a certas impressões. E isso é tão verdadeiro, que existem pessoas que pensam muito e não ficam loucas; outras que se tornam loucas sob o império da mínima super excitação (Kardec, 1996, p.89-90; comentários do autor).

> A loucura tem como causa primária uma predisposição orgânica do cérebro, que o torna mais ou menos acessível a certas impressões. Dada a predisposição para a loucura, esta tomará o caráter de preocupação principal, que então se muda em ideia fixa (Kardec, 1993, p.41; comentários do autor, Introdução, item 15).

Há para Kardec uma interface entre o campo médico e religioso quando utiliza a definição de loucura como predisposição orgânica. Indica a importância do modelo médico vigente para

diagnosticar a loucura no campo religioso, quando neste atua "médiuns de toda sorte" (Kardec, 1993, p. 41).

No entanto, Kardec separa nitidamente o uso da definição de loucura nos possíveis casos de transtornos mentais de médiuns, uma vez que esses podem estar sob o efeito da obsessão de espíritos. Allan Kardec indica o diagnóstico dirigido ao espírito, que passa por sofrimento moral, conformando assim um modelo nosológico espiritual correspondido ao significado de moléstia:

> Do mesmo modo que as doenças resultam das imperfeições físicas, que tornam o corpo acessível às influências perniciosas exteriores, a obsessão é sempre o resultado de uma imperfeição moral, que dá acesso a um Espírito mau (Kardec, 1997, p. 432; Comentários do autor, Capítulo 28 "Preces espíritas", item 81 Prefácio "Pelos obsidiados" (sic)).

> A obsessão é a ação persistente que um Espírito mau exerce sobre um indivíduo. Apresenta caracteres muito diversos, desde a simples influência moral, sem perceptíveis sinais exteriores, até a perturbação completa do organismo e das faculdades mentais. (...) Os Espíritos maus pululam em torno da Terra, em virtude da inferioridade moral de seus habitantes. A ação malfazeja que eles desenvolvem faz parte dos flagelos com que a Humanidade se vê a braços neste mundo. A obsessão, como as enfermidades e todas as tribulações da vida, deve ser considerada prova ou expiação e como tal aceita. (Kardec, 1997, p. 431; Comentários do autor, Capítulo 28 "Preces espíritas", item 81 Prefácio "Pelos obsidiados").

> Pode (levar) a uma espécie de loucura cuja causa o mundo desconhece, mas que não tem relação alguma com a loucura ordinária. Entre os que são tidos por loucos, muitos há que apenas são subjugados; precisariam de um tratamento moral, enquanto que com os tratamentos corporais os tornamos verdadeiros loucos. Quando os médicos conhecerem bem o Espiritismo, saberão fazer essa distinção e curarão mais doentes do que com as duchas (Kardec, 1994b, p. 323; resposta dos 'espíritos' à 6ª pergunta de Allan Kardec, no item "Da obsessão": "A subjugação corporal, levada a certo grau, poderá ter como consequência a loucura?").

Nessa última advertência (dos espíritos), Kardec leva em conta a emergência da medicina organicista em França, reclamando à eficácia espírita a atuação no campo médico para tratamento das afecções mentais, certamente colocando em disputa técnicas terapêuticas concorrentes com as técnicas utilizadas pela medicina psiquiátrica nascente.

Discussão idêntica foi retomada quando da tentativa de implantar uma prática terapêutica espírita no Rio de Janeiro, veementemente desenvolvida no início do movimento espírita brasileiro com o médico psiquiatra Bezerra de Menezes. Antes de apresentar o sistema de ideias do médico brasileiro será importante destacar na obra de Allan Kardec a abordagem teórica que corresponde à emergência do Espiritismo enquanto uma religião científica, uma vez que essa proposta positivista resvala para uma terapêutica religiosa (o exercício da mediunidade) enquanto elemento simbólico correspondente ao modelo terapêutico psiquiátrico para tratamento das enfermidades mentais.

5.1.2. Perispírito e doença espiritual

Importante destacar, para o kardecismo, o valor do conceito de perispírito e a relação direta que mantém com a concepção de doença espiritual. Na sua definição perispírito é um corpo com propriedades particulares, correspondente a formulação de um meio ambiente semimaterial, distinto, portanto, do corpo material e da própria alma. O seu papel é de mediar a matéria, entre o corpo e a alma. Kardec destaca as doenças perispirituais como um modelo fundamental que explica todas as doenças, materiais e espirituais. Para Kardec importa, nessa complexa discussão conceitual, desenvolver a definição de outro termo, não menos importante: fluido cósmico universal. Esse conceito tem o sentido de instituir o espiritismo científico, fazendo participar o Espiritismo do campo científico da época, dada a relação estabelecida com a ideia de éter proveniente das ciências físicas do século XIX. Pretendendo mostrar a importância da ação fluídica inerente ao exercício mediúnico Kardec estrutura o conceito de mediunidade, exercido por médiuns, principalmente por atividades mediúnicas,

como a prece e sessões de desobsessões de espíritos inferiores. Para tanto, Allan Kardec lança mão do conceito de fluido universal, estatuindo-o como princípio espiritual na Natureza, tomando-o por uma lei da natureza (espiritual) que, na verdade, para ele, deseja representar uma metodologia, uma regra de correspondência entre a fundamentação do tratamento moral da psiquiatria e o tratamento moral espírita sobre médiuns propensos à manifestações de loucura. Pois, interessa a Kardec associar esses conceitos ao processo de cura, utilizando inclusive como precaução, a prevenção no desenvolvimento de estados de loucura decorrente do exercício da mediunidade, quando ao médium incorre fora das regras doutrinárias e religiosas.

Estruturados organicamente mais ou menos em todos os homens, dado que, para Kardec (1994b), todos os homens são médiuns em diferentes graus, tais fluidos podem ser trocados no ambiente. Especialmente aqueles que possuem a faculdade mediúnica de modo mais ostensivo, Allan Kardec pressupõe haver uma hereditariedade (espiritual), perante a crença consolidada na existência de duas naturezas existente no homem em geral, pelo qual decorre o corpo semimaterial (perispírito). Veja com suas palavras:

> Há no homem três coisas: 1°, o corpo ou ser material análogo aos animais e animado pelo mesmo princípio vital; 2°, a alma ou ser imaterial, Espírito encarnado no corpo; 3°, o laço que prende a alma ao corpo, princípio intermediário entre a matéria e o Espírito. Tem assim o homem duas naturezas: pelo corpo, participa da natureza dos animais, cujos instintos lhe são comuns; pela alma, participa da natureza dos Espíritos. O laço ou *perispírito*, que prende ao corpo o Espírito, é uma espécie de envoltório semimaterial. A morte é a destruição do invólucro mais grosseiro. O Espírito conserva o segundo, que lhe constitui um corpo etéreo, invisível para nós no estado normal, porém que pode tornar-se acidentalmente visível e mesmo tangível, como sucede no fenômeno das aparições. O Espírito não é, pois, um ser abstrato, indefinido, só possível de conceber-se pelo pensamento. É um ser real, circunscrito, que, em certos casos, se torna apreciável *pela vista, pelo ouvido e pelo tato* (Kardec, 1993, p.23-4; Comentários e resumo de Allan Kardec na "Introdução ao estudo da doutrina dos espíritos", item 6).

Incompreensível para a visão da ciência materialista, a crença na reencarnação e a existência de espíritos é justificada pela adoção do conceito de perispírito, um conceito empírico, candidato a valer como verdade na Ciência, tanto quanto vale como verdade revelada no campo religioso. Perispírito tem conotação com o significado de alma, subdeterminado ao conceito de espírito, assim reinterpretados por Kardec:

> O vocábulo *alma* se emprega para exprimir coisas muito diferentes. Uns chamam alma ao princípio da vida e, nesta acepção, se pode com acerto dizer, *figuradament*e, que a alma é uma centelha anímica emanada do grande Todo. Estas últimas palavras indicam a fonte universal do princípio vital de que cada ser absorve uma porção e que, após a morte, volta à massa donde saiu. Essa ideia de nenhum modo exclui a de um ser moral, distinto, independente da matéria e que conserva sua individualidade. A esse ser, igualmente, se dá o nome de alma e nesta acepção é que se pode dizer que a alma é um Espírito encarnado. Dando da alma definições diversas, os Espíritos falaram de acordo com o modo por que aplicavam a palavra e com as ideias terrenas de que ainda estavam mais ou menos imbuídos. Isto resulta da deficiência da linguagem humana, que não dispõe de uma palavra para cada ideia, donde uma imensidade de equívocos e discussões. Eis por que os Espíritos superiores nos dizem que primeiro nos entendamos acerca das palavras (Kardec, 1993, p.105-6; comentários do autor à seguinte pergunta (139): "Alguns Espíritos e, antes deles, alguns filósofos definiram a alma como sendo: "uma centelha anímica emanada do grande Todo". Por que essa contradição?").

De outra forma, acreditar na existência de espíritos contrariando a crença religiosa da unicidade da alma, o que une a alma ao corpo é o perispírito:

> A alma não se acha encerrada no corpo, qual pássaro numa gaiola. Irradia e se manifesta exteriormente, como a luz através de um globo de vidro, ou como o som em torno de um centro de sonoridade. Neste sentido se pode dizer que ela é exterior, sem que por isso constitua o envoltório do corpo. A alma tem dois invólucros. Um, sutil e leve: é

> o primeiro, ao qual chamas *perispírito*, outro, grosseiro, material e pesado, o corpo. A alma é o centro de todos os envoltórios, como o gérmen em um núcleo, já o temos dito (Kardec, 1993, p. 107; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (141): "Há alguma coisa de verdadeiro na opinião dos que pretendem que a alma é exterior ao corpo e o circunvolve?").
>
> O fluido perispirítico constitui, pois, o traço de união do Espírito e a matéria, enquanto aquele se acha unido ao corpo, serve-lhe ele de veículo ao pensamento, para transmitir o movimento às diversas partes do organismo, as quais atuam sob a impulsão da sua vontade e para fazer que repercutam no Espírito as sensações que os agentes exteriores produzam. Servem-lhe de fios condutores os nervos como, no telégrafo, ao fluido elétrico serve de condutor o fio metálico (Kardec, 1995, p. 214; comentários do autor, Capítulo 11 "Encarnação dos espíritos", item 17 "Encarnação dos espíritos").

Ao definir de modo ambivalente o perispírito, apresentando-o como corpo fluídico - ora ligado ao corpo físico, ora ligado ao espírito -, o perispírito é também um corpo (semimaterial), sobre cuja base Allan Kardec constrói uma estrutura simbólica para a demonstração racional do próprio espírito:

> O perispírito, ou corpo fluídico dos Espíritos, é um dos mais importantes produtos do fluido cósmico; é uma condensação desse fluido em torno de um foco de inteligência ou alma. Já vimos que também o corpo carnal tem seu princípio de origem nesse mesmo fluido condensado e transformado em matéria tangível. No perispírito, a transformação molecular se opera diferentemente, porquanto o fluido conserva a sua imponderabilidade e suas qualidades etéreas. O corpo perispirítico e o corpo carnal têm pois origem no mesmo elemento primitivo; ambos são matéria, ainda que em dois estados diferentes (Kardec, 1995, p. 277; Comentários de Allan Kardec no Capítulo 14 "Os fluidos", item 7 "Formação e propriedades do perispírito").

O perispírito é um corpo fluídico independente, que não participa da vida intelectual do homem:

> O perispírito é o laço que à matéria do corpo prende o Espírito, que o tira do meio ambiente, do fluido universal. Participa ao mesmo tempo da eletricidade, do fluido magnético e, até certo ponto, da matéria inerte. Poder-se-ia dizer que é a quintessência da matéria. É o princípio da vida orgânica, porém, não o da vida intelectual, que reside no Espírito. É, além disso, o agente das sensações exteriores. No corpo, os órgãos, servindo-lhes de condutos, localizam essas sensações. Destruído o corpo, elas se tornam gerais. Daí o Espírito não dizer que sofre mais da cabeça do que dos pés, ou vice-versa (Kardec, 1993, p. 165; Comentários de Allan Kardec no Capítulo 6 "Da vida espírita", item 257 "Ensaio teórico da sensação nos Espíritos").

Trata-se de um elemento autônomo da vida intelectual humana, pois está na Natureza e não participa intelectualmente do destino do espírito, quando esse habita no homem e dita regras na vida em processo de reencarnação. De acordo com o seu adiantamento moral, o espírito pode utilizar ou não moralmente de seu perispírito, classificado segundo seus respectivos caracteres, entre espíritos superiores e inferiores:

> A natureza do envoltório fluídico está sempre em relação com o grau de adiantamento moral do Espírito. Os Espíritos inferiores não podem mudar de envoltório a seu bel-prazer, pelo que não podem passar, a vontade, de um mundo para outro. Alguns há, portanto, cujo envoltório fluídico, se bem que etéreo e imponderável com relação à matéria tangível, ainda é por demais pesado, se assim nos podemos exprimir, com relação ao mundo espiritual, para não permitir que eles saiam do meio que lhes é próprio. Nessa categoria se devem incluir aqueles cujo perispírito é tão grosseiro, que eles o confundem com o corpo carnal, razão por que continuam a crer-se vivos. Esses Espíritos, cujo número é avultado, permanecem na superfície da Terra, como os encarnados, julgando-se entregues às suas ocupações terrenas. Outros um pouco mais desmaterializados não o são, contudo, suficientemente, para se elevarem acima das regiões terrestres. Os Espíritos superiores, ao contrário, podem vir aos mundos inferiores, e, até, encarnar neles. Tiram, dos elementos constitutivos do mundo onde entram, os materiais para a formação do envoltório fluídico ou carnal apropriado ao meio em que se encontrem. Fazem como o nobre que despe temporariamente suas vestes, para envergar os trajes plebeus, sem dei-

> xar por isso de ser nobre. É assim que os Espíritos da categoria mais elevada podem manifestar-se aos habitantes da Terra ou encarnar em missão entre estes. Tais Espíritos trazem consigo, não o invólucro, mas a lembrança, por intuição, das regiões donde vieram e que, em pensamento, eles vêem. São videntes entre cegos (Kardec, 1995, p. 278; comentários do autor, Capítulo 14 "Os fluidos", item 7 "Formação e propriedade do perispírito").

No capítulo "Os fluidos" da *A Gênese,* Kardec (1995) mostra a forma mecânica e passível de receber a atuação do fluido perispiritual (troca com outro espírito) no corpo do médium, quando considerado um doente que sofre de obsessão de um espírito desencarnado, por exemplo. Ambos, médium e espírito desencarnado (no caso o obsessor) são agentes que se identificam com os fluidos em trânsito, denominando-se o processo de "doença por obsessão" (Kardec, 1995, p. 279). No espiritismo, a relação médium e doença por obsessão induz a uma classificação das doenças perispirituais. Na íntegra:

> Entre os escolhos que apresenta a prática do Espiritismo, cumpre se coloque na primeira linha a *obsessão,* isto é, o domínio que alguns Espíritos logram adquirir sobre certas pessoas. Nunca *é* praticada senão pelos Espíritos inferiores, que procuram dominar. Os bons Espíritos nenhum constrangimento infligem. Aconselham, combatem a influência dos maus e, se não os ouvem, retiram-se. Os maus, ao contrário, se agarram àqueles de quem podem fazer suas presas. Se chegam a dominar algum, identificam-se com o Espírito deste e o conduzem como se fora verdadeira criança. A obsessão apresenta caracteres diversos, que é preciso distinguir e que resultam do grau do constrangimento e da natureza dos efeitos que produz. A palavra *obsessão* é, de certo modo, um termo genérico, pelo qual se designa esta espécie de fenômeno, cujas principais variedades são: *a obsessão simples,* a *fascinação* e a *subjugação* (Kardec, 1994b, p. 306; comentários do autor, Capítulo 23 "Do charlatanismo e do embuste", item 237 "Da Obsessão").

Se é ao médium a quem se destina orientar as doenças perispirituais também é a ele que serão direcionadas as explicações

kardecistas sobre o modo como a doença espiritual imprime-se em seu corpo, induzindo processar a inversão (ou a conversão religiosa), de passividade obsessiva à atividade caritativa mediúnica. Esse esforço intelectual que faz enquanto médium transforma-se, enquanto missionário religioso, em prática religiosa, atuante nos casos de desobsessão. O médium aprende a distinguir o estado de normalidade por três possibilidades: obsessão simples, fascinação e subjugação:

> Dá-se a obsessão simples, quando um Espírito malfazejo se impõe a um médium, e imiscui, a seu mau grado, nas comunicações que ele recebe, o impede de se comunicar com outros Espíritos e se apresenta em lugar dos que são evocados.(...) Na obsessão simples, o médium sabe muito bem que se acha presa de um Espírito mentiroso e este não se disfarça; de nenhuma forma dissimula suas más intenções e o seu propósito de contrariar. O médium reconhece sem dificuldade a felonia e, como se mantém em guarda, raramente é enganado. Este gênero de obsessão é, portanto, apenas desagradável e não tem outro inconveniente, além do de opor obstáculo às comunicações que se desejara receber de Espíritos sérios, ou dos afeiçoados. Podem incluir-se nesta categoria os casos de *obsessão física,* isto é, a que consiste nas manifestações ruidosas e obstinadas de alguns Espíritos, que fazem se ouçam, espontaneamente, pancadas ou outros ruídos.
>
> (...) A fascinação tem consequências muito mais graves. E uma ilusão produzida pela ação direta do Espírito sobre o pensamento do médium e que, de certa maneira, lhe paralisa o raciocínio, relativamente às comunicações. (...) Compreende-se facilmente toda a diferença que existe entre a obsessão simples e a fascinação; compreende-se também que os Espíritos que produzem esses dois efeitos devem diferir de caráter. Na primeira, o Espírito que se agarra à pessoa não passa de um importuno pela sua tenacidade e de quem aquela se impacienta por desembaraçar-se. Na segunda, a coisa é muito diversa. Para chegar a tais fins, preciso é que o Espírito seja destro, ardiloso e profundamente hipócrita, porquanto não pode operar a mudança e fazer-se acolhido, senão por meio da máscara que toma e de um falso aspecto de virtude. Os grandes termos - caridade, humildade, amor de Deus - lhe servem como que de carta de crédito, porém, através de tudo isso,

> deixa passar sinais de inferioridade, que só o *fascinado* é incapaz de perceber. Por isso mesmo, o que o fascinador mais teme são as pessoas que vêem claro. Daí o consistir a sua tática, quase sempre, em inspirar ao seu intérprete o afastamento de quem quer que lhe possa abrir os olhos
>
> (...) A subjugação é uma constrição que paralisa a vontade daquele que a sofre e o faz agir a seu mau grado. Numa palavra: o paciente fica sob um verdadeiro *jugo*. A subjugação pode ser *moral* ou *corporal*. No primeiro caso, o subjugado é constrangido a tomar resoluções muitas vezes absurdas e comprometedoras que, por uma espécie de ilusão, ele julga sensatas: é uma como fascinação. No segundo caso, o Espírito atua sobre os órgãos materiais e provoca movimentos involuntários (Kardec, 1994b, p. 307-9; comentários do autor, Capítulo 23 "Do charlatanismo e do embuste", item 237 "Da obsessão").

Possessão, no uso ordinário, não tem o mesmo significado no sistema de Allan Kardec, cujas razões são explicitadas em função do conceito pertencer ao campo religioso:

> Dava-se outrora o nome de *possessão* ao império exercido por maus Espíritos, quando a influência deles ia até à aberração das faculdades da vítima. A possessão seria, para nós, sinônimo da subjugação. Por dois motivos deixamos de adotar esse termo: primeiro, porque implica a crença de seres criados para o mal e perpetuamente votados ao mal, enquanto que não há senão seres mais ou menos imperfeitos, os quais todos podem melhorar-se; segundo, porque implica igualmente a ideia do apoderamento de um corpo por um Espírito estranho, de uma espécie de coabitação, ao passo que o que há é apenas constrangimento. A palavra *subjugação* exprime perfeitamente a ideia. Assim, para nós, não há *possessos,* no sentido vulgar do termo, há somente *obsidiados, subjugados* e *fascinados* (Kardec, 1994b, p. 309; Comentários do autor, Capítulo 23 "Do charlatanismo e do embuste", item 237 "Da obsessão").
>
> O vocábulo *possesso*, na sua acepção vulgar, supõe a existência de demônios, isto é, de uma categoria de seres maus por natureza, e a coabitação de um desses seres com a alma de um indivíduo, no

> seu corpo. Pois que, *nesse sentido*, não há demônios e que dois Espíritos não podem habitar simultaneamente o mesmo corpo, não há possessos na conformidade da ideia a que esta palavra se acha associada. O termo *possesso* só se deve admitir como exprimindo a dependência absoluta em que uma alma pode achar-se com relação a Espíritos imperfeitos que a subjuguem (Kardec, 1993, p. 250; comentários do autor à seguinte pergunta (474): "Desde que não há possessão propriamente dita, isto é, coabitação de dois Espíritos no mesmo corpo, pode a alma ficar na dependência de outro Espírito, de modo a se achar subjugada ou obsidiada ao ponto de a sua vontade vir a achar-se, de certa maneira, paralisada?", cuja resposta dos 'espíritos' foi a seguinte: "Sem dúvida, e são esses os verdadeiros possessos. Mas, é preciso saibas que essa dominação não se efetua nunca sem que aquele que a sofre o consinta, quer por sua fraqueza, quer por desejá-la. Muitos epilépticos ou loucos, que mais necessitavam de médico que de exorcismos, têm sido tomados por possessos.").

Diante desses apontamentos, propõe-se voltar à discussão sobre a questão do transe e possessão pensada pelas ciências sociais brasileiras, desde Bastide (1967) até Cavalcanti (1983). No espiritismo vê-se a relação direta entre obsessão, possessão, espíritos encarnados, desencarnados e perispírito com o conceito doença espiritual. Para Bastide (1971, 1972) o transe não necessariamente pertencente ao campo religioso, é uma manifestação cultural dos cultos afro-brasileiros, pois os cultos são manifestações dos seus adeptos feitos às divindades e não aos espíritos. Não está em jogo a existência de espíritos, como no Espiritismo o que vale mais é a comunicação entre espíritos de reencarnações passadas ou não.

O estado de transe e de possessão no Candomblé não tem o mesmo sentido que o estado de transe e possessão do Espiritismo. Essa distinção esclarece fundamentalmente os problemas levantados na revisão bibliográfica, cuja síntese Cavalcanti (1983) estabeleceu a problemática sobre a mediunidade mais do que sobre o transe como categoria central no Espiritismo. Para o Espiritismo kardecista, como se viu, o estado de transe identifica-se com o estado de mediunidade do médium, cujos fluidos são controlados pelo médium quando educado pela doutrina kardecista. Trata-se de um controle individual que o adepto possui com o exercício da mediu-

nidade, convicto de possuí-la. Mas também persuadido do mesmo controle individual por dominar as características mais significativas da crença consolidada na existência de doenças perispirituais, uma vez convertido racionalmente pela doutrina espírita, como já alertaram Cavalcanti (1983) e Lewgoy (2000). A mediunidade passa a ser entendida como um controle pessoal sobre a doença do perispírito que, por sua vez, é orientada para o controle intelectual e ideológico sobre o fluido universal. Assim é que, na prática, o perispírito significa o fluido universal modificado "mais bem elaborado de que o médium possui conhecimento" (Cavalcanti, 1983).

A possessão para o Espiritismo é uma classificação tipológica de uma das patologias espirituais, cuja característica identifica-se com a doença perispiritual denominada subjugação. Mas também pode ter uma conotação mediúnica salutar, quando a vítima transforma-se em adepto da doutrina, um médium converso para o trabalho espiritual, especialmente para os próprios cultos de desobsessão.

No Candomblé, possessão não tem um significado patológico, pois não se trata de uma concepção terapêutica e não admite necessariamente a existência de espíritos manifestantes no transe, em cujo estado se manifestam entidades divinas ou forças exteriores, presentes com o manifestante. Pelo olhar do modelo biomédico, desde Nina Rodrigues e Roger Bastide, há uma tendência em identificar o estado alterado de consciência no indivíduo manifestante com a alienação ou doença mental.

Como se viu, foi com Camargo (1961) e Ortiz (1978) que a problemática do transe tomou o sentido de forma terapêutica dentro do campo religioso. Para Ortiz (1978) o transe no Candomblé, tomado pelo campo médico como doença, é modificado ideologicamente na umbanda como terapia. Essa inversão, já descoberta e formulada desde Camargo (1961) que, embora não tenha retomado o assunto pelo transe mediúnico e nem pela possessão como elementos de base dos estudos das religiões afro-brasileiras, o fez pela 'mediunidade terapêutica', para sustentar sua teoria de identidades entre umbanda e kardecismo.

A problemática segue outro rumo quando nos anos 80 vigoram as práticas de cura alternativas como objeto de investigação. Investigadas como medicinas alternativas, as religiões mediúnicas ganham nova explicação interpretada por Montero (1985), identi-

ficando-se em uma ideologia: trata-se de uma medicina mágica e popular que não se confunde com medicina oficial. Não se pode atribuir o estatuto de medicina alternativa às terapêuticas religiosas. Ao contrário, Loyola (1984) interpretou de outra forma, mostrando o lado de atuação do campo médico, quando há medicinas populares complementares à prática médica.

Entretanto, somente com Cavalcanti (1983) ver-se-á a mediunidade, no espiritismo kardecista, ganhar uma autonomia em relação às demais religiões mediúnicas. Debatendo com o significado de transe e possessão desde Bastide (1972), a autora mostrou que a mediunidade é ponto central para entender o ritual espírita, quando se tem por base a comunicação com espíritos. A autora julgou fundamental trazer para o debate da investigação empírica as representações sociais de seus adeptos, demonstrando que a experiência do transe (enquanto recepção de um espírito) constitui-se a experiência central dos adeptos da religião. Há uma subscrição, por parte de Cavancanti (1983), de que o transe mediúnico do espiritismo ocorre por manifestação de um estado alterado da consciência do adepto, cuja experiência não é a da posse de uma divindade ou força que lhe é externa, como no Candomblé, mas trata-se de um estado que se reafirma a crença consolidada das pessoas praticantes do espiritismo na existência de espíritos.

5.2. A produção doutrinária e os fundamentos cientificistas do espiritismo kardecista

Embora a doença apareça para Allan Kardec conformada a um naturalismo, a metafísica espírita é substancialmente religiosa. A doença no Espiritismo não pertence às leis da natureza, conforme a concepção materialista do termo. Isso porque tais leis da natureza, para Kardec (1995), são divinas, pertencem à lei de Deus e partem de um princípio moral. Natureza, para Kardec, inclui elementos descartados pela Ciência (éter, fluido cósmico universal, perispírito). Mas, justificando a doença como um conceito que inclui o princípio da reencarnação, as referências de Kardec às leis da natureza fazem sentido quando se reconhece a relação entre natureza espiritual prevalecente e anterior à natureza material.

No modelo biomédico a concepção de Natureza tem origem na concepção de mundo mecanicista. Luz (1988) esclareceu a esse respeito, mostrando as influências que o modelo de Natureza sofreu pelo mecanicismo renascentista e Allan Kardec opõe-se a esse modelo mecanicista e materialista (Luz, 1988, p. 42-53).

Para Kardec (1993), são duas as maneiras possíveis de conhecimento das leis da natureza: as que pertencem às lei materiais (ciência) e as que participam das almas (religião). A primeira praticada pelos homens de ciência (dado o conhecimento das leis físicas), a segunda praticada pelos homens sábios (que estudam a alma). No espiritismo a doutrina sintetiza e reduz as duas formas de conhecimento, integradas nos fenômenos espirituais, concorrendo ao reconhecimento científico de leis universais do mundo físico (e extra-físico):

> Todas as leis da Natureza são leis divinas, pois que Deus é o autor de tudo. O sábio estuda as leis da matéria, o homem de bem estuda e pratica as da alma (Kardec, 1993, p.306; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (617) feita por Allan Kardec: "*As leis divinas, que é o que compreendem no seu âmbito? Concernem a alguma outra coisa, que não somente ao procedimento moral*?").

> Entre as leis divinas, umas regulam o movimento e as relações da matéria bruta: as leis físicas, cujo estudo pertence ao domínio da Ciência. As outras dizem respeito especialmente ao homem considerado em si mesmo e nas suas relações com Deus e com seus semelhantes. Contém as regras da vida do corpo, bem como as da vida da alma: são as leis morais (Kardec, 1993, p.306; comentários do autor à seguinte pergunta (617) formulada aos 'espíritos': "As leis divinas, que é o que compreendem no seu âmbito? Concernem a alguma outra coisa, que não somente ao procedimento moral?").

> A lei natural é a lei de Deus. É a única verdadeira para a felicidade do homem. Indica-lhe o que deve fazer ou deixar de fazer e ele só é infeliz quando dela se afasta (Kardec, 1993, p. 305; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (614) de Allan Kardec: "Que se deve entender por lei natural").

> Já não dissemos que elas estão escritas por toda parte? Desde os séculos mais longínquos, todos os que meditaram sobre a sabedoria hão podido compreendê-las e ensiná-las. Pelos ensinos, mesmo incompletos, que espalharam, prepararam o terreno para receber a semente. Estando as leis divinas escritas no livro da Natureza, possível foi ao homem conhecê-las, logo que as quis procurar. Por isso é que os preceitos que consagram foram, desde todos os tempos, proclamados pelos homens de bem; e também por isso é que elementos delas se encontram, se bem que incompletos ou adulterados pela ignorância, na doutrina moral de todos os povos saídos da barbárie (Kardec, 1993, p.308; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (626): "Só por Jesus foram reveladas as leis divinas e naturais? Antes do seu aparecimento, o conhecimento dessas leis só por intuição os homens o tiveram?").

O sentido de natureza para Kardec (1993) contém um posicionamento moral humano. Trata-se de um livro a ser desvendado e conhecido, e todo conhecimento, na doutrina espírita passa então pela possibilidade de conhecimento da lei de Deus, que está inserido na Natureza. Estando facultado aos homens compreendê-la, embora somente os homens de bem (Kardec, 1993, p. 306) possam compreendê-la melhor. Todos compreenderão um dia, dada a possibilidade de sucessivas reencarnações. Esse preceito inclui a justiça divina inscrita na consciência dos homens, tal qual o modelo de homem de bem está inscrito nas atividades evangélicas de Jesus. Por suas palavras:

> Todos podem conhecê-la, mas nem todos a compreendem. Os homens de bem e os que se decidem a investigá-la são os que melhor a compreendem. Todos, entretanto, a compreenderão um dia, porquanto forçoso é que o progresso se efetue (Kardec, 1993, p.306; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (619): "A todos os homens facultou Deus os meios de conhecerem Sua lei?").
> Onde está inscrita a lei de Deus? Na consciência (Kardec, 1993, p.307; Resposta dos 'espíritos' à pergunta 621 formulada por Allan Kardec).
>
> Indubitavelmente. Em todos os tempos houve homens que tiveram essa missão. São Espíritos superiores, que encarnam com o fim de

> fazer progredir a Humanidade (Kardec, 1993, 307; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (622) formulada por Allan Kardec "Confiou Deus a certos homens a missão de revelarem a Sua lei?").
>
> Certamente hão dado causa a que os homens se transviassem aqueles que não eram inspirados por Deus e que, por ambição, tomaram sobre si um encargo que lhes não fora cometido. Todavia, como eram, afinal, homens de gênios, mesmo entre os erros que ensinaram, grandes verdades muitas vezes se encontram (Kardec, 1993, p. 307; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (623) formulada por Allan Kardec: "Os que hão pretendido instruir os homens na lei de Deus não se têm enganado algumas vezes, fazendo-os transviar-se por meio de falsos princípios?).
>
> Para o homem, Jesus constitui o tipo da perfeição moral a que a Humanidade pode aspirar na Terra. Deus no-lo oferece como o mais perfeito modelo e a doutrina que ensinou é a expressão mais pura da lei do Senhor, porque, sendo ele o mais puro de quantos têm aparecido na Terra, o Espírito Divino o animava. Quanto aos que, pretendendo instruir o homem na lei de Deus, o têm transviado, ensinando-lhes falsos princípios, isso aconteceu por haverem deixado que os dominassem sentimentos demasiado terrenos e por terem confundido as leis que regulam as condições da vida da alma, com as que regem a vida do corpo. Muitos hão apresentado como leis divinas simples leis humanas estatuídas para servir às paixões e dominar os homens (Kardec, 1993, p. 308; Comentários do autor às respostas dos 'espíritos' à seguinte pergunta (625): "Qual o tipo mais perfeito que Deus tem oferecido ao homem, para lhe servir de guia e modelo? "Jesus." (resposta dos "espíritos").

Homem de bem tem o significado de missionário. Como se viu, as características dos espíritos superiores, podendo estar encarnados, identificam-se com as dos homens de bem, podem ser eles mesmos preocupados com o "progresso da humanidade" (Kardec, 1993). Trata-se de uma ideia evolutiva dos espíritas que não coincide com a ideia de progresso posta pelo materialismo evolucionista. Na interpretação espírita, os homens de bem têm um papel, além da missão mediúnica como atividade religiosa: inclui-se o papel dos intelectuais espíritas e de sua produção li-

terária, que é doutrinária e parte de uma missão religiosa. É nesse caso que a ciência espírita (e a terapêutica espírita praticada em hospitais) guardam conotação com um aspecto interior ao campo religioso. Vê-se isso claramente quando na doutrina espírita associa-se às atividades do homem de bem o modelo cristão.

Porém, se para Allan Kardec o conhecimento humano conquistado nem sempre participou desse modelo cristão de conhecer a lei de Deus, é porque não se acrescenta a condição de conhecer as bases de uma ciência de origem humana, que se inscreve na condição de possibilidade do homem atuar a partir de uma visão de mundo moral, ao seguir religiosamente o modelo de perfeição moral de Jesus. Esses valores sociais da moralidade cristã caracterizam procedimentos éticos, inseridos num modelo moral também pertencente à natureza espiritual, todos confirmados pelos espíritos:

> A moral é a regra de bem proceder, isto é, de distinguir o bem do mal. Funda-se na observância da lei de Deus. O homem procede bem quando tudo faz pelo bem de todos, porque então cumpre a lei de Deus. (...) O bem é tudo o que é conforme à lei de Deus; o mal, tudo o que lhe é contrário. Assim, fazer o bem é proceder de acordo com a lei de Deus. Fazer o mal é infringi-la. (..) Quando crê em Deus e o quer saber. Deus lhe deu inteligência para distinguir um do outro. (...) Jesus disse: vede o que queríeis que vos fizessem ou não vos fizessem. Tudo se resume nisso. Não vos enganareis. (...) Quando comeis em excesso, verificais que isso vos faz mal. Pois bem, é Deus quem vos dá a medida daquilo de que necessitais. Quando excedeis dessa medida, sois punidos. Em tudo é assim. A lei natural traça para o homem o limite das suas necessidades. Se ele ultrapassa esse limite, é punido pelo sofrimento. Se atendesse sempre à voz que lhe diz - *bast*a, evitaria a maior parte dos males, cuja culpa lança à Natureza (Kardec, 1993, p.310; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (629, 630, 631) do item "O bem e o mal", formuladas por Allan Kardec da seguinte forma: "Que definição se pode dar da moral?; "Como se pode distinguir o bem do mal?"; "Tem meios o homem de distinguir por si mesmo o que é bem do que é mal?").

O modelo moral de Allan Kardec não está inserido na lei da Natureza no sentido materialista, mas procede da lei de Deus. A

insistente analogia entre natureza (espiritual) e a natureza das Ciências Naturais é decorrente da figura do médium que, para Allan Kardec, deve estar educado dentro do campo religioso e não do campo científico. Pois, é dos espíritos que nasce o discernimento da noção de perispírito. Da compreensão desse conceito espiritual inserido na doutrina espírita origina-se a condição de existência da ação mediúnica nos médiuns, caso esses enxerguem educadamente (humildemente) que possuem uma faculdade (mediúnica).

Por excelência, a teoria espírita da mediunidade reconhece no médium o agente religioso que prova indiscutivelmente a existência dos espíritos. Mais ainda, que pode servir de instrumento de análise dos pesquisadores que buscam o estatuto científico para o Espiritismo. Nesse caso, incluem-se cientistas, médicos ou profissionais de saúde, todos praticantes do Espiritismo, mas também o próprio Allan Kardec, torna-se concomitantemente um modelo de atuação mediúnica e científica.

Assim é que, com base na natureza do perispírito, Kardec transforma-o em um conceito instrumental, a partir do qual se distingue fluido animal de fluido universal. Essas são as condições propriamente do ser humano, sobre as quais os praticantes do Espiritismo entendem como conceito empírico, isto é, que fixa as bases de uma teoria candidata à explicação universal dos fenômenos mediúnicos e de seu domínio por meio do próprio exercício mediúnico enquanto atividade empírica.

Equivalentes aos fenômenos do magnetismo em geral, a teoria espírita da mediunidade versa sobre os fenômenos mediúnicos e pretende abranger as teorias e práticas pseudocientíficas do magnetismo animal que, desde Mesmer e do mesmerismo francês (Darnton, 1988), foram suplantadas pelas teorias contemporâneas da Física, como se viu anteriormente o magnetismo científico. Pelas palavras de Allan Kardec:

> Desde que se tornaram conhecidas a natureza dos Espíritos, sua forma humana, as propriedades semimateriais do perispírito, a ação mecânica que este pode exercer sobre a matéria; desde que, em casos de aparição, se viram mãos fluídicas e mesmo tangíveis tomar dos objetos e transportá-los, julgou-se, como era natural, que o Espírito se servia muito simplesmente de suas próprias mãos para fazer que

a mesa girasse e que à força de braço é que ela se erguia no espaço. Mas, então, sendo assim, que necessidade havia de médium? Não pode o Espírito atuar só por si? Porque, é evidente que o médium, que as mais das vezes põe as mãos sobre a mesa em sentido contrário ao do seu movimento, ou que mesmo não coloca ali as mãos, não pode secundar o Espírito por meio de uma ação muscular qualquer. Deixemos, porém, que primeiro falem os Espíritos a quem interrogamos sobre esta questão. As respostas seguintes nos foram dadas pelo Espírito São Luís. Muitos outros, depois, as confirmaram.

I. Será o fluido universal uma emanação da divindade? "Não."

II. Será uma criação da divindade? "Tudo é criado, exceto Deus."

III. O fluido universal será ao mesmo tempo o elemento universal? "Sim, é o princípio elementar de todas as coisas."

IV. Alguma relação tem ele com o fluido elétrico, cujos efeitos conhecemos? "É o seu elemento."

V. Em que estado o fluido universal se nos apresenta, na sua maior simplicidade? "Para o encontrarmos na sua simplicidade absoluta, precisamos ascender aos Espíritos puros. No vosso mundo, ele sempre se acha mais ou menos modificado, para formar a matéria compacta que vos cerca. Entretanto, podeis dizer que o estado em que se encontra mais próximo daquela simplicidade é o do fluido a que chamais *fluido magnético animal*."

VI. Já disseram que o fluido universal é a fonte da vida. Será ao mesmo tempo a fonte da inteligência? "Não, esse fluido apenas anima a matéria."

VII. Pois que é desse fluido que se compõe o perispírito, parece que, neste, ele se acha num como estado de condensação, que o aproxima, até certo ponto, da matéria propriamente dita? "Até certo ponto, como dizes, porquanto não tem todas as propriedades da matéria. E mais ou menos condensado, conforme os mundos."

VIII. Como pode um Espírito produzir o movimento de um corpo sólido? "Combinando uma parte do fluido universal com o fluido, próprio àquele efeito, que o médium emite."

IX. Será com os seus próprios membros, de certo modo solidificados, que os Espíritos levantam a mesa? "Esta resposta ainda não te levará até onde desejas. Quando, sob as vossas mãos, uma mesa se move, o Espírito haure no fluido universal o que é necessário para lhe dar uma vida factícia. Assim preparada a mesa, o Espírito a atrai e move sob a influência do fluido que de si mesmo desprende, por efeito da sua von-

> tade. Quando quer pôr em movimento uma massa por demais pesada para suas forças, chama em seu auxílio outros Espíritos, cujas condições sejam idênticas às suas. Em virtude da sua natureza etérea, o Espírito, propriamente dito, não pode atuar sobre a matéria grosseira, sem intermediário, isto é, sem o elemento que o liga à matéria. Esse elemento, que constitui o que chamais perispírito, vos faculta a chave de todos os fenômenos espíritas de ordem material. Julgo ter-me explicado muito claramente, para ser compreendido (Kardec, 1994b, p. 91-3; Comentários do autor, Capítulo 4 "Da teoria das Manifestações Físicas").

Nesse sentido, o termo descoberta tem o significado de revelar o que já está dado e inscrito na Natureza por Deus, e revelado pelos espíritos. A hipótese do perispírito, na verdade, é estar guiado por valores religiosos, que em sua visão de mundo tem a tarefa de ampliar o sentido de Natureza, indicando a própria mediunidade como fenômeno.

Essa concepção de ciência, que envolve a cientificidade da mediunidade e do médium, acompanha a atividade do próprio autor (Allan Kardec) que, por isso, mostra-se ao leitor como um cientista (e como um médium), quando tenta incluir na Natureza (no sentido materialista) sua atividade cientificista, resultando na doutrina dos espíritos, a partir da descoberta do espírito e do perispírito, que está oculto na Natureza. Nesse sentido pode-se afirmar o valor simbólico que carrega o contexto da descoberta científica dentro do contexto dos valores religiosos enunciados pelo Espiritismo.

Essa forma com que enuncia Kardec (1993) a autoria da descoberta dos espíritos (desencarnados), de modo evidente, na ação do médium e da mediunidade organizada, divide com os próprios espíritos a autoria da doutrina espírita, por meio do qual nasce a teoria do perispírito. Essa entrevê como melhor exemplo de representação associada entre atividades científica e religiosa, uma vez que

> a *ciência espírita* compreende duas partes: experimental uma, relativa às manifestações em geral, filosófica, outra, relativa às manifestações inteligentes. Aquele que apenas haja observado a primeira se acha na posição de quem não conhecesse a Física senão por experiências recreativas, sem haver penetrado no âmago da ciência. A verdadeira Doutrina

> Espírita está no ensino que os Espíritos deram, e os conhecimentos que esse ensino comporta são por demais profundos e extensos para serem adquiridos de qualquer modo, que não por um estudo perseverante, feito no silêncio e no recolhimento. Porque, só dentro desta condição se pode observar um número infinito de fatos e particularidades que passam despercebidos ao observador superficial, e firmar opinião. Não produzisse este livro outro resultado além do de mostrar o lado sério da questão e de provocar estudos neste sentido e rejubilaríamos por haver sido eleito para executar uma obra em que, aliás, nenhum mérito pessoal pretendemos ter, pois que os princípios nela exarados não são de criação nossa. O mérito que apresenta cabe todo aos Espíritos que a ditaram. Esperamos que dará outro resultado, o de guiar os homens que desejem esclarecer-se, mostrando-lhes, nestes estudos, um fim grande e sublime: o do progresso individual e social e o de lhes indicar o caminho que conduz a esse fim (Kardec, 1993, p. 46-7; Comentários e resumo de Allan Kardec na "Introdução ao estudo da doutrina espírita").

São nessas circunstâncias cientificistas, no contexto das leis naturais, que as teorias espíritas concorrem com as teorias físicas no interior do campo científico, Allan Kardec insere-se com o propósito de provar (ou revelar racionalmente) a existência do espírito, e adota a ciência espírita como projeto intelectual de uma ciência ampliada, em que reconhece nortear-se por partes estruturantes, endossadas pelos espíritos mentores da obra revelada e divina:

> Essa divisão da lei de Deus em dez partes é a de Moisés e de natureza a abranger todas as circunstâncias da vida, o que é essencial. Podes, pois, adotá-la, sem que, por isso, tenha qualquer coisa de absoluta, como não o tem nenhum dos outros sistemas de classificação, que todos dependem do prisma pelo qual se considere o que quer que seja. A última lei é a mais importante, por ser a que faculta ao homem adiantar-se mais na vida espiritual, visto que resume todas as outras (Kardec, 1993, p.315; Resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (648) formulada por Allan Kardec: "Que pensais da divisão da lei natural em dez partes, compreendendo as leis de adoração, trabalho, reprodução, conservação, destruição, sociedade, progresso, igualdade, liberdade e, por fim, a de justiça, amor e caridade?).

Justamente essa última lei, denominada "Da lei de justiça, de amor e de caridade" que recebe um capítulo em O Livro dos Espíritos, ao lado do capítulo que fundamenta os argumentos sobre a lei da natureza ("Da lei divina ou natural"), forma-se um importante conjunto de argumentos para a reprodução da doutrina dos espíritos. Trata-se de um núcleo ético que reproduz a cientificidade da crença espírita e que, principalmente o médium, busca ali as provas da existência do espírito, pela compreensão do conceito de perispírito inserido nesse contexto. Não detém, nessa seção, uma versão mais positivista da ciência espírita, que procura provar a existência do espírito por processos materiais de evidência. Segue-se, portanto, que o argumento sobre a concepção de ciência para Allan Kardec está dada no campo religioso.

Nesse quadro geral a concepção kardecista de enfermidade encerra em si um valor de conhecimento sobre a Natureza, que inclui o método de casualidade através do qual o autor deseja justificar as causas espirituais de moléstias sobre o corpo, sem prescindir do conhecimento científico dado pela medicina. Para ele, a medicina também está imersa em sua concepção espiritual de Natureza, campo de conhecimento que coordena, pelo mesmo princípio causal, as doenças e tratamentos do seu ponto de vista material (materialista). Porém, Kardec (1993, p. 46-47) inclui, pela via da moralidade, a concepção de ciência espírita, reconhecendo a ética como matéria fundamental, pertencente também à Natureza, fazendo crer no sistema de crenças organizado em dez leis morais, uma racionalidade terapêutica, que inclui o tratamento espiritual e a cura da alma (e em alguns casos a cura de doenças do corpo), aplicados exclusivamente no campo religioso e não no campo científico.

5.3. As terapêuticas e as curas espirituais

Não é Allan Kardec quem enuncia a possibilidade de uma medicina espírita. Quando escreveu a codificação do Espiritismo na França, não propôs organizar a prática religiosa atrelada à prática médica, que agrega diagnóstico e terapêutica para serem exercidas como alternativas ao campo médico. No início do movimento espírita brasileiro, médicos espíritas estiveram empenhados em

partilhar das convicções kardecistas adaptadas à medicina oficial nascente no Brasil. Será necessário ainda, antes de abordar essa temática, verificar as formas de tratamentos espirituais disponíveis na teoria de Allan Kardec.

A prece, sendo muito apregoada sua eficácia pelos adeptos da religião, prescreve o pressuposto kardecista da existência de um fluido universal (como se viu). Diante da crença na existência de um fluido universal como princípio espiritual, Kardec utiliza do mesmo modelo patológico para explicar o tratamento assentado na eficácia da fluidificação:

> O Espiritismo torna compreensível a ação da prece, explicando o modo de transmissão do pensamento, quer no caso em que o ser a quem oramos acuda ao nosso apelo, quer no em que apenas lhe chegue o nosso pensamento (...) (Kardec, 1997, p. 373; Comentários de do autor, Capítulo 27 "Pedi e obtereis", item 12 "Ação da prece, transmissão do pensamento").

> As doenças fazem parte das provas e das vicissitudes da vida terrena; são inerentes à grosseria da nossa natureza material e à inferioridade do mundo que habitamos. As paixões e os excessos de toda ordem semeiam em nós germens malsãos, às vezes hereditários. (...) Se Deus não houvesse querido que os sofrimentos corporais se dissipassem ou abrandassem em certos casos, não houvera posto ao nosso alcance meios de cura. A esse respeito, a sua solicitude, em conformidade com o instinto de conservação, indica que é dever nosso procurar esses meios e aplicá-los. (...) A par da medicação ordinária, elaborada pela Ciência, o magnetismo nos dá a conhecer o poder da ação fluídica e o Espiritismo nos revela outra força poderosa na *mediunidade curadora* e a influência da prece (Kardec, 1997, 430; Comentários do autor, Capítulo 28 "Preces espíritas" , item 77, Prefácio, subitem V "Prece pelos doentes e obsidiados").

Uma vez a possibilidade de verificação e demonstração de seu valor de verdade através dos médiuns, a mediunidade curadora e a prece deveriam ser investigadas e confrontadas no campo científico, e inclusas nas ciências médicas.

Por outro lado, Allan Kardec, sempre se valendo dos valores binários espírito-matéria, alma-corpo, espiritismo-ciência mate-

rialista interpretou a terapêutica espírita de modo oposto às interpretações materialistas. Estas últimas recusam a existência da alma e do espírito, dando ênfase às leis físicas e naturais da matéria e lança o Espiritismo para o campo das superstições, que o kardecismo quer se livrar conclamando-se científico por via da legitimidade de uma prática terapêutica.

Kardec, como representante da Ciência, pôde identificar a ação fluídica como elemento curativo, que a medicina não poderia compreender enquanto modelo empírico. Sabe-se que usou da teoria dos fluidos (Kardec,) para informar o sistema de crença, geratriz do Espiritismo, usada de meio para atingir a meta de uma religião. O fluido universal se mostrava como princípio da Natureza, que regia todas as coisas e somente ao Espiritismo caberia explicitá-las, inserido nas leis da natureza o princípio espiritual:

> Assim como a Ciência propriamente dita tem por objeto o estudo das leis do princípio material, o objeto especial do Espiritismo é o conhecimento das leis do principio espiritual. Ora, como este último principio é uma das forças da Natureza, a reagir incessantemente sobre o principio material e reciprocamente, segue-se que o conhecimento de um não pode estar completo sem o conhecimento do outro. O Espiritismo e a Ciência se completam reciprocamente; a Ciência, sem o Espiritismo, se acha na impossibilidade de explicar certos fenômenos só pelas leis da matéria; ao Espiritismo, sem a Ciência, faltariam apoio e comprovação. O estudo das leis da matéria tinha que preceder o da espiritualidade, porque a matéria é que primeiro fere os sentidos. Se o Espiritismo tivesse vindo antes das descobertas científicas, teria abortado, como tudo quanto surge antes do tempo (Kardec, 1995, p. 21; comentários do autor, Capítulo 1 "Caráter da revelação espírita", item 16).

Kardec acreditando no avanço da ciência, dessa forma, endossa uma perspectiva de valor sobre o projeto prático de um espiritismo científico. Nesse projeto, Espiritismo e Ciência seriam dois sistemas teóricos que necessariamente dariam entendimento à teoria do éter – uma teoria controversa, não mais aceita pela comunidade científica –, revelariam um modelo que adotaria o éter como elemento universal e explicativo das relações de forças,

especialmente à força gravitacional e aos movimentos em geral. O modelo deveria incluir a problemática das forças à distância relacionada às teorias dos movimentos vibratórios das forças físicas e extrafísicas, complementada pela teoria do fluido universal:

> Há um fluido etéreo que enche o espaço e penetra os corpos. Esse fluido é o éter ou matéria cósmica primitiva, geradora do mundo e dos seres. São-lhe inerentes as forças que presidiram às metamorfoses da matéria, as leis imutáveis e necessárias que regem o mundo. Essas múltiplas forças, indefinidamente variadas segundo as combinações da matéria, localizadas segundo as massas, diversificadas em seus modos de ação, segundo as circunstâncias e os meios, são conhecidas na Terra sob os nomes de gravidade, coesão, afinidade, atração, magnetismo, eletricidade ativa. Os movimentos vibratórios do agente são conhecidos sob os nomes de som, calor, luz, etc. Em outros mundos, elas se apresentam sob outros aspectos, revelam outros caracteres desconhecidos na Terra e, na imensa amplidão dos céus, forças em número indefinito se têm desenvolvido numa escala inimaginável, cuja grandeza tão incapazes somos de avaliar, como o é o crustáceo, no fundo do oceano, para apreender a universalidade dos fenômenos terrestres. (...) todas essas forças são eternas - explicaremos este termo - e universais, como a criação (...) (Kardec, 1995, p. 111; Comentários do autor, Capítulo 6 "Uronografia Geral", item 10 "As leis e as forças").

Como se vê, Allan Kardec vale-se do conhecimento da Física para fundamentar conceitos e argumentos do Espiritismo, como a mediunidade, vibrações à distância da prece e ações magnéticas do médium, que para ele são propriedades dos corpos físicos, reinterpretadas para fundamentar os corpos espirituais e o perispírito.

É nesse sentido que a proposta de terapêutica espírita não pertence ao campo da ciência na doutrina religiosa de Allan Kardec. Isso porque, entenda-se, a presença do vitalismo animista na cosmovisão kardecista difere da visão vitalista não animista preconizada pelos médicos espíritas brasileiros. Muito embora no Brasil o Espiritismo tenha conquistado o estatuto de religião e tenha recebido certa legitimidade social através de seus adeptos praticantes e através dos médicos populares (Giumbelli, 1997a, 1997b;

Loyola, 1984) em relação ao conjunto das terapias religiosas, atente-se para o uso do conceito de força vital – o mesmo sentido nas concepções dos vitalismos de época. Trata-se do senso vitalista. No espiritismo kardecista, vigorava a luta pelo reconhecimento social da terapêutica fluídica no campo religioso e concorria na arena do charlatanismo. Havia relutância de Allan Kardec, frente aos argumentos cientificistas em vista de se diferenciar das práticas de cura charlatãs (Abrantes, 1998; Darnton, 1988). A estratégia valorativa de Allan Kardec foi utilizar a conceituação cientificista das ciências físicas de sua época, pretendia alterar a significação do termo magnetismo, em vista de justificar a ação magnética dos médiuns de cura ("cura por magnetismo").

Kardec propõe a existência do médium curador, modelo que mantém como condição para a prática da caridade e o devotamento à crença na doutrina ditada pelos espíritos, pois o exercício da mediunidade curadora seria um meio de aperfeiçoamento espiritual, mantendo sempre o sentido religioso, uma vez que por parte de quem pratica exige-se sempre esforços, sacrifícios e renúncias. Não era uma aliança com a medicina que Kardec almejava e sim, conforme Giumbelli (1997) e Cavalcanti (1983) sustentam, era fornecer um estatuto de legitimidade à mediunidade para o Espiritismo.

Foi nesse contexto que Kardec pretendia dar à mediunidade um estatuto científico, colocando a prática da caridade como controle da doutrina kardecista, recusando a venda destes serviços espirituais. O magnetizador se transformaria na figura do médium que, essencial na proposta de uma ciência espírita validaria a ação magnética dos médiuns de cura:

> A mediunidade é coisa santa, que deve ser praticada santamente, religiosamente. Se há um gênero de mediunidade que requeira essa condição de modo ainda mais absoluto é a mediunidade curadora. O *médico* dá o fruto de seus estudos, feitos, muita vez, à custa de sacrifícios penosos. O *magnetizador* dá o seu próprio fluido, por vezes até a sua saúde. Podem pôr-lhes preço. O médium curador transmite o fluido salutar dos bons Espíritos; não tem o direito de vendê-lo. Jesus e os apóstolos, ainda que pobres, nada cobravam pelas curas que operavam. Procure, pois, aquele que carece do que

> viver, recursos em qualquer parte, menos na mediunidade; não lhe consagre, se assim for preciso, senão o tempo de que materialmente possa dispor. Os Espíritos lhe levarão em conta o devotamento e os sacrifícios, ao passo que se afastam dos que esperam fazer deles uma escada por onde subam (Kardec, 1997, p. 367; Comentários do autor, Capítulo 26 "Daí gratuitamente", item 10).

Ao sustentar a ação magnética, presente na prática da mediunidade curadora ou na ação caritativa do fiel (pela prece), para além das questões vitalistas em jogo, estava-se garantindo uma eficácia simbólica no campo social, almejada à cientificidade do Espiritismo. É verdade que se desejava descrever minuciosamente tal eficácia em razão da terapêutica que, aplicada no campo religioso pela mediunidade conduzida pelo médium, manteria o valor de troca científica da prática terapêutica espiritual. Quando praticada com caridade, esse valor mediúnico tornar-se-ia objeto simbólico, cuja função principal em vista deveria ser a convertibilidade do médium ao espiritismo, anteriormente candidato potencial à loucura.

Dessa forma, os "espíritos superiores", podendo estar encarnados entre os homens, poderiam por missão atuar como médiuns, para cuja função específica de troca magnética pela ação espiritual, seguiria em conformidade a seguinte classificação:

> A ação magnética pode produzir-se de muitas maneiras: 1º pelo próprio fluido do magnetizador; é o magnetismo propriamente dito, ou magnetismo humano, cuja ação se acha adstrita à força e, sobretudo, à qualidade do fluido; 2º pelo fluido dos Espíritos, atuando diretamente e sem intermediário sobre um encarnado, seja para curar ou acalmar um sofrimento, seja para provocar o sono sonambúlico espontâneo, seja para exercer sobre o indivíduo uma influência física ou moral qualquer. É o magnetismo espiritual, cuja qualidade está na razão direta das qualidades do Espírito; 3º pelos fluidos que os Espíritos derramam sobre o magnetizador, que serve de veículo para esse derramamento. É o magnetismo misto, semi-espiritual, ou, se o preferirem, humano-espiritual. Combinado com o fluido humano, o fluido espiritual lhe imprime qualidades de que ele carece. Em tais circunstâncias, o concurso dos Espíritos é amiúde espontâneo, porém, as mais das vezes, provocado por um apelo do magnetiza-

> dor (Kardec, 1995, p. 294; Comentários do autor, Capítulo 14 "Os milagres do evangelho", item 33 "Curas").

Essa estrutura conceitual satisfaria então às explicações vitalistas, onde a cura à doença, antes do que no corpo material, se processaria no corpo perispiritual. Esse efeito ficara registrado da seguinte forma: há uma substituição de moléculas promovida pela troca de fluidos vitais, graças mesmo ao perispírito, que informa a mediação de entendimento desse processo de substituição em razão de constituir um corpo semimaterial (quase espiritual), utilizado tanto pelo (perispírito) do médium, quanto pelo (perispírito) do espírito desencarnado (obsessor):

> A cura se opera mediante a substituição de uma molécula malsã por uma molécula sã. O poder curativo estará, pois, na razão direta da pureza da substância inoculada; mas, depende também da energia da vontade que, quanto maior for, tanto mais abundante emissão fluídica provocará e tanto maior força de penetração dará ao fluido. Depende ainda das intenções daquele que deseje realizar a cura, seja homem ou Espírito. Os fluidos que emanam de uma fonte impura são quais substâncias medicamentosas alteradas (Kardec, 1995, p. 295; Comentários de Allan Kardec no Capítulo 14 "Os milagres do evangelho", item 31 "Curas").

No sistema lógico do vitalismo animista de Kardec, que prova a existência do perispírito, importa distinguir as concepções de enfermidades perispirituais do conceito de espírito. Como se viu, as enfermidades perispirituais são passíveis de serem recepcionadas pelo corpo do indivíduo doente ou pelo corpo do indivíduo sadio (candidato a médium). Nesse último caso, todos podem ser candidatos a médium e todos são convertíveis às crenças e fé espíritas. Viu-se como são feitas tais distinções, elaboradas sobre os termos obsessão e possessão na estruturação simbólica do conceito de espírito. No entanto, deixou-se de mencionar como Allan Kardec desenvolve o processo de cura no sistema doutrinário kardecista, principalmente quando se processam a cura espiritual nas sessões espíritas sobre as doenças perispirituais: a cura espiritual se processa atuando-se sobre a "entidade malfazeja", que aceitando

a transformação moral, aceitaria o tratamento oferecido por um doutrinador caridoso:

> Na obsessão há sempre um Espírito malfeitor. Na possessão pode tratar-se de um Espírito bom que queira falar e que, para causar maior impressão nos ouvintes, toma do corpo de um encarnado, que voluntariamente lho empresta, como emprestaria seu fato a outro encarnado. Isso se verifica sem qualquer perturbação ou incômodo, durante o tempo em que o Espírito encarnado se acha em liberdade, como no estado de emancipação, conservando-se este último ao lado do seu substituto para ouvi-lo. Quando é mau o Espírito possessor, as coisas se passam de outro modo. Ele não toma moderadamente o corpo do encarnado, arrebata-o, se este não possui bastante força moral para lhe resistir. Fá-lo por maldade para com este, a quem tortura e martiriza de todas as formas, indo ao extremo de tentar exterminá-lo, já por estrangulação, já atirando-o ao fogo ou a outros lugares perigosos. Servindo-se dos órgãos e dos membros do infeliz paciente, blasfema, injuria e maltrata os que o cercam; entrega-se a excentricidades e a atos que apresentam todos os caracteres da loucura furiosa. São numerosos os fatos deste gênero, em diferentes graus de intensidade, e não derivam de outra causa muitos casos de loucura. Amiúde, há também desordens patológicas, que são meras consequências e contra as quais nada adiantam os tratamentos médicos, enquanto subsiste a causa originária. Dando a conhecer essa fonte donde provém uma parte das misérias humanas, o Espiritismo indica o remédio a ser aplicado: atuar sobre o autor do mal que, sendo um ser inteligente, deve ser tratado por meio da inteligência (Kardec, 1995, p. 307; Comentários do autor, Capítulo 11 "Obsessões e posessões", item 48 "Obsessões e possessões").

Nas sessões mediúnicas, como são regularmente realizadas nos centros espíritas no Brasil, ocorre uma competição entre os espíritos, isto é, concorrem, num campo de lutas, aquisições de caracteres de "espíritos inferiores" e "espíritos superiores". Essa disputa moral, como se viu, renova-se pelas manifestações dos médiuns e enquanto tais são feitas em torno de aquisições de elementos de moralidade (diante das leis morais espíritas) numa perspectiva terapêutica e educativa.

A cura sobre a possível desordem patológica de ordem moral e material no corpo da vítima (candidata a médium) é o reconhecimento da perspectiva de valor de que a mediunidade bem praticada, ou melhor, adotado o sistema de crença do Espiritismo, consolida-se na prática da mediunidade o exercício da caridade, única finalidade religiosa a ser alcançada.

5.3.1. Mediunidade e loucura

Na época em que o progresso das ciências médicas se acelerava, Allan Kardec configurava o argumento espírita como uma alternativa às teorias médicas da Psiquiatria organicista francesa, fonte principal que caracterizou o auge e decadência do tratamento moral com Pinel. Allan Kardec formula a codificação espírita movido pela possibilidade de provar uma série de fenômenos conjugados ao axioma da existência dos espíritos. Tal proposta foi estruturada em função de uma correspondência (implícita) com a concepção do tratamento moral de época, apontou como alternativa para o campo científico, mas também para o campo religioso.

Diferentemente do tratamento médico realizado por médicos, o tratamento espiritual proposto pelo Espiritismo de Allan Kardec se efetivou com a prática da mediunidade e com a atuação de médiuns. Veja-se como essa propositura mantém um diálogo no interior do campo científico com o esforço em distinguir loucura de mediunidade.

Primeiramente, Kardec descarta a possibilidade da loucura ter origem no exercício mediúnico, uma vez que, do ponto de vista da ordem médica, utiliza o conceito patologia como instrumento teórico, adotada a concepção organicista de predisposição orgânica da doença:

> Não mais do que qualquer outra coisa, desde que não haja predisposição para isso, em virtude de fraqueza cerebral. A mediunidade não produzirá a loucura, quando esta já não exista em gérmen; porém, existindo este, o bom-senso está a dizer que se deve usar de cautelas, sob todos os pontos de vista, porquanto qualquer abalo pode ser prejudicial (Kardec, 1994b, p. 265; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (221) formulada por Allan Kardec no Capítulo

XVIII "Dos inconvenientes e perigos da mediunidade", item 5º: "Poderia a mediunidade produzir a loucura?").

A loucura não se confunde com a mediunidade porque o uso da faculdade mediúnica não é um estado que se identifica com o estado patológico, mas indício de que sofre a vítima da doença por obsessão. Como menciona Allan Kardec, pela resposta dos espíritos à seguinte pergunta (221) formulada pelo próprio Allan Kardec no Capítulo XVIII ("Dos inconvenientes e perigos da mediunidade", item 1º: "Será a faculdade mediúnica indício de um estado patológico qualquer, ou de um estado simplesmente anômalo?"): "Anômalo, às vezes, porém, não patológico; há médiuns de saúde robusta; os doentes o são por outras causas" Kardec (1994, p.264).

Nesse caso, patológico é utilizado por Kardec não no mesmo significado de patológico utilizado para o tratamento espiritual, como visto acima, quando o próprio médium passa a ser alvo da terapêutica espírita. Para se evitar a loucura, no sentido médico-psiquiátrico, deve-se evitar o exercício da mediunidade praticado por aquelas pessoas candidatas à médium, que apresentem traços de excentricidade e enfraquecimento das faculdades mentais, preocupações vivas no movimento espírita brasileiro nas décadas seguintes à formulação das teorias kardequianas:

> Do seu exercício cumpre afastar, por todos os meios possíveis, as que apresentem sintomas, ainda que mínimos, de excentricidade nas ideias, ou de enfraquecimento das faculdades mentais, porquanto, nessas pessoas, há predisposição evidente para a loucura, que se pode manifestar por efeito de qualquer sobre excitação. As ideias espíritas não têm, a esse respeito, maior influência do que outras, mas, vindo a loucura a declarar-se, tomará o caráter de preocupação dominante, como tomaria o caráter religioso, se a pessoa se entregasse em excesso às práticas de devoção, e a responsabilidade seria lançada ao Espiritismo. O que de melhor se tem a fazer com todo indivíduo que mostre tendência à ideia fixa é dar outra diretriz às suas preocupações, a fim de lhe proporcionar repouso aos órgãos enfraquecidos (Kardec, 1994b, p. 267; Comentários do autor, Capítulo 18, "Dos inconvenientes e perigos da mediunidade", item 222).

Nesses termos, Allan Kardec, na luta pela legitimação do exercício da mediunidade no campo religioso, desejava colocar o fenômeno da mediunidade sob o controle de uma racionalidade espírita, através do argumento que envolvia superioridade no campo científico (prova do fluido universal) e no campo religioso (diante da prova moral do médium) e cientificidade em relação às demais práticas mediúnicas, que envolviam comunicações com o mundo invisível.

Pode-se afirmar que não há em Allan Kardec indicação de cunho preventivo para se evitar a loucura espírita, ou o desejo de dispor uma forma alternativa à Psiquiatria vigente em sua época. Pois, o sistema de crença espírita volta-se a proteger e amparar uma comunidade religiosa de médiuns, atuantes como agentes religiosos:

> Digo, pois, que o Espiritismo não tem privilégio algum a esse respeito. Vou mais longe: digo que, bem compreendido, ele é um preservativo contra a loucura. Entre as causas mais comuns de sobreexcitação cerebral, devem contar-se as decepções, os infortúnios, as afeições contrariadas, que, ao mesmo tempo, são as causas mais frequentes de suicídio. Ora, o verdadeiro espírita vê as coisas deste mundo de um ponto de vista tão elevado; elas lhe parecem tão pequenas, tão mesquinhas, a par do futuro que o aguarda; a vida se lhe mostra tão curta, tão fugaz, que, aos seus olhos, as tribulações não passam de incidentes desagradáveis, no curso de uma viagem.(...) (Kardec, 1993, p. 41; Comentários do autor na "Introdução ao estudo da doutrina espírita", item 15).

De outro modo, se há uma diretriz para os indivíduos candidatos à prática da mediunidade, é porque há, na base da discussão, uma concepção de charlatanismo sobre a prática espírita, que se encaixa como medida no campo religioso:

> A faculdade mediúnica, mesmo restrita às manifestações físicas, não foi dada ao homem para ostentá-la nos teatros de feira e quem quer que pretenda ter às suas ordens os Espíritos, para exibir em público, está no caso de ser, com justiça, suspeitado de charlatanismo, ou de mais ou menos hábil prestidigitação. Assim se entenda todas as

> vezes que apareçam anúncios de pretendidas sessões de *Espiritismo,* ou de *Espiritualismo,* a tanto por cabeça. Lembrem-se todos do direito que compram ao entrar. De tudo o que precede, concluímos que o mais absoluto desinteresse é a melhor garantia contra o charlatanismo. Se ele nem sempre assegura a excelência das comunicações inteligentes, priva, contudo, os maus Espíritos de um poderoso meio de ação e fecha a boca a certos detratores (Kardec, 1994b, p. 411; Comentários do autor, Capítulo 28 "Do charlatanismo e do embuste, médiuns interesseiros e fraudes espíritas", item 308 "Médiuns interesseiros").

O embuste religioso surge quando a mediunidade não está acompanhada da atividade caritativa, significando que o desinteresse pelo exercício da mediunidade é uma benemerência que o médium presta enquanto religioso e não enquanto cientista. Eis, portanto, os aspectos cientificistas da religião espírita na produção literária de Allan Kardec, médiuns e a mediunidade atuam no campo religioso e não no campo da ciência.

Kardec serve-se de exemplo dos caracteres de um indivíduo que porta problemas mentais, quando abusa da faculdade mediúnica, que menciona possuir por dom de Deus. No primeiro caso, os casos de loucura podem estar associados àqueles casos que fogem ao padrão de conduta caritativa desinteressada, padrão da normalidade religiosa espírita. No segundo caso, convertem-se em agentes terapêuticos para cura dos obsidiados, isto é, ação revertida aos próprios doentes mentais, admitido que sabem distinguir, pela doutrina dos espíritos e como médiuns, as impressões orgânicas (próprias) das do espírito obsessor. Nesse caso, o médium, que é educado pela doutrina e princípios ditados pelos espíritos, passa a colaborar desinteressadamente ou caritativamente como adepto e, portanto, mantendo-se curado, permanece dentro da normalidade médica, na hipótese de que atua normalmente como médium dentro do campo religioso.

Qual a consequência desse raciocínio na doutrina religiosa kardecista? Os casos de loucura, não podendo ter sede no corpo (que do ponto de vista materialista localiza-se exatamente no cérebro), tende a modificar a concepção de alienação mental da medicina materialista, passando a ser controlada pela noção de alma,

que do ponto de vista espírita obtém aqui um grau teórico mais elevado. Assim constatou Kardec a existência de espíritos, tratado na base da codificação, lançando o sentido aos tipos terapêuticos possíveis, exercidos no campo religioso:

> A obsessão muito prolongada pode ocasionar desordens patológicas e reclama, por vezes, tratamento simultâneo ou consecutivo, quer magnético, quer médico, para restabelecer a saúde do organismo. Destruída a causa, resta combater os efeitos (Kardec, 1997, p. 435; Comentários do autor, Capítulo 28 "Preces espíritas", item 84).

> A cura das obsessões graves requer muita paciência, perseverança e devotamento. Exige também tato e habilidade, a fim de encaminhar para o bem Espíritos muitas vezes perversos, endurecidos e astuciosos, porquanto há-os rebeldes ao extremo. Na maioria dos casos, temos de nos guiar pelas circunstâncias. Qualquer que seja, porém, o caráter do Espírito, nada se obtém, é isto um fato incontestável pelo constrangimento ou pela ameaça. Toda influência reside no ascendente moral. Outra verdade igualmente comprovada pela experiência tanto quanto pela lógica, é a *completa ineficácia dos exorcismos, fórmulas, palavras sacramentais, amuletos, talismãs, práticas exteriores, ou quaisquer sinais materiais* (Kardec, 1997, p. 435; Comentários do autor, Capítulo 28 "Preces espíritas", item 84).

> Pode, a uma espécie de loucura cuja causa o mundo desconhece, mas que não tem relação alguma com a loucura ordinária. Entre os que são tidos por loucos, muitos há que apenas são subjugados; precisariam de um tratamento moral, enquanto que com os tratamentos corporais os tornamos verdadeiros loucos. Quando os médicos conhecerem bem o Espiritismo, saberão fazer essa distinção e curarão mais doentes do que com as duchas (Kardec, 1994b, p. 323; Comentários do autor, Capítulo 28 "Preces espíritas", item 84).

Distinto, portanto, da forma terapêutica da medicina psiquiátrica – que considera a causa da alienação mental uma lesão orgânica no cérebro – para Kardec a terapêutica moral orientada nas sessões para desobsessão de espíritos obsessores complementa o tratamento médico organicista, uma vez que interessa salvaguar-

dar o médium (e a mediunidade) da ação médica, exatamente do progresso no campo científico promovido pela nosologia psiquiátrica organicista. Enunciada a possibilidade do médium resvalar-se num processo de loucura por obsessão de espíritos inferiores, assegura Kardec que a desobsessão é um tratamento complementar ao tratamento médico, sem comprometer-se. Pode-se sustentar a ideia de que Kardec, ao supor uma identidade entre o obsedado e o próprio médium, incutiu no Espiritismo circunstâncias para um movimento espírita praticado no Brasil em vista da formação de uma medicina psiquiátrica espírita.

Descreveu-se até o momento as origens das ideias espíritas que partem dos escritos de Allan Kardec, pressupondo uma cosmovisão baseada na ideia de perispírito e mediunidade, conceitos importantes que sustentam as concepções de mundo sobre as doenças espirituais e uma proposta terapêutica para curas espirituais, com base no princípio da reencarnação.

Capítulo 6

A proposta brasileira de uma medicina espírita

A cosmovisão espírita kardecista foi desenvolvida no Brasil seguindo caminhos cientificistas, diversos de Allan Kardec, adentrando a área da saúde por uma concepção vistalista animista sobre a vida. Uma proposta de psiquiatria espiritualizada consolida-se em hospitais psiquiátricos, partindo da cosmovisão espírita. Da crença no sistema religioso de Allan Kardec parte da coceituação da força vital para uma nova plataforma de teorias cientificistas, desde quando Menezes (1988), um médico brasileiro convertido ao Espiritismo, propõe, do ponto de vista estrito da prática médica-psiquiátrica, investir na organização teórica e prática de uma psiquiatria espiritualizada, abertamente adversa à psiquiatria organicista vigente na França.

6.1. O projeto da Psiquiatria espiritualizada

Enquanto Allan Kardec objetivava no campo religioso obter a legitimidade da prática da mediunidade relacionando-a às Ciências físicas, Bezerra de Menezes (1988) elege a psiquiatria como espaço médico, cuja região de disputa teórica e religiosa acirra os aspectos cientificistas da proposta espírita. É a primeira vez que se elabora uma versão médica com denotação religiosa e científica (testado) concomitantemente, por meio dos quais se poderia diagnosticar a alienação mental:

> Quem veio definir a diferença dos princípios causais da alienação mental foi o Espiritismo, pelos ensinos dos Espíritos. Porque, então, não recorremos a esta fonte, para colhermos os meios de distinguí-los? (...) Meu plano é determinar a natureza espacial da loucura sem

> lesão cerebral – estabelecer as bases de um diagnóstico diferencial de uma para outra espécie – e oferecer os meios curativos deste gênero desconhecido de loucura (Menezes, 1988, p. 13).

Nesse projeto intelectual Menezes (1988) conta com a observação do contemporâneo Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), médico alienista francês, discípulo de Philippe Pinel (1745-1826), um dos fundadores da escola francesa de Psiquiatria. Bezerra de Menezes encontrou a loucura sem a mínima lesão cerebral, essa a questão que dá início a seus pressupostos teóricos. O propósito maior, ao trazer para a discussão dessas observações, é argumentar logicamente sobre dois tipos de lesões associadas à loucura: há loucura com ou sem lesão cerebral. A primeira é explicada pela Psiquiatria, mas o segundo tipo não. É diante dessa brecha que esclarece: "eu vou tentar o máximo esforço no intuito de resolver o problema da loucura em sua nova face, isto é, da loucura sem lesão cerebral" (Menezes, 1988, p. 13).

Em disputa teórica, Bezerra de Menezes interpretou a versão materialista da loucura e subscreveu as vantagens da teoria espírita em relação à questão da imaterialidade da loucura, uma vez detectada a característica da loucura sem lesão cerebral:

> Neste ligeiro trabalho proponho-me, além de mais, a preencher essa lacuna, demonstrando , com fatos de rigorosa observação: 1° que o pensamento é pura função da alma ou espírito e, portanto, que suas perturbações, em tese, não dependem da lesão do cérebro, embora possam elas concorrer para o caso, pela razão de ser o cérebro instrumento das manifestações (...) 2° que a loucura, perfeitamente caracterizada, pode-se dar – e dá-se, mesmo, em larga escala sem a mínima lesão cerebral, o que prova que o cérebro não é órgão do pensamento – e menos que tudo, seu gerador ou secretor; e prova mais, assim como o mau estado do instrumento de transmissão determina o que chamamos – alienação mental – (...) toda questão se resume em provar-se fundamentalmente: que há loucos, cujo cérebro não apresenta lesão orgânica de qualidade alguma. Feito isso, fica perfeitamente claro que a loucura não é um estado patológico invariável em sua natureza, mas um fenômeno mórbido de duplo caráter: material e imaterial (Menezes, 1988, p. 8).

Embora Bezerra de Menezes não descartasse a teoria materialista da loucura, que a localizava no espaço anatômico do cérebro, seu intento foi provar que não é essa a estrutura geratriz da loucura, mas a estrutura espiritual. Sustentou, por isso, as concepções da doença espiritual promulgada por Allan Kardec e reconheceu a existência de uma terapêutica espírita especifica para casos de loucura. Enfim, objetivando fundamentar uma nosologia espírita própria sobre as bases da existência de espíritos, reconheceu a loucura causada por obsessão de espíritos, fundamentando uma teoria dos fluidos perispirituais:

> Quando é consequente da afecção do cérebro, que lhe perturba a transmissão, fazendo-a desordenadamente, tem o caráter material ou orgânico. Quando resulta de algo, que afeta a faculdade pensante, origem natural do pensamento, que, por isso, emana viciado da fonte, tem o caráter imaterial e fluídico, que demonstrarei; 3° podendo ser também resultante da ação fluídica de Espíritos inimigos sobre a alma ou Espírito encarnado no corpo. Em oposição à denominação de loucura científica, com que designei o que representa o primeiro caráter, designaria esta segunda espécie pela denominação de – loucura por obsessão, isto é, por ação fluídica de influências estranhas, inteligentes (Menezes, 1988, p. 8-9).

Menezes (1988) declarou que a teorização sobre o perispírito de Allan Kardec é a mais bem confirmada, mais do que o conteúdo das teorias medicas rivais, amparadas na teoria materialista sobre a loucura. A teoria do fluido cósmico universal (éter) é mais apropriada para explicar as questões da alma em relação ao corpo, mais do que exploraram Descartes, Leibnitz, Euler ou Cudworth. Aliás, esse último filósofo foi quem mais se aproximou das proposições kardecistas quando intuiu o "mediador plástico como a ideia de uma substância intermediária ao corpo e a alma, participante da natureza de um e de outra" (Menezes, 1988, p. 106).

Não ainda da posse da teoria dos neurônios, Bezerra de Menezes adota o conceito de perispírito, da cosmovisão kardequiana, como modelo explicativo para o funcionamento do sistema nervoso:

> O cérebro, de onde decorrem os dois sistemas de nervos, é a grande pilha que segrega o fluido nervoso de que os fios de cada sistema são simples canais condutores, é por isso que o cérebro é constituído de duas substâncias branca e cinzenta, das quais uma segrega o fluido sensível, e a outra o motor. Assim, por exemplo se um mosquito nos pica, a impressão é levada ao cérebro pelos nervos sensíveis ou do sentimento, e ali gravada no perispírito, que é ligado a todas as moléculas do corpo, e, no perispírito, a alma toma dela conhecimento e sente a dor, e, sentido-a, procura remover a causa. Esta resolução traduz-se em movimento imposto ao corpo pelo Espírito, mediante o perispírito, que transmite ao cérebro, o qual, sempre pela força da vontade anímica, põe em ação os nervos motores necessários à ação de mover, suponhamos, o braço, para matar ou afugentar o mosquito. O perispírito portanto é quem transmite à alma as impressões do corpo, concentradas no cérebro, e é quem transmite ao corpo as volições da alma, pela impulsão dada ao cérebro, como centro do sistema nervoso (Menezes, 1988, p. 109).

Nesses termos, explicita mais acuradamente, do ponto de vista médico, o interesse em provar a existência do perispírito pela observação do problema das deficiências mentais, evidenciando consequentemente a questão da mediunidade através da crença no fenômeno da bicorporeidade, uma faculdade divina. Os idiotas de nascença oferecem o melhor exemplo de influência na relação entre corpo e alma,

> (...) o idiotismo ou ausência de manifestações inteligentes não é, portanto, condição original de um Espírito, mas sim resultado da incapacidade do instrumento de que dispõe. É um meio de expiação (...) ai está em sua completa expressão, o exemplo vivo da dependência da alma em relação ao corpo (...) pode o Espírito fazer menos do que lhe permite o aparelho que lhe foi dado, e pode, bem, raro, fazer mais, vencendo a natural resistência desse aparelho. Isto por obra da vontade (...) o perispírito não lhe falta em qualquer ocasião, mesmo no caso do idiotismo (...) a prova mais positiva da existência do perispírito, na união do corpo com a alma, é a *bicorporeidade*, que é uma faculdade, ou dom, que tem certos indivíduos de se apresentarem em dois lugares distintos (..) devido ao desdobramento momentâneo dos elementos constitutivos do homem: o corpo e a alma (...) o fenômeno é divido ao perispírito e tanto o Espírito encarnado como o desencarnado o produzem (...) (Menezes, 1988, p. 111-2)

A crença na existência de espíritos é reproduzida fielmente da doutrina kardecista e no capítulo da terapêutica espírita, Menezes observa que a obsessão tem lugar certo dentro de uma fisiologia do cérebro. Nesse modelo, Menezes (1988) mostra que a loucura coincide às vezes com uma lesão do cérebro e outras vezes não coincide com nenhuma delas (seguindo os resultados de Esquirol). No segundo caso, a loucura não depende do estado mórbido do cérebro e, por isso, pode-se inferir que não é o cérebro que produz o pensamento e, portanto, independente dele, pode vir a sofrer perturbações. Propõe então um diagnóstico diferenciado em que pese aquela reivindicação alternativa ao tratamento das doenças mentais incuráveis (inclui-se as doenças crônicas). Segundo ele, as duas versões da loucura (materialista e espiritualista) não cabem no mesmo tratamento científico organicista, necessitando distinguir as causas físicas daquelas morais, para variar o modo como se trata a ambas:

> A cura das moléstias de fundo orgânico e a das que são efeitos de causas morais, não se pode alcançar pelos mesmos meios (...) a loucura, como temos demonstrado, é moléstia de fundo orgânico, nuns casos, e é de fundo espiritual, noutros casos; logo, a Ciência precisa bem conhecer esta diferença para variar de ação, segunda a espécie. Tudo o que ela sabe, até hoje, é exclusivamente aplicável aos casos orgânicos, porque, até hoje, apesar da ponta do véu levantada por Esquirol, ela não tem cogitado de discernir espécies de loucura. Importa pois abrir larga discussão sobre este ponto, para não continuar a desordem no tratamento, confundindo-se na ordens da loucuras incuráveis, como são quase todas as causas por lesão cerebral, inúmeros casos de natureza desconhecida, e que, como o provam os exemplos acima citados, são suscetíveis de cura (Menezes, 1988, p. 155).

Se há possibilidade de cura para os casos incuráveis de loucura (assim determinados pela Psiquiatria), não é porque Bezerra de Menezes reivindica da medicina organicista o mesmo tipo de diagnóstico que atinge a causa por lesão cerebral a partir de uma transmissão hereditária, como apregoavam os eugenistas brasileiros. Reclama, de outro modo, a distinção dessa nova espécie de loucura moral, ou loucura psicológica, por se tratar de perturbação exclusivamente da faculdade da alma.

O problema de conhecer a causa da loucura psíquica transforma-se no problema central de prova da existência do espírito, uma vez que se torna possível provar empiricamente à loucura espírita. A explicação procede da perturbação da razão por um espírito com baixa moralidade: lentamente o espírito aproveita das afecções orgânicas e morais de sua vítima a ponto de transformar-se em um louco obsediado. Nesse caso o Espiritismo causa a loucura, concorda Bezerra de Menezes, reproduzindo a versão espiritual kardecista de salvaguardar o exercício mediúnico, agora por uma ideologia médica, que identifica a loucura sem qualquer lesão cerebral:

> Vejamos agora como se dá a mesma loucura por obsessão, sem lesão cerebral, por influência fluídica dos Espíritos (...) o que determina, não a perturbação mental, porque a alma não enlouquece, mas a perturbação na transmissão do pensamento, é a interposição dos fluidos do Espírito obsessor, entre o agente e o instrumento (...) tal irregularidade é devida à incapacidade material do cérebro para receber e transmitir fielmente as cogitações do espírito, e noutro caso tudo se limita a não poderem aquelas cogitações chegarem integralmente ao cérebro (Menezes, 1988, p. 164).

Loyola (1984), em outra circunstância, aproximou-se dessas ideias pelo conceito de médico popular. Para ela, o médico popular utiliza de terapêuticas religiosas no sentido simultâneo ao tratamento médico. No vitalismo psiquiátrico de Menezes (1988), que estabelece a possibilidade de se sustentar um diagnóstico psiquiátrico, são abrangidos dois tipos de loucura:

> (...) importa, diante de um caso de loucura, fazer de pronto o diagnóstico diferencial, para que, se for obsessão, não chegue esta a desorganizar o cérebro, que é o órgão atacado pelo obsessor (...) não tendo a Ciência meio seguro de fazer aquele diagnóstico, mesmo porque só existe para ela a loucura, é obvio que devamos procurar recursos, para verificarmos se existe a obsessão, no Espiritismo científico (Menezes, 1988, p. 175).

Essa definição de espiritismo científico, em contraposição ao espiritismo religioso, como lembra Lewgoy (2000) na questão do

espiritismo sincrético, tem origem nesse momento em que Bezerra de Menezes interessa-se por estruturar o espiritismo brasileiro por uma racionalidade médica. O cientificismo espírita que, desde Kardec carrega o significado de ciência espírita no campo simbólico religioso, com Bezerra de Menezes a psiquiatria espiritualizada ganha significado no campo científico da medicina. Ela faz sentido nesse contexto em que um diagnóstico de cunho preventivista da loucura espírita, que também contribui para proteger a prática da mediunidade e do médium, pressuposto o fato de a pessoa não carregar lesões cerebrais.

Luz (2000) demonstrou que as medicinas chinesa, ayurvédica e homeopática, comparativamente à medicina científica ocidental, constituem-se em racionalidades médicas destacando cinco dimensões: doutrina médica, morfologia, dinâmica vital humana, sistema de diagnose e terapêutica. O sistema de diagnóstico e terapêutica do modelo de psiquiatria espírita proposto por Bezerra de Menezes ainda não possui o mesmo sentido da racionalidade médica mencionada por Luz (2000), pois as crenças na existência do espírito, perispírito, as doenças espirituais e perispirituais adotada por Menezes (1988) informam as próprias ações como fonte das crenças geratrizes na doutrina kardecista.

Porém, mesmo que o assunto abordado esteja imerso na discussão das crises da Psiquiatria de seu tempo, o espiritismo científico proposto por Bezerra de Menezes trata de uma espécie de cientificismo ao revés, acentuado pelos adeptos do espiritismo, como salientou Hess (1989) a respeito das dissensões no espiritismo brasileiro no início do século. Mais recentemente, David Hess tece reflexões do espiritismo científico junto ao conjunto de ideologias que incluem os estudos sobre o espiritismo nas ciências sociais brasileiras (Hess, 1989, 1991).

Uma consequência dessa discussão, impregnada de valores da ideologia médica espírita, surgiu da motivação de Bezerra de Menezes à teorização descrita no livro *Loucura sob novo prisma* (Menezes, 1988), em função da sua vivência familiar sobre o assunto. Em razão de um de seus filhos, subitamente acometido pela loucura, ter sido diagnosticado e tratado pela clínica psiquiátrica vigente, não obtendo solução, o caso clínico recebeu cura no tra-

tamento espiritual espírita, momento a partir do qual o médico carioca converteu-se à religião. Em suas palavras:

> Um de nossos filhos, moço de grande inteligência e de coração bem formado, foi subitamente tomado de alienação mental. Os mais notáveis médicos do Rio de Janeiro fizeram o diagnóstico: loucura; e como loucura o trataram sem que obtivessem o mínimo resultado. Notávamos nós um singular fenômeno: quando o doente, passado o acesso e entrado no período lúcido, ficava calmo, manifestava perfeita consciência, memória completa e razão clara, de conversar criteriosamente sobre qualquer assunto, mesmo literário ou científico, pois que estudava medicina, quando foi assaltado. Mais de uma vez, afirmou-nos que bem conhecia estar praticando mal, durante os acessos, mas que era arrastado por uma força superior à sua vontade, a que em vão tentava resistir. *Apesar de não poder explicar como, continuando o cérebro lesado, se dava aquele fenômeno de perfeita clarividência ou de nítida transmissão dos pensamentos*, acompanhamos o juízo dos médicos, nossos colegas, de ser o caso verdadeira loucura. Desanimados, por falharem todos os meios empregados, disseram-nos aqueles colegas que era inconveniente e perigoso conservar o doente em casa, e que urgia mandá-lo para o hospício. Foi ante esta dolorosa contingência de uma separação mais dolorosa que a da morte, que resolvemos atender a um amigo que havia muito nos instava para que recorrêssemos ao Espiritismo. *Obsessão*, respondeu-nos o Espírito que veio à nossa evocação; acrescentando: além do tratamento terapêutico (...) é indispensável evocar o obsessor e alcançar dele que desista da perseguição (...) o moço era vítima de seus abusos noutra existência, continuou a sofrer a perseguição, e por tanto tempo a sofreu, que seu cérebro se ressentiu, de forma que , quando o obsessor, afinal arrependido, o deixou, ele ficou calmo, sem mais ter acessos, porém não recuperou a vivacidade de sua inteligência. O instrumento ainda não se restabeleceu (...) nosso doente, desde que tivemos certeza de ser o mal de um Espírito, nunca mais tomou remédios, senão os morais, em trabalhos espíritas, de cerca de três anos (Menezes, 1988, p. 172-175).

Essa motivação, o da conversão religiosa do médico carioca e seu empreendimento intelectual, dimensionou o argumento sobre a loucura espírita e contribuiu para a consolidação da ideologia cientificista espírita, na crença na existência de espíritos e da eficácia terapêutica do tratamento médico, em meio a uma

comunidade de médicos de mesma convicção religiosa, que passou a corroborar a teoria kardecista da causalidade da loucura em função do exercício mediúnico.

Menezes (1988) sustentava que o assunto da loucura poderia resvalar para o absurdo dogmático, caso não se procedesse, de maneira lógica, à caridade, atividade estritamente interna ao campo religioso. Do mesmo contexto de Kardec, o espiritismo científico de Bezerra de Menezes aceitava a desobsessão, a prática da mediunidade, a ação fluídica proposta por Kardec.

No entanto, na terapêutica espírita de Bezerra de Menezes, dependendo do grau de comprometimento apontado pelo diagnóstico, parte-se com maior precisão (moral), informando-se a natureza da alienação mental e seu respectivo tratamento, pela seguinte metodologia:

> (...) nos casos de alienação mental por lesão do cérebro, nenhum espírito perseguidor virá à evocação, visto que não há perseguição (...) o método que seguimos, sempre com resultado, é consultarmos, mediunicamente, a um Espírito, que do espaço faz a caridade de receitar para os homens doentes, sobre a natureza da alienação mental, no caso que se nos apresenta e procedemos à contraprova do que recebemos em resposta. Se nos disser que é loucura propriamente evocamos o Espírito que possa causá-la, e nenhum se apresentará, ou apresentar-se-á um mistificador, que é fácil desmascarar. Se nos disser que é obsessor, procedemos do mesmo modo, e o obsessor virá em confirmação do que foi dito. Nesse caso, a cura pelos meios morais será a melhor prova da exatidão do diagnóstico, prova que nunca nos falhou em dezenas de experimentações (Menezes, 1988, p. 177-8).

Essa concepção de mundo trata menos de uma racionalidade médica do que de uma estratégia religiosa, que serve para legitimar as atividades mediúnicas da religião (no centro espírita). Não há menção, por parte do médico brasileiro Bezerra de Menezes, de um projeto médico que tenha por finalidade implantar um sistema terapêutico espírita nos espaços hospitalares psiquiátricos, por exemplo, nos hospícios cariocas.

Entenda-se que é esse o contexto social em que nasce a controvérsia no começo do século XX do espiritismo científico e reli-

gioso no movimento espírita brasileiro. É dessa polêmica que surge a estruturação de um campo de lutas (simbólicas) sobre a qual formas de diagnóstico e tratamento espirituais são propostas como terapêuticas exercidas exclusivamente, ora no espaço religioso, ora no espaço médico hospitalar.

Como acentua a historiografia sobre o assunto, somente nos anos 50 do século XX, o Espiritismo implementado no Brasil reivindica e promove a intervenção médica no espaço hospitalar, complementando o projeto médico-espírita, incluindo a terapêutica espírita originada no projeto médico-espírita de Bezerra de Menezes (Giumbelli, 1997).

Viu-se como Allan Kardec e Bezerra de Menezes opuseram-se ambos às estratégias materialistas, preocupando-se em firmar e demonstrar a existência de leis espirituais e concepções fundantes da ontologia espírita. Viu-se também como as doenças mentais e mediunidade se relacionaram nesse contexto de conhecimentos médico e experiências religiosas. Nos anos 40, quando o médium brasileiro Chico Xavier coloca-se abertamente à comunidade religiosa para a atividade literária, surge uma série de livros psicografados, de cunho médico, elaborado com a autoria de André Luiz, declarado, no anonimato, pseudônimo de um médico sanitarista que viveu na cidade do Rio de Janeiro em vida passada. Esses escritos psicografados representam uma retomada do vitalismo espírita, denotando a força reprodutora dos bens de saúde, agora incorporados no movimento espírita brasileiro, principalmente em vista de uma organização de um sistema terapêutico coletivo para a efetivação do projeto médico-espírita no espaço hospitalar.

A maioria dos livros da série psicografada por André Luiz é composta de romances religiosos. Na literatura, os personagens dialogam com o interlocutor André Luiz geralmente do plano espiritual. Mostra-se a figura de um médico circulando entre os enfermos, que são afetados de algum modo por problemas mentais. Relatar essas descrições bastariam para demonstrar como os conceitos utilizados pela crença espírita transformam-se em conceitos estruturantes a um grupo de médicos espíritas, trazendo ao leitor imagens da natureza dos espíritos, cuja eficácia simbólica sem igual concretiza a crença na sua existência, partindo de uma

literatura de ficção. Entretanto, o que interessa são os temas ali explorados, de que maneira foram ordenados estrategicamente segundo uma pauta centrada no conteúdo do Espiritismo cientificista, seguindo as bases para as práticas terapêuticas espirituais.

Os personagens reforçam continuamente, nas descrições literárias do plano astral, as proposições da crença espírita sobre a existência dos espíritos, do perispírito, da mediunidade, das doenças por obsessão, das doenças perispirituais e das formas de tratamento dessas. Acrescenta-se, no entanto, a ocorrência de reflexões estruturadas de uma nosologia médica baseada em uma fisiologia da mediunidade. Há uma revisão da concepção de mundo desde Kardec, fundamentando o papel dos corpos perispirituais.

De igual modo à racionalidade médica tradicional, como lembra Luz (2000) sobre a morfologia "anatômica do corpo energético" (canais meridianos chinês, corpos densos e corpos sutis Ayurvédica), podemos associar em Xavier (1945) um modelo terapêutico construído pelo espírito André Luiz, que se confronta com a doutrina espírita, além de se confrontar com as teorias da medicina materialista sobre o cérebro e sobre as doenças mentais. Vemos, enfim, uma proposta de ampliação do modelo religioso proposto por Allan Kardec, destacando a fisiologia e anatomia humanas para uma medicina espírita.

Por exemplo, no livro *Missionários da Luz* (Xavier, 1945), o espírito de André Luiz segue relatando sobre seu aprendizado no plano espiritual. Descreve seu instrutor espiritual, que visualiza uma descrição sobre a fisiologia da máquina humana, em cujo corpo conserva a glândula epífise. Considerada na biomedicina sem nenhuma utilidade, essa glândula transforma-se em objeto de prova de existência do espírito, assim expondo um argumento médico sobre a anatomia cerebral do médium em evidência:

> (...) vali-me das forças magnéticas que o instrutor me fornecera, para fixar a máxima atenção no médium. Quanto mais lhe notava as singularidades do cérebro, mais admirava a luz crescente que a epífise deixava perceber. A glândula minúscula transformara-se em núcleo radiante e, em derredor, seus raios formavam um lótus de pétalas sublimes (...) estudara a função da epífise nos meus apagados serviços de médico terrestre. Segundo os orientadores clássicos circuns-

> creviam-se suas atribuições ao controle sexual no período infantil (...) minhas observações, ali, entretanto, contrastavam com as definições dos círculos (...) Não se trata de órgão morto, segundo velhas suposições. É a glândula da vida mental. Ela acorda no organismo do homem, na puberdade, as forças criadoras e, em seguida, continua a funcionar, como o mais avançado laboratório de elementos psíquicos da criatura terrestre (Xavier, 1945, p.19; comentários de André Luiz no aprendizado com seu instrutor espiritual diante descrição de um quadro de doença espiritual).

Esses esclarecimentos anatômicos, assim como Descartes descrevia a função da glândula pineal para os espíritos animais, vão sendo ajustados à visão materialista biomédica sobre a doença mental uma vez circunscritos em regiões cerebrais bem definidas. No entanto, o modo como aparecem nos relatos espirituais, abrandado os valores profissionais do médico, certamente André Luiz privilegiou estrategicamente circunstâncias da versão materialista para a construção da crença espírita.

O que se denota na literatura psicografada por Chico Xavier é uma estruturação de disposições sobre a forma de revelação espiritual, cujos valores sociais provém do campo médico. De fato, os médicos são chamados a dar palavra de ordem médica e científica sobre tais asseverações de cunho científico, mas revelados pelo campo religioso. Verifica-se uma complexidade maior quando as informações reveladas sobre o conteúdo médico indicam a glândula pineal, como se disse aquela cogitada desde René Descartes como sede da alma, como o local privilegiado e anatomicamente em vigor para a vida espiritual:

> (...) estamos examinando um problema de embriologia. Limitemo-nos ao assunto inicial e analisemos a epífise, como glândula da vida espiritual do homem. Segregando delicadas energias psíquicas, a glândula pineal conserva ascendência em todo o sistema endocrínico. Ligada à mente, através de princípios eletromagnéticos do campo vital, que a ciência comum ainda não pode identificar, comanda as forças subconscientes sob a determinação direta da vontade. As redes nervosas constituem-lhe os fios telegráficos para ordens imediatas a todos os departamentos celulares (...) na qualidade de

> controladora do mundo emotivo, sua posição na experiência sexual é básica e absoluta (...) do lastimável menosprezo a esse potencial sagrado, decorrem os dolorosos fenômenos da hereditariedade fisiológica, que deveria constituir, invariavelmente, um quadro de aquisições abençoadas e puras (Xavier, 1945, p. 22).

A reafirmação mecânica cartesiana da glândula pineal, certamente agora sob o olhar de uma proposta concreta de sua função no corpo humano em relação à existência do próprio espírito manifestado pelo corpo semimaterial do perispírito, os conceitos de anatomia e fisiologia – descritos na base organicista da Psicologia e da Psiquiatria e utilizados pelo autor espiritual André Luiz sem uma ordem científica -, são reinterpretados sob argumentos morais provenientes do Espiritismo e de sua cosmovisão. O diagnóstico espiritual associa fenômenos de hereditariedade fisiológica, subconsciente e experiência sexual como consequência de um mau uso da glândula pineal. Nesse ponto, o leitor de André Luiz ou acredita piamente na informação – e aí se encontra convertido dogmaticamente e nada questiona em razão da fé – ou replica a fonte de informações, confrontando ceticamente os conteúdos de estratégia materialista do campo médico e psicológico.

Se o leitor aceita as informações espiritualistas psicografadas por Chico Xavier, a disputa cognitiva passa então à aceitabilidade do modelo espírita sobre o problema de distúrbio mental, concorrendo com a concepção de doença perispiritual:

> A perversão do nosso plano mental consciente determina a perversão de nosso psiquismo inconsciente encarregado da execução de desejos e ordenações mais íntimas, na esfera das operações automáticas. A vontade desequilibrada desregula o foco de nossas possibilidades criadoras. Daí procede a necessidades de regras morais para quem, de fato, se interesse pelas aquisições eternas nos domínios do Espírito. Renúncia, abnegação, continência sexual e disciplina emotiva não representam meros preceitos de feição religiosa. São providências de teor científico, para enriquecimento efetivo da personalidade. Nunca fugiremos à lei, cujos artigos e parágrafos do Supremo Legislador abrangem o Universo. Ninguém enganará a Natureza. Centros vitais desequilibrados abrigarão a alma à permanên-

> cia nas situações de desequilíbrio (...) segregando 'unidades-forças' pode ser comparada a poderosa usina, que deve ser aproveitada e controlada, no serviço de iluminação, refinamento e benefício da personalidade e não relaxada em gastos excessivos do suprimento psíquico, nas emoções de baixa classe (...) em vista disso é indispensável cuidar atentamente da economia de forças (...) são muito raros ainda, na Terra, os que reconhecem a necessidade de preservação das energias psíquicas para engrandecimento do Espírito eterno (...) o homem pratica verdadeiramente o bem, vive no seio de vibrações construtivas e santificantes da gratidão da felicidade, da alegria. Não é fazer teoria de esperança. É princípio científico, sem cuja aplicação, na esfera comum, não se liberta a alma, descentralizada pela viciação nas zonas mais baixas da Natureza (Xavier, 1945, p. 23-5).

A característica cientificista, escrita por André Luiz pelas mãos de Xavier (1945), é reforçada pelo modelo kardecista de alma, quando descreve que de acordo com a enfermidade há uma representação alternativa que explica a fisiologia do corpo doente: o corpo mental é, antes de tudo, o principal corpo que adoece e, portanto, centrando-se o foco sobre as atividades mentais, vê-se essas proposições ganharem força em relação às proposições kardecistas. Essa forma de diagnosticar o problema de saúde é uma alternativa, estrategicamente em concorrência com o campo religioso, cujo teor cientificista é manifesto e impresso pela literatura de ficção.

O princípio científico a que refere Xavier (1945) é aplicado à estruturação de um modelo médico espírita que mais se apropria do uso pessoal do médium (que reclama um modo de administrar as doenças espirituais a seu modo), do que ao uso de uma forma terapêutica complementar de um profissional da saúde (espírita ou não). Embora o trabalho profissional na saúde encontre aqui um recurso a mais para os cuidados da doença e da pessoa que sofre distúrbios mentais, o livro parece dedicado ao médium obsedado, em vista de uma educação mediúnica. Deixa-se conotar desse processo educativo a cientificidade (ou cientificismo) do espiritismo no campo religioso. Talvez aqui se possa indicar o lugar onde os elementos constituintes de um espiritismo científico, na versão de André Luiz, dispõem-se simbolicamente no espiritismo religioso, levando-se em conta o capital cultural que os adeptos

procuram aumentar em vista de alcançar o nível de argumentação e confrontações explicativas oriundo do campo da ciência.

No mesmo livro, no capítulo dedicado à obsessão, André Luiz confirma as proposições de Bezerra de Menezes e de Allan Kardec, acrescentando elementos explicativos da relação da obsessão com a mediunidade:

> Médiuns, meu amigo, inclusive nós outros os desencarnados, todos o somos, em vista de sermos intermediários do bem que procede de mais alto, quando nos elevamos, ou portadores do mal, colhido nas zonas inferiores, quando caímos em desequilíbrio. O obsidiado, porém, acima de médium de energias perturbadas, é quase sempre um enfermo, representando uma legião de doentes invisíveis ao olhar humano (...) o obsidiado é também uma criatura repleta de torturantes problemas espirituais. Se lhe falta vontade firme para *autoeducação*, para disciplina de si mesmo, é quase certo que prolongará sua condição dolorosa (...) apenas o doente convertido voluntariamente em médico atinge a cura positiva (...) quando encontramos o enfermo interessado na própria cura valendo-se de nossos recursos para aplicá-los à edificação interna, então podemos prever triunfos imediatos (...) o doutrinador encarnado encarrega-se de transmitir as lições (...) para ensinar com êxito, não basta conhecer as matérias do aprendizado e ministrá-las. Antes de tudo, é preciso senti-las e viver-lhes a substancialidade no coração (...) o companheiro que ensina a virtude, tem o verbo carregado de magnetismo positivo (...) sem essa característica a doutrinação quase sempre é vã (...) (Xavier, 1945, p. 310-11; comentários do instrutor espiritual no diálogo com André Luiz na descrição de uma situação de uma enfermidade espiritual). Vendo o quadro expressivo, analisado pelos esclarecimentos do instrutor, compreendi que o contágio pelo exemplo não constitui fenômeno puramente ideológico, mas sim que é um fato científico nas manifestações magnético-mentais (Xavier, 1945, p. 311; comentários do instrutor espiritual no diálogo com André Luiz na descrição de uma situação de uma enfermidade espiritual).

Essas imagens que transitam entre um instrutor e o médico aprendiz são muito sugestivas para o leitor que apreende a crença de um suposto mundo espiritual que lhe serve de modelo para a crença na existência dos espíritos. Por outro lado, as enfermidades men-

tais não se sucedem nesse quadro de aprendizado em função das imagens de médicos, associadas às práticas de cura dos problemas mentais. De uma crença consolidada na teoria da loucura por obsessão à adoção de seu conteúdo para realização de projetos práticos terapêuticos no movimento religioso espírita, longa distância vai até a institucionalização do projeto médico-espírita, quando efetivado na organização dos hospitais psiquiátricos nas décadas seguintes.

Seria preciso compreender que, da literatura médico-espírita de André Luiz, o profissional da saúde de convicções espíritas retira as concepções espíritas do mundo biomédico para em seguida usá-las como uma parcela importante do capital simbólico dentro do espaço médico, seja através dos trabalhos religiosos mediúnicos, seja no decurso dos trabalhos filantrópicos na administração dos estabelecimentos psiquiátricos.

Para que o médium possa ser médico de si mesmo, como sugere o autor espiritual, há elementos de disposição e de compromisso tanto para o médium, quanto para o doutrinador, que devem adquirir recursos de fé. Acentua André Luiz que o doutrinador - na posição de religioso possuidor de fé carregada de magnetismo positivo, condição em que a doutrinação espiritual na forma terapêutica se efetiva -, trabalha na perspectiva de transformação de quem sofre a ação da obsessão (obsedado) no médium.

Na escrita psicografada (Xavier, 1959), o médico André Luiz acentua o papel simbólico do cientista, que o adepto primeiramente contrai na leitura dos elementos cientificistas de que abstratamente domina contra aqueles profissionais da saúde que conhecem e praticam a medicina. Por outro lado, o tratamento operado pelo doutrinador espírita, no centro espírita, também leva a cabo o papel simbólico de cientista (nesse caso, de médico) ao sobrepor o papel de religioso cristão, amparado pelo domínio de conhecimento da Física, que acredita nos resultados de cura através da prece ou da desobsessão ao reproduzir a doutrina evangélica de Jesus.

No mesmo quadro de enfermidade espírita, não necessariamente da loucura, André Luiz justifica o médium de cura, um processo que envolve explicitamente o tratamento moral a partir da conversão religiosa à prática mediúnica. No entanto, deixa aberta

a participação da medicina sem especificar a prática psiquiátrica como já advertira Bezerra de Menezes:

> (...) convertida em doutrinadora dos verdugos, pelo exemplo de resistência ao mal, transforma os inimigos, iluminando a si mesma. Ante colaboração dessa natureza temos o problema da cura altamente facilitado. Não se verificará contudo o mesmo com aqueles que não se acautelam com a defesa do instrumento corporal. Entregue aos malfeitores, o violino simbólico a que nos referimos pode permanecer semi destruído (...) como vemos os casos de desobsessão apresentam complexidades naturais e, na solução deles, não podemos prescindir do concurso direto dos interessados (...) (Xavier, 1945, p. 315).

No livro *Mecanismos da Mediunidade* (Xavier, 1959), o autor explora profundamente os aspectos da crença espírita, voltados às explicações da mediunidade em relação às teorias da Física, da Neurologia, da Psiquiatria e da Psicologia, todas informações circunscritas para justificar a estrutura de um modelo da mediunidade enquanto fenômeno científico.

Desde a teoria do éter, base sobre a qual Allan Kardec construiu a teoria do fluido universal em que se sustentou a existência do perispírito, André Luiz retoma o assunto com semelhantes conclusões, sob uma ótica renovada, confrontando explicitamente com as descobertas mais contemporâneas da Física que resultam na atual revolução paradigmática nas Ciências Físicas desde Isaac Newton, atualizadas pela teoria do campo de Albert Einstein:

> Conhecemos a gama das ondas, sabemos que a luz se desloca em feixes corpusculares que denominamos 'fótons', não ignoramos que o átomo é um redemoinho de forças positivas e negativas, cujos potenciais variam com o número de elétrons ou partículas de força em torno do núcleo , informando-nos de que a energia, ao condensar-se, surge como massa para transformar-se, depois, em energia; entretanto, o meio sutil em que os sistemas atômicos ascilam não pode ser equacionado com os nossos conhecimentos. Até agora temos nomeado esse 'terreno indefinível' como sendo o 'éter'; contudo, Einstein, quando buscou imaginar-lhe as propriedades indis-

> pensáveis para poder transmitir ondas características de bilhões de oscilações, não conseguiu acomodar as necessárias grandezas matemáticas numa fórmula, porquanto as qualidades de que essa matéria devia estar revestida não são combináveis, e concluiu que ela não existe, propondo-se abolir o conceito de éter, substituindo-o pelo conceito de 'campo'. Campo desse modo passou a designar o espaço dominado pela influência de uma partícula de massa (...) a proposição de Einstein, no entanto, não resolve o problema, porque a indagação quanto à matéria de base para o campo continua desafiando o raciocínio, motivo pelo qual, escrevendo da esfera extrafísica, na tentativa de analisar, mais acuradamente, o fenômeno da transmissão mediúnica, definiremos o meio sutil em que o Universo se equilibra como sendo o Fluido Cósmico ou Hálito Divino, a força para nós inabordável que sustenta a Criação (Xavier, 1959, p. 40-1).

Nessa citação fica demonstrado o desejo do autor espiritual em disputar, no campo da ciência, teorias e definições em torno do fenômeno da mediunidade. Primeiramente, prevalecendo no contexto revolucionário das descobertas científicas mais contemporâneas, subscreve que a teoria do éter é mais bem confirmada que o modelo explicativo anterior à revolução científica na Física (teoria da relatividade). No entanto, mais ajustado aos propósitos do autor, para o desenvolvimento de seus argumentos sobre a mediunidade, compara a validade do fluido cósmico universal tanto no macrocosmo quanto no microcosmo.

Ainda, por outro lado, circundado por informações da área da neurologia, Xavier (1959), pela mesma escrita do espírito André Luiz, confronta sua posição a respeito das teorias materialistas do cérebro em relação ao pensamento: embora declare que a teoria dos neurônios é mais bem confirmada que o conteúdo da teoria do perispírito na fisiologia cerebral desenvolvida por Bezerra de Menezes, subscreve a teoria dos neurônios, de abordagem físico e anatômica organicista, mas não descarta a teoria do perispírito de Allan Kardec, que implica o lugar onde principia a loucura ou o estado patológico celular:

> (...) o cérebro, com as células especiais que lhe são próprias, detém verdadeiras usinas microscópicas (...) é ai nesse microcosmo prodi-

> gioso, que a matéria mental, ao impulso do Espírito, é manipulada e expressa, em movimento constante, produzindo correntes que se exteriorizam conservando mais amplo poder na aura da personalidade em que se exprime, através da ação e reação permanentes, como acontece no gerador comum, em que o fluxo energético atinge valor máximo, segundo a resistência integral do campo (...) sendo o pensamento força sutil e inexaurível do Espírito podemos categorizá-lo com faculdades de auto-excitação e autoplasticização inimagináveis (Xavier, 1959, p.76).

Dentro da perspectiva kardecista da loucura, Xavier (1959), pelo espírito de André Luiz, não adentra no exame das personalidades enfermas descritas pela psicologia e psiquiatria atuais, mas assegura e corrobora o indispensável tratamento médico para aquelas enfermidades espirituais crônicas, cujo resgate, no sentido reencarnacionista, é divino, tendo em vista os problemas mentais causados em vidas passadas. Tais enfermidades são necessárias ao espírito na própria evolução por que passa, dentro das leis divinas:

> Não nos propomos analisar aqui as personalidades psicopáticas do ponto de vista da Psiquiatria, nem focalizar as chamadas psicoses de involução, ou as demências senis, claramente necessitadas de orientação médica; recordaremos, contudo, que na retaguarda dos desequilíbrios mentais, sejam da ideação ou da afetividade, da atenção ou da memória, tanto quanto por trás de enfermidades psíquicas clássicas, como, por exemplo, as esquizofrenias e as parafrenias, as oligofrenias e a paranóia, as psicoses e neuroses de multifária expressão, permanecem as perturbações da individualidade transviada do caminho que as Leis Divinas lhe assinalam à evolução moral. Enquanto se lhe mantém a internação no instrumento físico transitório, até certo ponto ela consegue ocultar no esconderijo da carne os resultados das paixões e abusos, extravagâncias e viciações a que se dedica (Xavier, 1959, p.170).

Nessa visão transcendental da reencarnação, recebida da cosmovisão espírita e descrita pela psicografia de Xavier (1959), o modelo de alienação mental (desde Allan Kardec e Bezerra de Menezes) é reafirmado em dois sentidos por André Luis. Primeiro

reatualiza o conceito de alienação e a nosologia clássica das patologias mentais incluindo as atuais classificações utilizadas pela Psiquiatria. Segundo, destaca a importância do exercício da mediunidade pelo Espiritismo e o uso dos médiuns nos tratamentos e curas espirituais, incluindo os casos de obsessão, mesmo nos casos clínicos crônicos-degenerativos.

É nessas circunstâncias que André Luiz fortalece os argumentos do tratamento moral espírita sobre os casos de loucura e mediunidade e reorienta o leitor para a forma de tratamento médico-espírita, partindo dos casos de obsessão tratados em hospitais psiquiátricos identificados por casos de loucura:

> (...) tais enfermos da alma, muitas vezes submetidos, sem resultado satisfatório, à insulina e à convulsoterapia, quando recomendados ao auxílio dos templos espíritas, poderão ser tidos com médiuns? Sem dúvida, são médiuns doentes, afinizados com os fulcros de sentimento desequilibrado de onde ressurgiram para novo aprendizado entre os homens. Por certa quota de tempo, são intérpretes de forças degradadas, às quais é preciso opor a intervenção moral necessária, do mesmo modo que se prescreve medicação aos enfermos (Xavier, 1959, p. 173).

Muitas outras passagens, na obra de Xavier (1959), demonstram as novas disposições arranjadas na estrutura da crença médico-espírita, segundo as quais as proposições de fé na existência de espíritos podem ser cruzadas com informações do campo da ciência, especialmente aquelas afirmações inclusas no conjunto de crenças racionalmente aceitas no Espiritismo e que não exigem investigações ulteriores. Eis ai, nos escritos de André Luiz, o interesse em provar a existência do perispírito e em provar a existência do fluido universal como elementos regentes do macro e microcosmos espíritas.

Vê-se que a psicografia de Xavier (1959), escrita pelo espírito de André Luiz, emprega vigorosamente uma estrutura simbólica que serve de alicerce, ora aos profissionais da saúde de inclinações às crenças espíritas que se guiam pela compreensão da natureza do espírito incluso na Natureza, ora aos médiuns para aumentar o capital simbólico proveniente do mundo da ciência. Em ambos

os casos, o médico desencarnado André Luiz orienta os escritos psicografados ao estatuto cientificista do Espiritismo.

6.2. A organização corporativa de médicos espíritas e a produção literária recente

É desse cientificismo que surge na década de 1970 em São Paulo uma associação de médicos declaradamente espíritas, cujo objetivo de organizar e instituir o espaço médico-espírita, primordialmente encampa e amplia os estabelecimentos hospitalares psiquiátricos já existentes no Estado de São Paulo desde os anos 50. O grupo de médicos, com convicções doutrinárias da obra de Allan Kardec e os demais autores que se vem expondo, declaram a pretensão de representar o movimento médico-espírita atual em relação à classe médica ou representar em geral os profissionais da saúde de convicções espíritas. Em seu estatuto, propõe as seguintes finalidades:

> 1) O estudo da Doutrina Espírita codificada por Allan Kardec e de sua fenomenologia, tendo em vista as suas relações, integração e aplicação nos campos da filosofia, da religião e das ciências, em particular da medicina, procurando fundamentá-las através de estudos, idealização e realização de experiência e investigações nesse sentido; 2) Organização de instituições hospitalares, educacionais e tantos serviços quantos se façam necessários para cumprir suas finalidades; 3) Esclarecimentos, difusão e expansão do movimento médico-espírita à classe médica, a outras classes de profissionais liberais e ao meio espírita em geral, incluindo para tal, a publicação do Boletim Médico-Espírita e outras que se fizerem necessárias (Boletim da associação médico-espírita de São Paulo, 1985, p. 5)

O grupo de médicos, praticantes do espiritismo, incorpora os ideais da religião nos mesmos moldes em que os adeptos kardecistas agem como agentes religiosos nos centros espíritas. No entanto, são agentes religiosos, também formados pelas escolas médicas. Incorporam os preceitos da existência de espíritos e declaram a intenção do estudo científico pela via da prática e ciência médicas, pressupondo os valores sociais do Espiritismo atrelados

aos valores cognitivos da medicina:

> Com a finalidade de estudar cientificamente os fenômenos da interferência do plano espiritual sobre o plano material, do espírito sobre a matéria, apreciando, particularmente, a aplicação de processos eficazes de tratamento que a experiência de muitos mostrou serem eficientes, mas que as Escolas de medicina ainda desconhecem, um grupo de médicos espíritas de São Paulo resolveu congregar-se, organizando a Associação Médico Espírita de São Paulo (...) Aceito os princípio básicos da existência do espírito, sua evolução através de reencarnações sucessivas e da lei de causas e efeitos, deverá surgir na medicina Moderna, um horizonte novo para a interpretação dos fatos clínicos, da etiologia e evolução das doenças, facultando a aplicação de novos meios terapêuticos (...) É realmente estranho que durante tão longo tempo não se tenha introduzido, no sentido oficial de europeia os recursos valiosos que a Doutrina Cristã nos oferece para o tratamento de estados mórbidos que afetam a humanidade (...) Segundo a Organização Mundial de Saúde – "Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social". A esse estado chegar-se-á quando se souber viver em 'Espírito e verdade', a Doutrina Cristã. Estando o Cristianismo diretamente ligado aos problemas do espírito e da vivência social, com base na imortalidade do espírito e da vivência social, com base na imortalidade e no amor que Jesus se nos apresenta como médico dos médicos, equilibrando harmonicamente a vivência do espírito, do corpo e da sociedade ao mesmo tempo. Parece-nos, pois, chegado o momento de suas lições merecerem a acolhida da classe médica (Boletim da associação médico-espírita de São Paulo, 1985, "Introdução").

É nesse sentido ambivalente que os médicos espíritas brasileiros justificam alcançar um estatuto de cientificidade desde a produção literária, cujos argumentos e proposições vem conjugadas em dois campos de atuação: do campo da ciência informam ao leitor as novidades científicas, descrevendo as recentes descobertas da europeia; do campo religioso atualizam o leitor com preceitos básicos da doutrina espírita, baseados na crença da existência dos espíritos.

A partir dessas duas posições ambivalentes (médica e religiosa), os médicos espíritas apresentam o Espiritismo em síntese

científica, ou seja, apresentam as condições de possibilidades de uma ciência espírita transformar-se, com todo rigor, em um projeto político médico-espírita. Nesse sentido, as condições dispostas a reproduzir estruturalmente o projeto intelectual de Bezerra de Menezes são confirmadas pelo conjunto de teorias ditadas pelo espírito de André Luiz, principalmente aquela de instituir a prática terapêutica espírita em espaços médicos no Brasil.

Um episódio sintetiza a ambivalência dos médicos praticantes do Espiritismo no interior da Associação Médico-Espírita, dentro do processo de legitimação social do espaço híbrido, médico e espírita:

> Médicos da Associação Médico-Espírita de São Paulo, presentes à exibição realizada na sede da Federação Espírita do Estado de São Paulo na noite de 1° de abril de 1983, em que o Dr. Edson Cavalcanti de Queiroz pretendia demonstrar sua mediunidade cirúrgica, só puderam observar pseudo-cirurgias 'espirituais', pseudo hemostasias 'espirituais' e dores violentas manifestadas pelos pacientes. Desde então vem a Associação coletando dados sobre aqueles e outros pacientes de vários pontos do Brasil e chamando a atenção para essa prática charlatanesca que está pondo em perigo os doentes e desmoralizando o movimento espírita do país. (...) (Boletim da associação médico-espírita de São Paulo, 1985, p. 10).

Nesse episódio, o charlatanismo é identificado ao realizar operações no perispírito, sendo que o perispírito é o ponto de referência do espiritismo científico. Nessa lógica, ao mesmo tempo que autentica a distinção entre a atividade médica e o charlatanismo, também há interesse de reconhecer a legitimidade do exercício mediúnico (não propriamente de cirurgias perispirituais) junto à classe médica e à religião espírita, através do esclarecimento de que a prática médica não se confunde com a prática mediúnica, quando não há prejuízo aos pacientes:

> É nossa obrigação, como médicos e como espíritas. Infelizmente, da imprensa espírita, com poucas exceções, só temos recebido insultos misturados com difamação e desinformação. De alguns confrades espíritas anônimos mais exaltados, até mesmo ameaças de assassinato de nossos diretores e de sequestro de nossos filhos. A desin-

> formação foi e continua intensa. Desinformaram, Por exemplo: 1) Quando nos acusaram de instigar o Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco contra o Dr. Edson. Na realidade, o processo contra ele iniciou-se em 1981, dois anos antes da declaração da AME-SP, e baseou-se em denúncia, ainda mais antiga, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará; 2) quando anunciaram a "absolvição" do Dr. Edson pelo Conselho Federal de Medicina. Na realidade esse Conselho apenas fez retornar o processo à fonte para 'denúncia formal' de fatos graves, inclusive 'responsabilidade pela morte de paciente', conforme o Conselho fez publicar 'tendo em vista a divulgação de notícias tendenciosas e parciais'; 3) quando nos acusaram de denúncia do Dr. Edson ao Departamento Estadual de Polícia do Consumidor (DECON) em São Paulo. Na realidade, fomos intimados a depor em volumoso processo já existente no Departamento contra esse médico (Boletim da associação médico-espírita de São Paulo, 1985, p. 10-11).

Há características ambivalentes do médico-espírita quando representam distinções tanto no campo religioso quanto no campo médico. As atividades charlatanescas em geral que utilizam especificamente dos princípios espíritas devem ser punidas:

> Enquanto alguns órgãos da imprensa espírita continuarem desinformando e contribuindo para a morte de pacientes com cardiopatias graves ou com câncer, que se julgam 'curados', sem a mínima comprovação médica, por simples cortes e agulhada na pele – as absurdas 'operações no perispírito' – a AME-SP continuará alertando esses pacientes e o público em geral para o perigo que correm e para a necessidade urgente de terapia correta (Boletim da associação médico-espírita de São Paulo, 1985, p. 11).

A dupla distinção social, de médico e de espírita, ganha força na solicitação discursiva de reconhecimento das atividades médicas dentro de um rigor moral, ético e jurídico, quando utiliza o recurso das Associações Médicas em defesa do público consumidor dos serviços médicos e espíritas:

> Enquanto noticiário desse tipo continuar ocorrendo, a Associação Médico-Espírita de São Paulo, cônscia de sua responsabilidade,

> continuará tentando proteger a saúde pública contra os perigos do charlatanismo e defender o espiritismo do ridículo em que a credulidade fanática o está afundando (Boletim da associação médico-espírita de São Paulo, 1985, p. 12).

Entretanto, o debate da medicina espírita com os Conselhos de Medicina não expressa apenas a sua ambivalência enquanto médicos e espíritas, mas as lutas no campo de relações de poder, travados entre a hegemonia da medicina com aqueles saberes e práticas terapêuticas que não se encontram sob o seu domínio e reconhecimento da medicina.

Sobressaem alguns modelos explicativos produzidos por médicos praticantes do Espiritismo, que partem do modelo de ciência espírita kardequiana, acrescentado ao modelo terapêutico de Bezerra de Menezes.

O artigo de Facure (1999) mostra claramente uma síntese do olhar médico-espírita. O autor, médico e cientista, vem a público como religioso declarar sobre sua produção intelectual. Aceita as bases da doutrina kardecista e endossa os conceitos escritos pelas mãos de Xavier (1944, 1945, 1946, 1958), especialmente pelo espírito de André Luiz, e dá continuidade, publicamente, à discussão com argumentos das descobertas científicas para fundamentar a existência dos espíritos e propõe as cirurgias espirituais como modelo em construção para a terapia espiritual não dissociada do espiritismo kardecista.

Descreve os conhecimentos da atividade cerebral, atualmente aceitos como valores cognitivos na Neurologia, seja por seus aspectos morfológicos macroscópicos, microscópicos ou funcionais, seja por seus aspectos mentais. Para o autor existe uma interação cérebro-mente, dado que para ele o conceito mente pode estar identificado ao conceito de espírito, distinto, no entanto, do corpo espiritual, que pode ser definido pelo uso histórico de designações nas demais religiões espiritualistas, que admitem a imortalidade e individualidade da alma:

> A existência de um organismo sutil, corporificado numa outra dimensão ou em outro padrão vibratório, tem sido aceito e registrado na cultura religiosa de quase todos os povos. Este Corpo Espiritual fixa uma imagem física para a alma e assegura a proposta da imor-

> talidade do homem. A nomenclatura registra este organismo com nomes variados: corpo sideral, corpo espiritual, corpo etéreo, corpo astral, corpo bioplasmático, psicossoma, etc. Frequentemente a expressão mente, como sinônimo de espírito, se confunde com a definição de Corpo Espiritual, o que não é correto. Nossa compreensão e linguagem ainda são inadequados para definir o espírito. A mente corporifica, por suas energias, o Corpo Mental e este veste o Corpo Espiritual e o Corpo Físico como veículos que permitem o espírito transitar os progressivos lances do processo universal e infinito da evolução de todos os seres (Facure, 1999, p. 60).

Esse raciocínio aprofunda a teoria médico-espírita sobre as funções da glândula pineal. O autor mostra os valores atribuídos pela ciência à função endócrina da referida glândula no corpo humano adicionando os valores revelados pela psicografia de André Luiz (Xavier, 1959), representando empiricamente a glândula espiritual. Nessa condição de associar informações entre as revelações espirituais de André Luiz e a Neurologia contemporânea, o autor constrói uma versão híbrida ao estruturar uma fisiologia cérebro-mente, associada à existência do espírito:

> Do ponto de vista espiritual a glândula pineal exerce papel semelhante ao tálamo, recebendo, selecionando e difundindo a mensagem. A atividade endócrina da pineal é extremamente sensível à ação da intensidade luminosa seguindo um ritmo circadiano onde usa maior produtividade se processa durante o período noturno. Durante a recepção de vibrações mentais e de mensagens espirituais, a glândula pineal no Corpo Espiritual é a fonte geradora de intensa radiação luminosa, funcionando como tálamo espiritual. Ela atua como porta de entrada ou fonte de ligação até o córtex cerebral, podendo a informação se tornar consciente ou manter-se no inconsciente (...) as vibrações mentais que do plano espiritual atingem a pineal para se difundir ao cérebro, atingindo um nível consciente ou não, são também muito sensíveis a uma irradiação forte de luz, que lhe dificultam a recepção e transmissão (Facure, 1999, p. 61).

Sem associar os conceitos espíritas de mediunidade e perispírito (provenientes da do Espiritismo tradicional), o autor apresenta

a necessidade de aceitação do espírito e desloca o problema para as projeções mentais, geralmente um tema impregnado de valores não científicos. Pressupondo as revoluções científicas da física quântica, conclui sobre seu modelo explicativo, tendo por base as partículas denominadas "mindtrons", antevendo o futuro do campo científico diante da crença de viagens astrais dos espíritos:

> O pensamento humano é um produto sofisticado da Força da Mente e, portanto carregado de energia que se transmite com a luz, por movimento ondulatório e por partículas chamadas mindtrons, tendo tanto quanto luz, capacidade de se coagular, tornando-se visível e palpável. Tão logo os segredos da anti-matéria começarem a se desvendarem, compreenderemos melhor a natureza física do nosso pensamento. A aceitação religiosa da existência do espírito multimilenar, mas hoje a ciência, através de estudos da física quântica, nos leva a admitir a existência da mente humana como algo palpável que tem pelo menos a imposição teórica de existir na prática. A existência do espírito, positivada pelos estudos religiosos e científicos, trará uma série de consequências que deverão reformular a sociedade do terceiro milênio (...) Em 50 anos, um número considerável de pessoas farão Projeções com finalidades programadas com antecedência (espionagem, visitas fraternas, diagnóstico médico, etc.). Em 100 anos, as Projeções serão comuns e os homens estarão em contato permanente com as colônias extra-físicas vizinhas à Terra. Em 200 anos, as Projeções permitirão ao homem contato com seres extraterrestres na Terra ou em outros mundos. Em 1000 anos, as Projeções Mentais nos permitirão fazer viagens intergaláxicas" (Facure, 1999, p.62-63).

Em mesmo teor, em relação à medicina terrestre, o autor aposta na reformulação da sociedade médica incluindo a crença de que no futuro as cirurgias espirituais estarão inclusas nos protocolos de hospitais gerais, sobretudo quando o tema sobre a cura das doenças diz respeito ao problema das lesões físicas. No entanto, acentuando a possibilidade de diagnóstico físico pelo estudo das reencarnações dos pacientes, não especificamente incluindo a discussão organicista das doenças mentais por lesões cerebrais, aposta na perspectiva de valores híbridos para o futuro da medi-

cina espírita:

> (...) em 50 aos, os hospitais aceitarão como rotina, a prática de terapias espirituais, inclusive cirurgias (espirituais). Os médicos compreenderão a necessidade de diagnóstico das lesões no Corpo Espiritual. Em 100 anos todo processo de cura terá por base a análise profunda das causas cármicas, estudando-se as reencarnações dos pacientes. O exame da aura e do Corpo Espiritual, permitirão diagnóstico antes de se manifestarem as lesões físicas (Facure, 1999, p.63).

Com a mesma abordagem e conhecimentos híbridos, Nobre (2000), médica espírita, relaciona a glândula pineal à mediunidade e às recentes descobertas na ciência sobre o órgão no corpo humano. Associa o órgão à imagem do progresso científico, agregando às condições sociais de aceitação da existência do perispírito no campo da ciência para o próximo milênio:

> Nesse capítulo citamos importantes pesquisadores que detectaram a ação da melatonina sobre a hipófise e o hipotálamo, estrutura nobre considerada até o presente, como responsável pelo sistema endócrino (...) Na verdade, a pesquisa médica vai evoluir muito mais no próximo milênio, não se pode esquecer que o perispírito ainda é um ilustre desconhecido e sua simples descoberta por parte da ciência oficial, com possibilidade de investigação em laboratório contribuirá para a mudança definitiva do enfoque materialista mecanicista em que está lastreada (...) (Nobre, 2000, p. 232).

Diferentemente de Facure (1999), Nobre (2000) assume completamente os valores espíritas e promulga-os, animada pelo método segundo o qual o progresso científico assim conceberá, nesta hipótese cientificista: há uma função fisiológica da glândula pineal que poderá suceder-se na formação do feto humano, caracterizando assim mais fielmente a versão cérebro-mente de André Luiz:

> Aliás, só se conhecerá o potencial integral da pineal com as pesquisas concomitantes do psicossoma. A verdadeira usina de luz em que ela

> se transforma, durante o fenômeno mediúnico, segundo descrição de André Luiz, só poderá ser detectada por lentes que alcancem a quarta dimensão (...) Nos primórdios do desenvolvimento embrionário, o córtex formado pela migração de neuroblastos de forma radiada que saem das regiões epitalâmicas e vão ocupar áreas nas zonas onde se instalará o córtex. Para que isso aconteça, é preciso que o corpo físico receba estímulos físicos e químicos específicos. Acreditamos que a pineal 'o único sensório capaz de captar esses estímulos (...) com esses estímulos e os gerados pelo Espírito reencarnante, via perispírito, ela é capaz de promover a correta migração dos neuroblastos para a formação do córtex, é responsável portanto pela indução da formação das zonas interpretativas conscientes do cérebro, as áreas mais importantes da mente. Mais uma justa razão para denominá-la glândula da vida mental (Nobre, 2000, p.232-34).

As teorias dos médicos espíritas, embora não publicadas em revistas científicas, são argumentos convalidados entre os praticantes do Espiritismo e tendem a uma interpretação de viés religioso, transmitindo ao leitor a prevalência dos valores da crença espírita sobre os valores científicos, dentro da especialidade que lhes compete. Por isso, tais propostas, de fundo cientificista, foram classificadas na teorização da terapêutica espírita, não propriamente à prática médica-espírita. Estão interessados os autores em apresentar concepções nas disputas teóricas em voga no campo da ciência, concepções espíritas sobre enfermidades, diagnóstico e tratamento não especialmente fundando a prática médico-espírita, embora tenha esse por objetivo de fundo. Na verdade, como descrito o curandeirismo no *habitus* no campo da saúde, há uma tentativa de fundamentar o Espiritismo por atividade científica, em que os autores abrem mão de uma interpretação realista da ciência por onde poderia focar o tratamento médico-espírita nos espaços médicos.

Verifica-se em Andréa (1992), médico estudioso do Espiritismo, uma acentuada preocupação a um novo modelo de ciência espírita. O autor lança em questão um modo particular de interpretar a realidade espírita, utilizando o conceito de energia e vibração no interior do discurso religioso. Mantém a dualidade corpo-espírito, a mediação do perispírito, aceita a existência de espíritos

e sua influência no psiquismo, explica as obsessões como doenças espirituais, contudo introduz, do campo científico, os conceitos de consciência e inconsciência, próprios da Psicologia e na Psicanálise. O autor recobra esses conceitos para fundamentar a base de um novo esquema sobre os problemas do espiritismo científico: da revolução científica da Física (o éter e o fluido universal, que na história do espiritismo certificou o perispírito, a loucura, a mediunidade, o perispírito e a reencarnação), será possível ampliar o quadro de compreensão psíquica quando inclui-se, topograficamente, a dimensão espiritual através de

> campos energéticos a refletirem dimensões diversas em entrelaçamento, apesar de guardarem suas respectivas potencialidades. Assim, podemos figurar uma circunferência com outros tantos círculos internos, como que limitando zonas. No centro da circunferência estaria a região mais quintessenciada, mais purificada, e na periferia as regiões mais densificadas, praticamente acoladas à zona física ou material. Desse modo os campos de energias espirituais, pelas suas variações, mostram uma sucessão de dimensões, onde as mais categorizadas se encontram no próprio centro ou bem próximo do mesmo, e as demais, representando campos mais densificados, a se localizarem na periferia. Se ajuntarmos todos esses campos, numa tentativa de mostrá-los topograficamente, podemos nomeá-los, do centro do Espírito até à organização física do ser, do seguinte modo: 1) inconsciente puro; 2) inconsciente passado; 3) inconsciente atual; 4) corpo mental; 5) perispírito; 6) duplo etérico; 7) corpo físico. (...) as zonas energéticas, por serem campos vibratórios, estariam muito além do tempo e do espaço (campos dimensionais); porém, a fim de tentarmos situar essas emissões de energias é que nos valemos do esquema. Os espaços na apresentação esquemática não traduzem a importância da zona ou campo, mas no centro estaria o ponto máximo do psiquismo e no último círculo, o da periferia ou zona física, a zona mais limitada, psicologicamente falando (Andréa, 1992, p.44-5).

Com relação à aplicação desse esquema, o autor abre o livro com um capítulo específico para as reflexões das doenças mentais. Fornece um modelo nosológico espírita caracterizado pela patologia das obsessões uma vez que "os hospitais psiquiátricos espíritas,

em suas estatísticas, têm mostrado, de modo incontestável, o valor das associações da terapêutica usual com as terapias alternativas" (Andréa, 1992, p. 115). Mas, terapia alternativa para o autor significa um processo dentro do qual é possível fazer concretamente os diagnósticos médicos e ao mesmo tempo os diagnósticos espíritas, pressupondo "as posições imprecisas de indermacáveis fronteiras pela interpenetração sintomática" (Andréa, 1992, p. 101).

De acordo com o esquema metodológico de Menezes (1988), para Andréa (1992) diagnosticar e tratar as distonias mentais, na prática psiquiátrica, deve-se considerar a precisão dos sintomas, que podem ser encontrados entre três grupos básicos de distonia mental: as neuroses, psicoses e personalidades psicopáticas, todas podendo estar associadas a obsessões. E também as obsessões apresentam-se em sintomas oscilantes:

> (...) nem sempre bem definidos (os sintomas), mostram-se com inclinações ora para as neuroses, ora para as personalidades psicopáticas; mesmo assim, em ambos os grupos, as inserções de características psicóticas estão quase sempre presentes. De tudo isso, deduz-se que diante da complexidade do quadro obsessivo e do desconhecimento das realidades espirituais, muitos analisadores da área em questão preferem enquadrá-lo nos conhecidos e já clássicos grupos da patologia mental. Cremos que esse procedimento é um erro e representará atraso científico. Os fatos existem, mostram-se, e devem ser pesquisados, analisados estudados. Em nossas cinco décadas de observações sobre enfoque científicos na Doutrina Espírita, anotamos que a sintomatologia obsessiva desfila, de modo preponderante e bem mais comum, nos conhecidos grupos das histerias e das epilepsias, em imensas variações revestidas dos coloridos das personalidades psicopáticas e das inserções psicóticas (Andréa, 1992, p. 115).

Se a obra de Allan Kardec forneceu a estrutura básica para a reprodução da crença religiosa na reencarnação e na existência positiva do espírito e sua possibilidade de comunicação no ambiente espiritual, no Brasil o legado cientificista do espiritismo se concretizou no campo da saúde com a proposta da medicina espírita. Como se viu exposto, a proposta de psiquiatria espiritualizada transformou-se na base geratriz da ação da medicina espírita com os seguintes

pressupostos: crença na reencarnação, na existência positiva do espírito às terapias espirituais, coligadas às doenças espirituais, identificadas à mediunidade, à loucura e à deficiência mental.

Pode-se afirmar que, desde o tempo de Kardec estendido aos dias de hoje com os médicos espíritas brasileiros, os valores agregados, na cosmovisão espírita apontam a terapia espiritual como principal bem sagrado atuante no campo da saúde. Propõe-se em seguida verificar como se estruturaram as bases epistemológicas da produção e distribuição da espiritualidade no Espiritismo nos hospitais psiquiátricos espíritas.

Parte 3

Etnografia do espaço terapêutico híbrido

Diante das circunstâncias jurídicas do curandeirismo no Brasil, as terapias espirituais preconizadas pela religião espírita parecem ganhar legitimidade quando praticadas ao consagrado assistencialismo religioso e caritativo nos centros espíritas (Giumbelli, 2000). Inicialmente ordenada por missionários da religião, que fundaram as primeiras organizações psiquiátricas nos anos de 1930-1940, sem vinculação ao campo da saúde, essas instituições filantrópicas seguiram as diretrizes da cosmovisão espírita de fonte francesa kardecista, cuja finalidade primeira de assistência religiosa permitia assistir a vida de deficientes e doentes mentais em geral. Posteriormente, em circunstâncias políticas e religiosas diversas (Lewgoy, 2000), ampliou-se a cosmovisão religiosa do Espiritismo no Brasil que, somado à psicografia de André Luiz e aos escritos dos médicos espíritas, uma nova configuração missionária estruturou-se atuante no campo da saúde, momento em que se fundaram, nas décadas de 1950-1960, hospitais psiquiátricos espíritas. Como se verificou acima na cosmovisão espírita, as terapias espirituais são valorizadas como bens sagrados no campo da saúde, no entanto, frente ao curandeirismo, as terapias espirituais aplicadas fora do espaço religioso tornaram-se um tabu.

O presente trabalho antropológico pretende, pelo método etnográfico, descrever e discutir esta singularidade, pertencente ao *habitus* no campo da saúde brasileiro, denotando as características próprias das terapias espirituais quando exercidas no interior

de hospitais psiquiátricos espíritas. A escolha de apenas uma instituição para observação etnográfica auxiliou no trabalho de observação e descrição dos meandros dessa complexidade.

Acolheu-se inicialmente da cosmovisão espírita os valores religiosos da crença na ideia de reencarnação e na existência nos espíritos. Para uma primeira aproximação e convivência com os agentes no interior da instituição, pressupondo-se a existência de interações conflitantes entre os agentes religiosos e os agentes da saúde e suas respectivas cosmovisões divergentes, tanto em relação à religiosidade quanto à espiritualidade, ficou mantida a referência da prática médica (e da assistência médica aos internos da instituição) para entendimento da organização heteróclita e compreensão do fluxo de elementos simbólicos no campo da saúde.

Capítulo 7

Agentes e práticas terapêuticas no espaço hospitalar

Visões de mundo diferenciadas conflitam e concorrem direta ou indiretamente para a assistência integral à saúde dos pacientes de uma instituição de saúde. Esse pressuposto aparece na base concreta da vida no hospital psiquiátrico estudado. Com as observações sistemáticas no cotidiano do hospital e com os depoimentos dos agentes (elencados abaixo) um conjunto de informações proporcionou a presente descrição etnográfica, desenvolvida em seguida de modo denso.

a) AGE: agente religioso espírita é o praticante do espiritismo que atua como voluntário dentro da instituição;

b) AGEM: agente religioso espírita é o praticante do espiritismo que atua como médium voluntário dentro da instituição;

c) AGEDir: agente religioso dirigente é o praticante espírita que ocupa cargo voluntário na direção administrativa da instituição;

d) AGEHib: agente religioso híbrido é o praticante espírita que ocupa cargo de direção administrativa sobre a área médica e clínica da instituição de modo voluntário ou assalariado;

e) APS: agente profissional da saúde que atua dentro da instituição;

f) APSHibr: agente da saúde híbrido é o profissional da saúde que ocupa cargo contratado de direção na área médica ou clínica da instituição e que é praticante do espiritismo.

> Acolher a criança na sua fragilidade e na grandeza da sua esperança é, por certo, o gesto mais dignificante de uma pessoa. Hoje, essa entidade, é uma instituição adulta, que comemora seus 50 anos dedicados àqueles que mais necessitam de nosso amor e fraternidade. É com muito orgulho que parabenizo esta Instituição, cuja importância é reconhecida nacionalmente e o exemplo deveria ser seguido (Comentários do Secretário da Saúde do Estado de São Paulo na comemoração dos 50 anos de fundação da instituição estudada. Edição Comemorativa da instituição).

Descrevamos o espaço terapêutico do hospital. Desde os anos 60 até meados dos anos 1970, em um terreno de aproximadamente 70 mil metros quadrados, foi construído um complexo hospitalar para abrigar muitos pacientes. O hospital é composto de vários prédios, contendo cada um diversos compartimentos para cuidar de pacientes que vivem em regime fechado na forma asilar: dormitórios coletivos, banheiros, copas, salas diversas (como recepção, terapia, raio-x, salão para educação física), enfermarias, além de uma enfermaria central, num dos prédios, apropriada para UTI (unidade de terapia intensiva). Também os prédios da administração – que incluem manutenção, gráfica, lavanderia, serviço de nutrição e dietética, refeitório – agregam departamentos diversos: biblioteca, atendimento médico-odontológico, berçário, serviço social, farmácia, ambulatório médico, pessoal, recrutamento, seleção e treinamento, necrotério, contabilidade, comunicações, informática, anfiteatro e creche. A estrutura organizacional compreende um departamento para atividades administrativo-financeiras, outro para captação de recursos e divisão de recursos humanos.

Nas palavras de uma das fundadoras da instituição, que menciona a orientação espiritual na construção do hospital filantrópico de assistência aos portadores de deficiências múltiplas, vemos a valorização dos valores religiosos transformados em filantropia:

> *No início tínhamos assistência social para os pobres. Depois fomos orientados pelo plano espiritual para comprar um terreno e construir um abrigo para crianças. Não sabíamos para que tipo de crianças.*

> *Pensávamos que eram crianças órfãs, abandonadas. Quando o prédio ficou pronto, que ficamos na expectativa durante os seis anos da construção, foi fundada depois de visitarmos uma instituição parecida com a Febem. Começamos com poucas crianças, porém adultos com deficiência física além da deficiência mental, que já eram apropriadas para o prédio construído. Em 1964, mais ou menos, inaugura-se o primeiro edifício. Anos depois mais três edifícios* (Depoimento AGEDir).

Dentro dessa estrutura física, trabalham para manter os cuidados dos pacientes internos funcionários contratados para a área clínica e atividades interdisciplinares: profissionais da saúde exercem seus ofícios como diaristas (36 horas), plantonistas (12 por 36 horas) e especialistas (12 por 36 horas). As atividades biomédicas estão divididas em área de atuação médica (área clínica) e áreas das atividades interdisciplinares. Além disso, há um setor para ensino e pesquisa, outro para serviço de arquivo médico e estatístico e ainda um ambulatório (que atende crianças que retornam diariamente para seus lares). Todos esses departamentos são apoiados com os serviços de captação de recursos financeiros (SUS, doações espontâneas, sócio-contribuintes, grandes bazares, "apadrinhamento") e trabalho voluntário.

As atividades biomédicas da área clínica estão compostas por atividades da área médica, enfermagem, nutrição e dietética, odontologia e saúde ocupacional. A área de atividades interdisciplinares é composta de um departamento exclusivo para seu funcionamento, que agrega as atividades de educação física, fonoaudiologia, fisioterapia, pedagogia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, todas com pelo menos um profissional universitário responsável pelo setor. O objetivo principal da instituição é o seguinte:

> Os assistidos contam com um atendimento especializado nas diversas áreas que compõem a equipe multiprofissional do Departamento de Atividades Interdisciplinar. O atendimento com qualidade ao portador de necessidades especiais, visando seu desenvolvimento global: biopsicosocial e espiritual. O DAI investe na interdisciplinaridade, para resgatar todo o potencial da pessoa portadora de deficiência, através do trabalho que desenvolve. Os profissionais

> acreditam em resultados efetivos, que promovam maior independência possível, atuando em programas de reabilitação, estimulação e qualidade de vida. Para tanto, faz-se necessário destacar o trabalho voltado às equipes de apoio das unidades, com propostas de orientação e sensibilização aos profissionais que atuam diretamente junto aos assistidos (Dados retirados do site da instituição).

Interessante observar nos objetivos da instituição hospitalar os aspectos espirituais para o desenvolvimento global das pessoas com necessidades especiais: "bio-psico-social-espiritual", designa que a clientela tem necessidades também espirituais. Incapazes de exercerem cuidados próprios, em torno de 80% dos internos tem deficiências múltiplas, e necessitam de total cuidado às necessidades básicas.

Vale a pena destacar os critérios da equipe para a seleção dos internos, avaliada por uma comissão de médicos que trabalham na instituição. Embora não se inclua os aspectos espirituais, o médico homeopata, chefe da comissão julgadora, julga que

> Sempre que possível, o diagnóstico deve ser feito por uma equipe multiprofissional, pois desta forma, é possível avaliar o indivíduo em sua totalidade, analisando os aspectos sócio-culturais, biológicos e psicológicos envolvidos em sua deficiência. O diagnóstico é feito por intermédio de três critérios: Critério A: funcionamento intelectual – é definido pelo quociente de inteligência (QI ou equivalente) obtido mediante avaliação com um ou mais testes de inteligência padronizados, de administração individual (por. Ex., Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças – Revisada, Stanford-Binet, Bateria Kaufman de Avaliação para Crianças). Um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média é definido com um QI de cerca de 70 ou menos (aproximadamente 2 desvios-padrão abaixo da média). Na avaliação de funcionamento intelectual, deve-se considerar a adequação do instrumento à bagagem sócio-cultural, educacional, deficiências associativas, motivação e cooperação do indivíduo; Critério B: Limitações significativas no funcionamento adaptativo – deve-se observar limitações em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência,

habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Em geral é útil obter evidências dos déficites no funcionamento adaptativo a partir de uma ou mais fontes independentes confiáveis (por ex., avaliação do professor e história médica, educacional e evolutiva). Diversas escalas foram criadas para medir o funcionamento ou comportamento adaptativo, o qual, em geral oferecem um escore clínico abreviado, mas os escores para certos domínios específicos podem variar consideravelmente, em termos de confiabilidade. A presença de deficiências significativas invalida muitas normas da escala adaptativa; Critério C: O início deve ocorrer antes dos 18 anos de idade. Quanto à classificação, a Organização Mundial de Saúde – CID 10 possui uma classificação, desde 1976, por critério somente quantitativo. Os níveis são os seguintes: Retardo Mental Leve (F70.9): nível de QI de 50-55 a aproximadamente 70. É o maior segmento, cerca de 85% dos indivíduos com os transtornos. Têm idade mental correspondente de 7 a 12 anos. Ao final da adolescência, podem atingir habilidades acadêmicas equivalentes aproximadamente à sexta série escolar. Com apoios apropriados, podem viver sem problemas na comunidade, de modo independente ou em contextos supervisionados; Retardo Mental Moderado (F71.9): nível de QI de 35-40 a 50-55. Ocorrem em cerca de 10% da totalidade de indivíduos com deficiência mental. Têm idade mental correspondente de 2 a 7 anos. A maioria deles adquire habilidades de comunicação durante os primeiros anos da infância e beneficiam-se de treinamento profissional, podendo cuidar de si mesmos com supervisão; Retardo Mental Severo (F72.9): nível de QI de 20-25 a 35-40. Ocorrem em cerca de 3 a 4 % do total de indivíduos com deficiência mental. Têm idade mental correspondente de 0 a 2 anos. Podem aprender a falar e ser treinados em habilidades elementares de higiene, mas se beneficiam apenas em um grau limitado da instrução em matérias pré-escolares. Na idade adulta, podem ser capazes de executar tarefas simples sob estreita supervisão; Retardo Mental Profundo (F73.9): nível de QI abaixo de 20-25. Ocorrem em aproximadamente 1-2% dos casos. Idade mental correspondente de 0 a 2 anos. A maioria destes tem uma condição neurológica identificada como responsável por sua deficiência mental. Durante os primeiros anos da infância, apresentam prejuízos consideráveis no funcionamento sensório-motor. O desenvolvimento motor e as habilidades de higiene e comunicação podem melhorar com treinamento apropriado; Retardo Mental com

Gravidade Inespecificada (F79.9): aplica-se quando existe uma forte suposição de deficiência mental, mas o indivíduo não pode ser adequadamente testado pelos instrumentos habituais de medição da inteligência. Isto pode ocorrer no caso de pacientes que apresentam demasiado prejuízo ou falta de cooperação para serem testados, ou com bebês, quando existe um julgamento clínico de funcionamento intelectual significativamente abaixo da média. A classificação atual da deficiência metal não aconselha mais que se considere o retardo leve, moderado, severo ou profundo, mas sim, que seja especificado o grau de comprometimento funcional adaptativo. Por funcionamento adaptativo entende-se o modo como a pessoa enfrenta efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que experimenta uma certa independência pessoal compatível com sua faixa etária, bem como o grau de bagagem sócio-cultural do contexto comunitário no qual se insere. Trata-se de uma avaliação qualitativa da pessoa, centralizando-se mais no indivíduo deficiente, independentemente de seu escore de QI, sob o ponto de vista das oportunidades e autonomias. Este sistema reflete o fato que muitos deficientes não apresentam limitações em todas as áreas das habilidades adaptativas, portanto, nem todos precisam de apoio nas áreas que não estão afetadas. Ancorados nestes critérios, existe uma classificação com diferenciação dos tipos baseados na intensidade dos apoios necessários: Intermitente: o apoio se efetua apenas quando necessário. Ele torna-se necessário durante momentos em determinados ciclos da vida, como por exemplo, na perda de emprego ou fase aguda de uma doença. Os apoios intermitentes podem ser de alta ou baixa intensidade; Limitado: Apoios intensivos caracterizados por alguma duração contínua, por tempo limitado, mas não intermitente, como por exemplo, o treinamento do deficiente para o trabalho por tempo limitado ou apoios transitórios durante o período entre a escola, a instituição e a vida adulta; Extenso: é caracterizado pela regularidade, normalmente diária ou pelo menos em alguma área de atuação, tais como vida familiar, social ou profissional. Neste caso não existe uma limitação temporal para o apoio, que normalmente se dá em longo prazo; Generalizado: é o apoio constante e intenso, necessário em diferentes áreas de atividade da vida. Estes apoios generalizados exigem mais pessoal e maior intromissão que os apoios extensivos ou os de tempo limitado. (Dados retirados do site da instituição)

Nas atividades biomédicas da área clínica, o setor que mais apóia a prática médica é o setor de enfermagem clínica, onde trabalha o maior número de funcionários. O grupo compõe-se de enfermeiras universitárias e técnicos profissionais da saúde: enfermeiras líderes de formação de nível universitário organizam o trabalho de auxiliares de enfermagem de formação de nível técnico e dos pajens sem formação escolar técnica. Também essas profissionais chefiam o trabalho de funcionários de limpeza e roupeiras, ambos sem formação técnica-escolar.

A maior assistência profissional prestada à clientela no atendimento hospitalar é fornecida pelas pajens, cujo trabalho contratado é chamado de maternagem. Nem sempre qualificadas por escolas médicas ou de enfermagem, as pajens recebem formação no próprio hospital pela equipe de enfermagem. O trabalho diário das pajens consiste na manutenção dos cuidados básicos, isto é, realizam-se as tarefas básicas direcionadas à higiene, alimentação, controle das funções fisiológicas, estimulação através de folguedos ou ar livre, banhos de sol e exercícios dos pacientes internos. Para a coordenadora da assistência social, o trabalho das pajens é "uma das tarefas mais importantes, num ambiente de fraternidade e carinho, necessários ao assistido nessas condições" (Depoimento APSHib).

O setor de voluntários participa paralelamente do trabalho da maternagem, dentro de um Programa de Voluntariado, que visa

> *dar oportunidade às pessoas que, por motivos pessoais de caráter religioso, cultural, filosófico, político, profissional ou afetivo, buscam solidarizar-se à causa da criança portadora de deficiência múltipla* (Depoimento AGEDir).

Nota-se o cálculo que o setor de voluntariado justifica junto à excelência de serviço para a instituição hospitalar. As ações voluntárias implantadas – além do programa de captação, integração e treinamento de trabalho específico – concentram-se nos departamentos sob o controle da assistência social do hospital, principalmente na enfermagem, maternagem, plantão e setores do departamento de atividades interdisciplinares.

Há disputas implícitas entre os setores de funcionários contratados e o voluntariado. Alguns cálculos de custo-benefício são

levados em conta, justificando a atuação voluntária: "se basearmos a média do funcionário de X por jornada de 9 horas trabalhadas, o voluntário custa à Instituição Y" (Depoimento AGEDir). Em suma, o relato calcula a contrapartida que a instituição economizará: salário anual, obrigações trabalhistas que, multiplicado pelo número total de voluntários, com grande quantidade de ações voluntárias, conclui:

> (...) *embora saibamos que o voluntário não é substituto de mão de obra remunerada, as organizações têm, geralmente, a impressão que seus voluntários não custam nada para ela, o que é errado. Temos que levar em conta o espaço físico, treinamento, capacitação, água, luz etc.* (Depoimento AGEDir).

Nesse complexo hospitalar, a estrutura organizacional conta com conselhos administrativos, responsáveis pelas seguintes atividades:

> O Conselho Deliberativo tem por atribuição resolver os assuntos relativos às finalidades da Instituição, assim sendo, adota entre outras as seguintes medidas: fixa a política da Instituição, determinando as metas de curto, médio e longo prazo, além de programas e projetos específicos a serem desenvolvidos e executados pelos órgãos subordinados e estabelecidos pela Regulamentação complementar. O Conselho Diretor é o órgão administrativo a quem cabe dirigir as atividades da Instituição como representante do Conselho Deliberativo. O Conselho Doutrinário é órgão de cunho doutrinário, a quem cabe coordenar as atividades estabelecidas pelo Conselho Deliberativo, no cumprimento dos Objetivos Espirituais e Assistenciais da Instituição, conforme Regulamento Específico. O Conselho Fiscal é o órgão que tem a responsabilidade de fiscalizar todas as atividades da Instituição, de ordem espiritual e material, inclusive a execução e desenvolvimento dos programas, dando ciência e emitindo parecer à consideração do Conselho Deliberativo (Dados retirados do site da instituição).

Dado os objetivos da instituição "de sociedade civil de caráter religioso e filantrópico, de inspiração cristã de duração ilimitada e

sem finalidade lucrativa" (Dados retirados do site da instituição), todos os membros dos conselhos trabalham voluntariamente, tendo como finalidade principal a "prática da caridade, tanto moral como espiritual e material, através da Assistência Social e Médico-Social, sem discriminação de crença religiosa, raça ou nacionalidade, cor ou sexo" (Dados retirados do site da instituição). Para cumprir esse último objetivo, o Conselho Deliberativo mantém o Conselho Doutrinário, como se disse, um órgão que agrega a administração doutrinária do voluntariado e da assistência social. Ao Conselho Diretor subordina-se a área clínica e todas as unidades do hospital, incluindo o Departamento Médico. Mas, o Departamento Médico se relaciona organicamente com o Conselho Doutrinário via Departamento de Assistência Social. O Conselho Doutrinário organiza as atividades doutrinárias do centro espírita mantenedor e também do Departamento de Assistência Social, cuja função é descrita no tópico seguinte.

Sob essa estrutura físico-organizacional montada com os recursos humanos voltados para os cuidados da assistência social, educação e sustentação material da clientela interna, principalmente a maioria acamada - que necessita de ajuda para manutenção física do corpo com deficiências múltiplas e comprometimentos orgânicos e mentais – o Departamento de Assistência Social se responsabiliza pela estrutura de assistência médica e assistência espiritual. A assistência espiritual se relaciona de modo direto à área clínica.

O grupo de médicos exerce, no espaço institucional, a prática médica alopática: faz diagnósticos e tratamentos médicos específicos, aplica tecnologias, acompanha e registra nos prontuários médicos as evoluções e tratamentos ministrados aos pacientes dos quartos, das enfermarias e UTI:

> A Unidade de Longa Permanência, constituída por 4 prédios, cada um possui quartos com leitos dormitórios e uma enfermaria de atendimento aos assistidos. Quando o paciente requer cuidados mais intensivos é removido para Enfermaria Central que funciona como uma unidade de terapia intensiva. Os exames laboratoriais são feitos através de convênio com laboratórios. Contamos com serviço próprio de radiologia. O corpo médico é composto por médicos, Diretor

> Técnico/Clínico e médicos diaristas responsáveis pelo atendimento linear dos pacientes. Especialistas dão atendimento nas seguintes especialidades: Acupuntura, Anestesiologia, Dermatologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Ginecologia, Homeopatia, Neurologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Urologia. Plantonistas são responsáveis pelo atendimento da Enfermaria Central e das intercorrências na Instituição. Médicos prestam serviço de Ultra-som, Endoscopia Digestiva e Broncoscopia. Há ainda uma Comissão de Ética Médica, uma Comissão de Ética em Pesquisa, uma Comissão Científica, uma Comissão de Prontuário, uma Comissão de Óbito, uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, uma Comissão de Resíduos, uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. Esta estrutura é fundamental para promovermos a saúde de pacientes tanto de forma preventiva como intervencionista necessário (Dados retirados do site da instituição).

Embora não possa oferecer os serviços de um hospital geral, acomodando grandes cirurgias, realizam frequentemente pequenas cirurgias de enfermidades pulmonares. Tais cirurgias estão ligadas ao tipo de insuficiência pulmonar mais corrente na clientela do hospital. Os profissionais de fonoaudiologia têm uma importante participação na manutenção da saúde dos internos sobre os problemas fonoaudiológicos dos pacientes, que estão ligados aos problemas pulmonares. Por isso, o Departamento de Assistência Interdisciplinar investe no setor de atividade fisioterapêutica em dois níveis. Há uma divisão entre fonoaudiologia voltada à clínica e outra voltada à linguagem. A fonoaudiologia clínica é o setor que dá

> atendimentos de terapia fonoaudiológica para os assistidos que apresentam potencial favorável dos órgãos fonoarticulatórios e atendimento intervenção, monitoramento e gerenciamento aos assistidos com quadro de disfagia, ou seja, aqueles que apresentam maiores dificuldades para obtenção e ingestão dos alimentos (...) Os principais programas desenvolvidos por este setor são: 1) Terapia Multifuncional: uso de técnicas específicas aos assistidos que apresentam um potencial favorável dos órgãos fonoarticulatórios, para manutenção da alimentação por via oral. 2) Reabilitação de pacientes usuários de Sonda Nasogástrica ou Sonda Nasoenteral: visa a reintrodução oportuna da alimentação via oral. 3) Supervisão e Avaliação da consistência das dietas alimentares: gerenciamento dos

> assistidos cujo quadro global encontra-se comprometido, necessitando assim de um monitoramento mais abrangente, tais como: orientações referentes ao posicionamento alimentar, controle de volume e velocidade de oferta da dieta, adequação de consistência alimentar e hidratação (Dados retirados do site da instituição).

A fonoaudiologia da área da linguagem tem por objetivo "habilitar e reabilitar os assistidos com alterações na comunidade de modo que estes passem a compreender e a serem compreendidos pelas pessoas que os cercam" (Depoimento AS).

Os programas dessa área estão assim desenvolvidos:

> 1) Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA): prancha de Comunicação Alternativa propicia uma forma de comunicação. 2) Coral: Visa aprimorar a memorização, expressão e articulação. 3) Doce 4) Expressão: Propicia relacionar o concreto com o símbolo (PCS). 5) Terapia de Linguagem: proporciona habilitar e/ou reabilitar a linguagem. 6) Grupo de Expressão: facilita ao máximo a possibilidade da comunicação funcional e promove o espaço para o diálogo (Dados retirados do site da instituição).

Além da área médica e fonoaudiologia clínica, a área clínica está composta pelos setores de enfermagem, nutrição e dietética, odontologia e saúde ocupacional, que se passa a descrever em seguida.

Na área de enfermagem, a instituição oferece treinamento e capacitação de mão de obra especializada

> em enfermagem para o atendimento a portadores de deficiências múltiplas, que, por sua peculiaridade, exige tratamento especializado e diferenciado. Humanidade, carinho, dedicação, abnegação e, acima de tudo, amor ao próximo, são os pré-requisitos necessários para fazer parte de nossas fileiras (Dados retirados do site da instituição).

No serviço de nutrição e dietética o hospital mantém um grupo de três profissionais de nível universitário em Nutrição. Estão assim definidas as tarefas desse setor:

> O Serviço de Nutrição e Dietética oferece assistência dietoterápica à clientela, visando a recuperação e manutenção da saúde, através de orientação e educação nutricional, bem como fornecer alimentação adequada, priorizando o bom atendimento e qualidade das refeições. Atuamos nas áreas de Nutrição Clínica e Administração do Serviço de Nutrição de forma integrada. Nutrição Clínica: tem como principal objetivo o atendimento das necessidades nutricionais do paciente, com adequação da dieta de forma individualizada. Administração do Serviço de Nutrição: tem como principal atividade a administração na produção de refeições de qualidade para o atendimento às necessidades nutricionais de coletividades sadias e enfermas, visando a promoção da saúde (Dados retirados do site da instituição).

As atividades desenvolvidas pelo setor de Nutrição e Dietética devem manter-se adequadas à Portaria n.º 326 do SND. Essa portaria estabelece os requisitos gerais (essenciais) de higiene e de boas práticas de fabricação para alimentos produzidos para o consumo humano. Por outro lado há um esforço para adequar os funcionários à educação continuada, através do treinamento que recebem na admissão e de seu contínuo aperfeiçoamento, além de estimular a manutenção dos padrões de qualidade. Além disso, as preocupações clínicas são da supervisão das atribuições de competência da nutrição relativas às seguintes terapias:

> 1) Nutricional Enteral: avaliação nutricional, prescrição dietética, formulação da Nutrição Enteral (NE), acompanhamento e registro da evolução nutricional do paciente, atender as requisições técnicas de manipulação da NE. 2) Projeto Horta: finalidade de utilizar as qualidades terapêuticas de cada alimento, através da produção local de legumes e folhosos sem agrotóxicos, destinados às dietas dos pacientes. 3) Nutrindo pacientes com dificuldade na deglutição: visa adequar as Recomendações Dietéticas à dieta de consistência pastosa, destinada aos pacientes com grau acentuado de dificuldade para deglutição, ausência total de mastigação e ocorrência de engasgos frequentes; são oferecidas 14 variedades diferentes de refeições "Pastosas Unificadas" nutricionalmente balanceadas, minimizando a monotonia de sabor, cor e aroma característicos deste tipo de dieta. 4) Combate à obstipação intestinal: incentivo à hidratação adequada, principal-

mente aos pacientes com disfagia e oferta de alimentos ricos em fibras solúveis e insolúveis. 5) Avaliação nutricional: realizada de forma individualizada através de protocolo pré-estabelecido e determinação dos parâmetros de Nutrição Normal e Terapêutica Nutricional. 6) Aceitação e adaptação dos pacientes às dietas: monitoramento da evolução nutricional, aceitação alimentar e adaptação às dietas através de protocolos pré-estabelecidos, adequando quando necessário o cardápio ao paciente. 7) Aplicação do Manual Dietoterápico: são três tipos de dietas: Dieta Geral sem alteração de nutrientes ou de consistência; Dieta com modificação de consistência semi-sólida pastosa e pastosa sem grumos; Dieta com alterações de nutrientes na formulação como: macronutrientes (proteínas, carboidratos e lipídios), micronutrientes (eletrólitos e vitaminas), fibras (solúveis e insolúveis) e hidratação. (Dados retirados do site da instituição).

No setor odontologia, o trabalho especializado é crescente, como vem mencionado:

> Todos os consultórios possuem modernos equipamentos, permitindo trabalhar com eficiência e seguindo as normas de Biossegurança. Cada profissional conta com o apoio de dois auxiliares durante o atendimento. O Setor Odontológico da instituição vem sofrendo profundas modificações desde sua criação. No início, o atendimento aos portadores de deficiência mental estava centrado em tratamentos radicais, principalmente a exodontia. Entretanto, os tratamentos conservadores tornaram-se uma crescente na odontologia, acompanhado de uma modernização tecnológica, modificaram assim a filosofia principal na odontologia em geral, abrangendo assim os conceitos iniciais de tratamento à pacientes especiais, sendo introduzidos gradativamente, procedimentos especializados, tais como: endodontia, dentística restauradora, periodontia, protéticos, semiológicos e cirúrgicos. Além destes procedimentos tornou-se preocupação central do setor o desenvolvimento de programas de prevenção com o intuito de reduzir os índices de cárie e doença periodontal dos pacientes institucionalizados (Dados retirados do site da instituição).

Na Saúde Ocupacional, a instituição segue as normas exigidas por lei:

> O setor de Saúde Ocupacional tem a função precípua de zelar pela saúde dos funcionários da Instituição, lotados pelas unidades da Instituição. Compõe-se do seguinte quadro de profissionais: Médico do Trabalho; Clínico Geral; Dentista; Fonoaudióloga. E auxiliares de: Odontologia; Enfermagem do Trabalho; Administração. Atividades Realizadas: Elaboração e cumprimento do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que abrange os exames realizados na empresa, tais como admissional, demissional, periódico, retorno de afastamento e troca de função. São realizadas ainda, entre outras atividades, palestras educativas, campanhas de vacinação e informativos mensais sobre assuntos ligados à saúde, complementados por: Atendimento clínico de rotina, além dos casos de urgência/emergência e acidentes de trabalho; Atendimento odontológico diversificado; Atendimento fonoaudiológico, com ênfase à audiologia ocupacional; Atendimento de enfermagem diversificado, que vai de verificação de sinais vitais até a realização de vacinas; Atendimento de auxiliar de odonto, realizando atividades afins à função; Atendimento de recepção, com marcação de consultas, controle de arquivos e atividades afins (Dados retirados do site da instituição).

Já os setores e atividades da área de atividades interdisciplinares, como educação física, propõe modificar o conceito tradicional voltando-se para os portadores de necessidades especiais, pois:

> (...) a Educação Física é um processo de "Educação Integral", visando a plenitude do ser humano, isto é, seu desenvolvimento físico, emocional, mental e social. Todo ser humano apresenta capacidades e limitações, e acaba-se dando, principalmente nas populações especiais ênfase excessiva às limitações, em detrimento às suas capacidades. Desta forma valorizam-se "suas limitações", deixando em segundo plano, "suas capacidades e habilidades. A Educação Física para portadores de necessidades especiais na instituição busca exatamente modificar esta concepção, compreendendo as limitações, mas enfatizando a capacidade e habilidade de cada aluno. (...) Programas desenvolvidos: a) condicionamento físico e treinamento desportivo – educação adaptada; b) exercícios de habilidades percepto-motora E.H.P.M. – educação física especial; c) atividades no meio líquido; d) atividades rítmicas e coreográficas; e) caminho mágico; f) atividades externas e eventos (Dados retirados do site da instituição).

Também no setor pedagógico o hospital mantém profissionais da área para atender

> pacientes de diferentes níveis de desenvolvimento físico e mental (...) visa, principalmente, a evolução social do paciente, de forma a torná-lo o mais independente possível em todas as situações de sua vida diária, através do desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social, para integrá-lo harmoniosamente no sentido da expressão, da comunicação e da auto-direção consciente, compensando possíveis atrasos. No setor pedagógico, existem programas que permitem ao paciente adquirir gradativamente habilidades específicas no desenvolvimento neuro-psico-motor (Dados retirados do site da instituição).

Os programas desenvolvidos no setor de Pedagogia são os seguintes:

> 1) Estimulação: para a pessoa portadora de deficiência, o processo de estimulação, se torna primordial em virtude da dificuldade no relacionamento com o meio ambiente. O estímulo faz com que o paciente, emita certos comportamentos, onde seu desempenho é lento ou tem dificuldades para executá-lo. 2) Prontidão: A finalidade é a de preparar o paciente para uma possível alfabetização, desenvolvendo hábitos e habilidades que o leve a aprofundar seus conhecimentos adquiridos no programa de estimulação, além de prepará-lo para utilizar o aprendizado no seu cotidiano. 2) Alfabetização: Desenvolve hábitos, habilidades e informações necessárias para compreender a utilidade das experiências que está vivenciando, dar ao paciente a oportunidade de desenvolver-se emocional, intelectual e fisicamente. 3) Manutenção: Amplia e mantém os conhecimentos adquiridos nos programas de estimulação, prontidão e alfabetização. 4) Atividades Diárias e Higiene Pessoal: Ensina o paciente a importância do seu corpo, fazendo com que ele adquira bons hábitos de higiene e comportamentos essenciais para preservação da sua saúde. 5) Método Vick: pranchas individuais, para comunicação, através de figuras coloridas, representando toda a vivência psicossocial do paciente que não possui linguagem verbal, mas com cognitivo rebaixado. 6) Método Sylvestre: Elaborado pelo Sr. Sylvestre Ciesielski, para alfabetização e construção da fala de pessoas portadoras de deficiência

> auditiva. O método foi adaptado pelo setor pedagógico das C.A.L., também para ser utilizado na alfabetização de deficientes mentais e melhorar a expressão verbal de portadores de paralisia cerebral. Consiste em treino diário de palavras chaves. 7) Computação: A computação está sendo utilizada no setor pedagógico, no processo de ensino-aprendizagem (alfabetização), no desenvolvimento da coordenação motora, entretenimento, além de possibilitar a comunicação de portadores de paralisia cerebral (Dados retirados do site da instituição).

A equipe do setor de Psicologia atua nas quatro unidades do hospital,

> junto aos portadores de deficiência mental e/ou, associadas ou não, a comprometimentos psiquiátricos. Preocupa-se prioritariamente com o desenvolvimento das potencialidades existentes no portador de deficiência, bem como com a aquisição de novos conceitos e habilidades, proporcionando e facilitando seu convívio no meio institucional, visando o equilíbrio e estabilidade emocional. Para tanto, se faz necessário investir na orientação contínua dos profissionais da equipe de apoio, no sentido de estabelecer a uniformidade das condutas, devido a diversidade de profissionais que compartilham diferentes posturas, das rotinas de vida dos assistidos (Dados retirados do site da instituição).

No setor de Serviço Social, a instituição organiza um grupo de profissionais que desempenha importante papel

> junto à pessoa portadora de deficiência e tudo o que se relaciona a ela, no contexto de sua internação na Instituição, desde a recepção, até o acompanhamento dos trâmites burocráticos, garantindo o exercício dos direitos individuais e sociais (retirada de Cédulas de Identidade, CPF...), desenvolve planejamento, realização de programas e atividades que visam a socialização, integração, conscientização, envolvendo a pessoa portadora de deficiência, a família, a instituição e a comunidade, respeitando-o em sua totalidade, assegurando a defesa, dos direitos sem privilégios, paternalismo, discriminação ou preconceitos, visando qualidade de vida sem qualquer estigma. Para tanto, o SSPPD (Serviço Social da Pessoa Portadora de

Deficiência), realiza diversas atividades com objetivos concretos, visando maior interação entre assistidos e equipe interdisciplinar. Os eventos proporcionam a ampliação do vínculo existente entre Instituição, família, comunidade e a própria Pessoa Portadora de Deficiência, estimulando sua participação no processo de qualificação de vida. Grupos de pais e padrinhos com palestras informativas, grupos educativos, cujo objetivo é o de esclarecer limites, dificuldades encontradas no próprio relacionamento e suas possibilidades para que haja maior troca de experiências, reflexão coletiva e sobretudo a maior vinculação objetiva entre pais, padrinhos e as Pessoas Portadoras de Deficiência e a Instituição. São organizados projetos elaborados em equipe interdisciplinar, propiciando maior integração entre os vários profissionais na busca efetiva de alternativas que promovam a Pessoa Portadora de Deficiência, sua família e a Instituição (Dados retirados do site da instituição).

Os profissionais de nível universitário formado em Terapia Ocupacional têm por objetivo favorecer

(...) através de programas de estimulação e/ou ocupacionais, os aspectos cognitivos, sensório-perceptivos, motores e afetivos visando capacitar o portador de deficiência para socialização, enfatizando suas potencialidades. Os programas de atendimento são: 1) Estimulação Primária: Atendimento individual visando o desenvolvimento das habilidades motoras globais, aquisição das áreas sensório-perceptivas e psicossociais além de desenvolver habilidades para a realização das atividades de vida diária; 2) Espaço Alternativo: Atendimento individual ou grupal para pacientes que apresentam deficiência mental profunda e/ou distúrbios de comportamento e/ou quadro motor grave, visando o desenvolvimento dos aspectos bio-psico-sociais enfocando a socialização e a afetividade prioritariamente; 3) Grupo de Expressão: Atendimento grupal ou individual visando favorecer autonomia e iniciativa através de atividades de livre expressão e/ou estruturadas, além de serem trabalhados os aspectos cognitivos e psicossociais; 4) Grupo de Vivências: Atendimento grupal visando proporcionar atividades diferentes do cotidiano dos pacientes, buscando a ampliação do espaço vital, bem como uma maior autonomia e independência; 5) Treino de Atividade da Vida Diária e/ou Prática: preparação de refeições, por pequenos grupos visando a indepen-

dência e autonomia neste preparo, além de serem trabalhados os aspectos de colaboração e socialização dos grupos; 6) Atendimento individual visando maior independência na alimentação e higiene; 7) Oficinas Terapêuticas: atendimento grupal visando aprimorar as habilidades motoras manuais e coordenação viso-manual, estimular a atividade produtiva e funcional, favorecer a criatividade e trabalhar a socialização; 8) Atividades Externas: acompanhamento de internos a diversos locais da comunidade visando socialização e integração; 9) Órteses e Materiais Adaptados: avaliação e confecção de órteses de posicionamento ou funcionais visando melhorar amplitude articular ou facilitar o movimento voluntário. Os materiais adaptados são indicados para auxiliar na execução de trabalhos e das atividades de vida diária (Dados retirados do site da instituição).

Por último, é interessante descrever as atividades programadas do grupo de profissionais psicólogos, que além de atendimento aos assistidos, estão voltadas também para o profissional de saúde que trabalha na instituição, principalmente voltado à tarefa de integração das pajens com a equipe profissional técnica:

Programas desenvolvidos: 1) Acompanhamento Individual: este programa é voltado aos assistidos que necessitam de acompanhamento individualizado, visando melhor adequação e adaptação no contexto institucional, fazendo-se um trabalho de intervenção e orientação na conduta dos colaboradores, quando necessário. Mantendo-se uma conduta única e interdisciplinar; 2) Psicoterapia Individual: neste programa são atendidos os assistidos com melhor nível de compreensão e que buscam o diálogo para elaboração de questões internas; 3) Grupo de Apoio: visa atender assistidos que apresentam bom nível de compreensão e que expressam suas necessidades e dificuldades, envolvendo os aspectos ambientais, emocionais e sexuais. Neste grupo são trabalhadas as ansiedades referentes a tais aspectos, propiciando que o grupo busque soluções para seus problemas; 4) Orientação e sensibilização à equipe de base das Unidades: visa proporcionar maior integração de pajens com a equipe técnica, buscando um envolvimento participativo e atuante junto às problemáticas que envolvem os assistidos; 5) Acompanhamento hospitalar Pré e Pós-Cirúrgico: propiciar e oferecer equilíbrio emocional à assistidos que serão submetidos a

> tratamentos clínicos complexos ou possíveis cirurgias; 6) Supervisão de Estágio Curricular: fornecer aos graduandos do 4º e 5º ano do curso de Psicologia, a vivência e o aprendizado da atuação do psicólogo, junto às necessidades especiais bem como todo trabalho desenvolvido pelas diversas áreas da equipe multidisciplinar; 7) Avaliações e laudos diagnósticos: acompanhamento periódico do desenvolvimento global dos assistidos, verificação de novas aquisições e evolução do aspecto emocional, social e comportamental (Dados retirados do site da instituição).

Se um programa desenvolvido pelo grupo de apoio psicológico está destinado a atender os problemas existentes com as pajens no que diz respeito a problemas de adaptação profissional com a equipe técnica, o mesmo problema parece partilhado pelo médico pneumologista, cujo depoimento mostra sentido por uma sequência de argumentos em relação às doenças orgânicas mais comuns encontradas nas crianças internadas. São aquelas crianças com problemas na área pulmonar, que a experiência da prática médica do pneumologista constata diante do comprometimento orgânico e mental existente nos pacientes:

> *A experiência de trabalhar nesse hospital é com relação à clínica médica: não há lugar nenhum no mundo com tamanha concentração de pacientes fixos e deficientes. Há aqui uma tragédia pulmonar: as crianças aspiram o que ingerem, por uma questão patológica. Para um cuidado perfeito sempre haverá grandes problemas de aspiração; não tem saída* (Depoimento AS).

Da racionalidade médica, dizer que um problema "não tem saída" significa afirmar, nessas condições de cuidados a pacientes com deficiência orgânica, que o problema fisiológico pulmonar referir-se antes a um problema orgânico sem cura, devido à máformação congênita. A assistência à saúde nesse caso fica limitada a reparar as doenças causadas pelo desvio anatômico. Dadas as modificações estruturais nos corpos defeituosos, a maioria das crianças internas no hospital passam por problemas respiratórios semelhantes. Nesse caso, em relação à normalidade, o desvio anatômico é referência à deformidade e o desvio fisiológico é referen-

te à doença. Já no contexto fisiológico a normalidade designa um problema de saúde orgânica e o médico especialista compreende que o hospital presta assistência à saúde aos internos, colocando a tônica da ação médica no trabalho de equipe:

> *(...) é de excelente atendimento, no padrão comparativo com outros hospitais ganha em cuidado, em limpeza, em seriedade e em tratamento em todos os níveis. Existe uma preocupação, compromissos com os internos. (...) a atenção médica dada aos pacientes deste hospital é boa comparativamente a outros hospitais: há profissionais comprometidos; uma visão de aprender; uma ligação afetiva com o trabalho (...)* (Depoimento do médico especialista).

O conceito de doença incurável está ligado a um desvio da normalidade dos corpos. Para o médico pneumologista existe a possibilidade de uma rotina médica prognóstica, que poderia gerar conhecimentos normativos da enfermidade que se repete, sendo assim passível de prevenção. No entanto, relaciona esse fato com um problema de direção do hospital, pois se houvesse interesse em definir o tipo desejado de profissional de saúde, isso possibilitaria diminuir os problemas mentais causados aos que dedicam seu trabalho a pacientes sem muitas expectativas de cura:

> *Três vezes por semana, três horas por dia, trato das patologias pulmonares. A cronicidade é irreversível; deveria por isso prevenir antes. (...) Para melhorar o atendimento às pessoas nesse hospital acho que deveria haver um investimento na prevenção em faixas etárias menores das sequelas básicas. Todos vêem com possibilidades terapêuticas limitadas e com relação à eficiência; existem pequenas experiências (pessoais de médicos) com grupos em relação a outros grupos (de pacientes). Não existe esforços significativos de sistematização das experiências e dados para produzir conhecimento novo para um uso em escala (por exemplo, os conhecimentos existentes em revistas científicas); tem o aspecto de aplicar conhecimento que já existe. Deveria ser incentivado a sistematização das experiências individuais (dos profissionais da saúde; a história de vida profissional; da prática médica). A instituição não tem claro o perfil do profissional de saúde, o que espera (qual perfil da pajem, do médico) e qual suporte poderia dar a eles. Na verdade o lugar aqui é depressivo: o sujeito do tratamento, que é um paciente que*

tem expectativas limitadas, torna-se um clima pesado, um lugar que te questiona: como uma casa como essa trata dessa depressão e as profissões e a aceitação desses (Depoimento AS).

De outro modo, para o mesmo pneumologista, não é somente o perfil dos profissionais de saúde que potencializa os problemas mentais, mas o trabalho hospitalar que, sendo estressante, tornam estressantes os relacionamentos entre profissionais de saúde. Ainda para ele, cabe à medicina exercida no interior do hospital o trabalho médico de excelente qualidade praticado "no sentido de recuperação de uma situação para o equilíbrio fisiológico" (Depoimento AS) da criança interna, embora possa trazer problemas mentais aos mesmos profissionais.

Já para uma fisioterapeuta clínica, a atenção dada aos pacientes pelo trabalho hospitalar, está na razão direta de que "quem trabalha aqui é porque gosta, por se tratar de pacientes graves. É uma grande família em que se deve incluir o corpo clínico" (Depoimento AS). Nesses termos, para essa profissional de saúde, que trabalha diariamente no hospital, os problemas de trabalho no ambiente hospitalar ficam minorados, aplicando-se nos pacientes doentes o tratamento de base.

A mesma opinião compartilha uma médica diarista, que julga boa a atenção médica, por suas palavras, "pois o pessoal da área médica em geral dá bastante empenho em melhorar a qualidade de vida, tanto no sentido preventivo quanto no curativo" (Depoimento AS). Para ela, medicina e saúde não se desligam em relação ao tratamento e à prevenção, no entanto, é a direção do hospital que faz mais esforços para isso, uma vez que "usa equipamentos de fora (ressonância)... vale mais o esforço da administração da casa, o que se precisa dá" (Depoimento AS).

Se por um lado são encontrados discursos diferenciados associando problemas ao trabalho profissional dentro do hospital - não necessariamente associado aos problemas orgânicos dos pacientes portadores de deficiências múltiplas –, outra face do mesmo problema é dimensionada pelos dirigentes espíritas numa discussão equivalente, que remete à qualificação de quem administra o hospital.

Nas palavras do agente religioso espírita, que trabalha na administração de recursos humanos, julga o profissionalismo em relação às mulheres pajens, entende que mesmo sem qualificação profissional, em número maior devem igualar-se ao setor técnico da enfermagem:

> *Quanto às atividades da direção, a minha área de responsabilidade é a maternal, que compreende: a) as pajens: trabalho de mãe, que cuida da alimentação, da distração, vigilância, como se fosse sua própria criança; b) das encarregadas: são encarregadas de vigiar as condições de trabalho das pajens, orientar e acompanhá-las (duas em cada edifício); c) supervisoras: geral, além de verificar o que está sendo feito, mas bem feito (uma por edifício). Existe ainda a área clínica médica, a enfermagem e setor técnico (inclui o ambulatório), de responsabilidade da diretoria técnica. Não há uma definição sobre as características de um espaço hospitalar ou de um abrigo (é um hospital ou um lar?, pois o hospital tem uma rotatividade de pacientes. Aqui é misto: cumprimos as exigências de um hospital porque mantemos enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos e equipe paramédica (técnico). Nós da diretoria definimos que todos devem ser profissionais da área da saúde* (Depoimento AGEHibr).

Como declarou o agente religioso o problema refere-se a outras épocas, à história da organização. Hoje estando superado o problema pela ordem hierárquica profissional, seguem de acordo com legislação estatal. Cumprem as regras para funcionamento do hospital em função das vistorias do CNAS e, por isso, a solução foi identificar as pajens como profissionais de saúde:

> *Em tempos passados, sobre o tempo de permanência (das crianças) no hospital passou a ser indefinido, até morrer. A criança é contida, não amarrada; nunca houve reclamações, recebemos visitas do CNAS que fazem vistorias de improviso; nossa licença depende deles. O juiz de direito responsável vem duas vezes por ano. Quanto à municipalização, não optamos por termos internos de todo Brasil e não é só asilo, fazemos mais do que isso, além do corpo técnico multidisciplinar temos o trabalho espiritual. Quanto ao município: no Conselho Municipal de Diretores da Criança e do Adolescente tem aprovado vários projetos: psicoterapêutico* (Depoimento AGEHibr).

Essa ambiguidade, que aparece no estatuto da instituição, descarta a possibilidade de considerar essa uma instituição asilar. O problema de base para os dirigentes espíritas era definir o espaço terapêutico, médico e/ou religioso, hospital ou abrigo. O problema de fundo estava no confronto da cosmovisão espírita em relação ao papel do hospital: trata-se de um lugar que abriga por longo tempo pessoas com deficiências físicas ou com deficiências espirituais?

Ponderando a respeito dos conflitos no campo trabalhista, os agentes religiosos espíritas registraram a dissolução dos conflitos com a área médica, solucionada pela superação das exigências profissionais e institucionais, por meio da criação de novos cargos para o Ambulatório e a captação de recursos, tornando independente as atividades religiosas dos recursos da Secretaria do Estado da Saúde:

> *Foram alicerçadas as engrenagens no setor de telemarketing, concentrados num prédio somente somado à estabilização da moeda do plano real. Sofríamos com o problema de locação (imóveis e telefones) os proprietários vinham com proposta de aumento e começamos tudo de novo (linhas telefônicas e prédios); compramos 80 linhas telefônicas e compramos o imóvel para dar estabilidade na engrenagem de arrecadação, com recursos vindos da venda de outros imóveis que haviam sido doados para instituição, na condição de convertidos para benefícios para os internos. O telemarketing em seis meses pagou a compra do prédio. Os números de associados era rotativo, por isso chamamos de ativos e passivos, existiam 200 mil inscritos, mas 80 mil ativos* (Depoimento AGEDir).

> *Dar toda assistência médica e paramédica. Fui visitar muitos sanatórios, aprender com a enfermagem. Voltava decepcionada. Dizia: "nós temos muito para ensiná-los". Com os nossos internos, eram coisas que arrepiavam: feito um trabalho de avaliação, com os profissionais, concluímos: via pais chorarem com seus filhos para andar, concluía pelo trabalho com o fisioterapeuta. Via reclamar que não comiam, trabalho com fonoaudióloga. Não falava, o trabalho técnico clínico com acompanhamento maternal, a equipe tem êxito. Há 10 anos um deficiente mental, não muito profundo, era corcunda. Feita cirurgias e com o tra-*

balho das educadoras chegou a frequentar a escola. Hoje ela é uma enfermeira. A questão espiritual é com o presidente da instituição, não sei qual o grau de sigilo (Depoimento AGEHib).

Educação continuada dos profissionais. A partir da parceria com o Sebrae muita coisa foi inovada (na Administração e capacitação de pessoas). De uma imagem do chefe (que punia os erros) com capacidade estreita para orientar, com relação aos líderes, (hoje é esse o nome dado (líder) a quem gerencia equipes de funcionários; são os chefes de ontem). Aconteceu de forma natural, não houve resistência dos grupos (20% não muda, 40% aceita). O número de resistentes ou acompanhou a rede (outro termo novo na administração) ou está fora (Depoimento AGEHib).

Paulatinamente sempre houve mudanças. As mais radicais são do ponto de vista administrativo: em 1978 tínhamos as encarregadas que dirigiam as áreas, que eram muito sobrecarregadas. Aí implantamos as supervisoras. Apenas tínhamos uma auxiliar de enfermagem para mais de uma centena de internos, hoje temos atendentes de enfermagem (Depoimento AGEHib).

Há alguns anos não pegamos mais crianças para internato. Pegávamos pequenos, no máximo até 12 anos, que permanecia conosco até 18 anos. Vinham do governo. Eram tratadas como estivessem no primeiro mundo e quando eram para irem embora havia um certo desespero: ninguém sabia para onde iam, eram misturadas com doentes mentais, drogados e alcoólatras nos manicômios e sanatórios do Estado. Numa reunião de diretoria (há 10 anos) decidimos que os internos deveriam permanecer até a morte (não desinternar mais). O espaço diminuiu: cada 3 leitos substituíram por um. Hoje o único edifício dentro da lei com espaço físico permitido é o edifício 1 e o edifício 2, que está em reforma. Hoje temos a mesma quantidade de crianças no ambulatório, que não se separam das famílias. A ideia é abrir vários ambulatórios. Existe ainda muito o que fazer no trabalho da parte espiritual em relação com as famílias, na questão da responsabilidade (Depoimento AGEDir).

> O cinquentenário dessa instituição representa um marco em nosso país. Na área da Saúde trata-se de trabalho comunitário sem precedentes, que busca a integração do paciente na sociedade (...) Comemorar 50 anos é um fato extraordinário, por se tratar de uma obra grandiosa, cuja única preocupação é servir ao próximo sem nada receber com isso (Comentário do governador do Estado de São Paulo na comemoração dos 50 anos de fundação da instituição estudada. Fonte: Edição Comemorativa da instituição).

A estruturação do espaço social do hospital espírita estudado convivem agentes religiosos (administradores e voluntários) com agentes profissionais da saúde (assalariados). As declarações seguintes mostram a política de intolerância religiosa entre dirigentes e pajens, principal alvo conflitante no campo religioso. Além dos conflitos funcionais trabalhistas, as pajens de preocupavam os dirigentes da instituição por organizarem práticas religiosas não espíritas no interior do hospital:

> *Aqui não há empecilhos para outras religiões no hospital, mas o professar e realizar não seria possível até na hora do trabalho, porque somos uma entidade criada com orientação dos espíritos e trabalhamos para os internos, para auxiliar na parte espiritual. (...) Mas cada um tem sua religião e sua crença e nós não podamos; a admissão por ser ou não espírita. Outras religiões poderiam tomar certa importância na saúde dos internos apenas na parte do amor, da vibração, da ligação amorosa dessa criatura para com os internos; isso não é dispensável, e a influência que possa ter é só até ai. Puramente do comportamento fraterno, até porque não conseguiriam além disso. Não adianta, porque ela olha a pessoa ali, se não acredita na reencarnação, nem entende porque o interno está daquele jeito, mas não tem importância: se ela ama como uma mãe ama um filho, as pajens são mães substitutas, isto é o mais importante, que ela dê o amor de mãe e cuide dos internos como se fosse dos próprios filhos. Não me interessa a religião dela. Mas interessa tratá-los com indiferença e com desamor, vai ser afastada depois. Isso não abro mão. (...) Em relação aos portadores de deficientes mentais eles são os patrões dessa instituição: quem teria emprego aqui se eles não estivessem aqui? É preciso que*

(as pajens) tenham esse enfoque, quando olham para aquele portador de deficiência, pensar que está ali por causa dele. Se ele não estivesse aqui eu não estaria aqui defendendo o meu salário (Depoimento AGEDir).

A casa não permite (atuações de outras religiões no hospital). Nós ditamos as regras a partir do estatuto. Temos a missão (política) de divulgação da doutrina espírita: é uma missão da instituição. Houve numa ocasião, durante um plantão, o pedido de alguns religiosos, familiares dos internos, para cantar o salmo e foi-lhes orientado para não se fazer isso (Depoimento AGEHib).

Há muitas outras religiões: católicos, protestantes, umbandistas. Não atuam sobre os paciente, não permitimos, apenas de atuação positiva, através das preces que fazemos de manhã pedimos que colaborem, vibrem amor e amor independente de religião, amor desinteressado, amor cristão (...) (Depoimento AGEDir).

Ao perguntar sobre a visão do Espiritismo no hospital, uma de suas fundadoras levanta o problema do desenvolvimento da prática religiosa espírita em relação à conversão dos funcionários:

Precisa crescer mais. Aqui está mais dentro da área científica do que realmente em toda extensão. Temos que caminhar devagar, porque temos um número muito grande de funcionários em qualquer setor; interno não tem problema porque só pode melhorar com o sistema da nossa religião. Falamos das pessoas que lidam com eles, dos nossos funcionários, é muito devagar porque como a doutrina espírita aceita todos de braços abertos, nós temos funcionários de todas as religiões e às vezes nós encontramos alguns empecilhos de outras religiões, coisa que nós não temos porque nós abrimos, não é, tanto faz na área clínica como nas pajens, mas nós sabemos que, apesar de tudo, cresceu dentro do que era alguns anos atrás (Depoimento AGEDir).

De outro modo ainda, um dirigente da instituição, indagando com a mesma pergunta sobre a prática do Espiritismo no espaço da prática médica, acredita que já houve um maior crescimento por parte dos funcionários, em função do amadurecimento profissional e espiritual dos agentes religiosos existentes na instituição:

Cresceu muito nos últimos 6 anos. A maior obra realizada foi exata-

mente na questão doutrinária. Requer amadurecimento espiritual que o presidente anterior tem. O trabalho de auxilio espiritual aos internos foi ampliado ou criado um curso de doutrina interna aqui dentro da casa onde não se obriga mas está a disposição; já as palestras foram iniciadas. Então houve um crescimento espiritual amplo, na parte dos internos e dos funcionários nesses últimos seis anos, que é uma das coisas mais maravilhosas que agradeço a Deus por ter visto isso, porque também aprendi observando (Depoimento AGEDir).

Além da questão da maturidade profissional e de cada coisa ao seu tempo, eu me lembro muito bem de que quando nós assumimos a presidência da instituição, nós pagávamos a folha de pagamento e o dinheiro acabava, era um terror, muito aflitivo e angustiante. Então assumimos seis meses para identificação de todos os problemas e preocupação muito grande da recuperação financeira da instituição para poder realizar projetos. Estive voltado mesmo em 1994-97 o trabalho foi de alicerçar fontes de arrecadação para a instituição e graças a Deus todos nós conseguimos. Trazendo aquela tranquilidade do equilíbrio financeiro tudo ficou mais com as portas abertas para as modificações seguintes. Tudo ao seu tempo. Todos nós temos as características próprias de servir, nós nos contemplamos porque nenhum de nós somos completos. Mas diante das características de cada um, trabalhadas no tempo necessário em que a instituição precisa daquelas características e tendo boa vontade, os frutos virão. Então com certeza os frutos da parte espiritual ainda não eram da época (Depoimento AGEDir).

Os espíritas vêem o espaço médico de modo relativo, não necessariamente como lugar da hegemonia médica. A afirmação seguinte é corroborada pelas palavras de um dos fundadores da instituição, que deixa entender que o tratamento médico é mais um serviço dentro do projeto missionário do grupo espírita dirigente:

Primeiro o espiritismo mostra quem é o portador de deficiência. É a lei de ação e reação. Nós não vamos julgá-los. Nós temos que amá-los, nós temos que tratá-los com todo carinho, amor, com a ciência, medicamentos, tratamentos médicos e todo tipo de médico e tratamento, dentistas especializados; não sei se é um tratamento excessivo, mas não deixa nada a desejar; é evidente que nosso trabalho espiritual é muito grande também, então as crianças têm o trabalho de energização, tem

o trabalho científico, um trabalho extraordinário onde são feitos tratamento espirituais não na parte física, que pouco pode resolver, mas no perispírito deles, onde ficou lesado, danificado por consequência de erros passados. No trabalho de 6ª feira o mentor prefere dizer que são tratamentos e não curas, pequenas cirurgias que são feitas nas células do perispírito. Temos a energização duas vezes por dia, com mais de 170 internos e tem dado ótimos resultados, preces matinais. O nosso grande problema é esse a adesão ao curso para os funcionários. (...) Tem funcionários de outra religião que trabalham aqui e são tratados exatamente igual. Para nós importa que sejam profissionais que agem corretamente para nós, não importa a religião (Depoimento AGEDir).

Nota-se que as pajens são as profissionais da saúde que mais interessam à conversão religiosa dos espíritas. Uma das fundadoras afirma estar no passado o início do conflito, embora atualmente desfeito uma vez que já não se confunde o que pertence às práticas religiosas e o que pertence à prática médico-religiosa, quando encontra o meio termo na contratação de um profissional da saúde com o perfil da instituição, ou seja, um médico convertido a religião espírita:

A medicina cuida da saúde das pessoas em geral. Os médicos existem para prestar o atendimento ao próximo, é muito importante. Digo novamente que o médico que olha o paciente além daquele corpo que está na frente ele vai progredir muito mais porque, vou dizer para você, eu trabalhava no plantão espiritual e fiz vários atendimentos nos plantões em que o paciente (chamei até de o paciente) ou seja, aquele que passou pelo plantão foi encaminhado por médico, que com sensibilidade detectaram que era mais espiritual que material. E qual a importância do médico espírita? ele dá mais do que aprende no banco da faculdade. Ele proporciona mais, porque tem acesso à doutrina através do livro dos espíritos e médiuns, muito embasamento científico está ai, ele tem então mais condições: essa é a importância, ele acrescenta aquilo que o currículo da faculdade não deu, ele acrescenta mais longe. (...) não seria possível o trabalho sem a presença desse profissional espírita. Louva-se o esforço do presidente anterior, que chegou a trazer um médico em 1988. Acontece que ainda havia preconceito, onde achava-se médico espírita que quisesse desenvolver um trabalho aqui? Esse médico é um homem de pesquisa genética, um homem de trabalho e desen-

volvimento para a humanidade, não foi possível continuar aqui. Isso é muito bonito. Paralelamente, parece-me que o campo externo ainda não havia se preparado. Nós procurávamos profissionais espírita mas não se conseguia. Finalmente chegou a hora certa e com a ajuda do plano espiritual, veio o atual médico espírita, foi uma luva e hoje estamos associado com o antigo médico espírita lá fora, para desenvolver trabalhos aqui dentro (Depoimento AGEDir).

A partir da contratação desse profissional da saúde o confronto passa a diminuir, principalmente em razão da assistência hospitalar voltada prioritariamente à estruturação e desenvolvimento do projeto de assistência espiritual no espaço médico.

Esse projeto de assistência espiritual aparece para estruturar o espaço religioso de modo público dentro do hospital. O argumento estratégico para distinguir a prática terapêutica espírita entre outras exercidas no interior do espaço de trabalho do hospital era aquele utilizado pelos espíritas há tempo, demonstrando a cientificidade do tratamento espírita em relação ao tratamento religioso:

Dentro do horário de trabalho, tudo que fazemos de tratamento espiritual, fluidoterapia, passes, sejam respeitados, dentro do horário de trabalho. Todos os religiosos devem entender que fazemos um tratamento e não religião, estamos utilizando a ciência em benefício do interno. Na hora do almoço, é livre, e pode-se fazer o que quiser (Depoimento AGEDir).

Na verdade, com a contratação de um profissional médico, que aceita e adota as concepções de mundo da religião espírita, inicia-se a possibilidade de realização do projeto que prevê a implantação de um sistema terapêutico espiritual nos moldes da terapêutica espírita praticada nos centros espíritas convencionais. Nesse sentido, o médico contratado transforma-se em um agente híbrido no mesmo espaço hospitalar: assalariado e voluntário, medico e espírita, assistente espiritual e biomédico.

Com relação a atuação de outras religiões no hospital, essas devem aceitar os preceitos religiosos que organizam a administração espírita de princípios espíritas:

Não há outras religiões atuantes no hospital porque é um hospital es-

pírita. Existem pessoas de outras religiões, mas não é permitido que façam práticas religiosas. Por mim poderiam praticar, mas a diretoria não quer (Depoimento APSHib).

Menos resistente ao exercício religioso no interior do hospital, o médico de convicções espíritas acredita na importância dessas religiões ao atendimento à saúde dos internos porque "as religiões fazem tudo para buscar o melhor de si (fora os fundamentalistas), procuram o melhor para seus semelhantes" (Depoimento APSHib). Isso não quer dizer que seja favorável a estimulação e implantação de práticas religiosas contrárias ao Espiritismo. Ao invés, ele coordena politicamente o jogo de forças entre a área técnica e médica, entre pajens religiosas e administradores espíritas. Como agente da saúde biomédico passa a preencher os quesitos de um agente híbrido, não sem dificuldades de legitimação.

Embora o funcionamento da instituição, garantido pelo estatuto, prevê o exercício religioso no espaço hospitalar, a estrutura da organização foi moldada, desde seu início, para exercer a medicina junto às práticas religiosas. O Conselho Deliberativo assegura a atuação do Conselho Doutrinário no hospital, que tem por função "coordenar as atividades estabelecidas pela Assembleia, no cumprimento dos objetivos espirituais e assistenciais da instituição, conforme regulamento específico" (Dados retirados de um Relatório de Atividades da instituição). Na prática, o Conselho Doutrinário conta com a participação executiva de um Departamento de Assistência Social que, na organização hospitalar, tem importante papel de entremear negociações com a área médica e a área clínica.

Nas atividades gerenciadas pela Assistência Social há também setores de assistência espiritual, destinados tanto aos assistidos, quanto aos funcionários da instituição de saúde: são os setores de terapia de energização, amparo a gestantes (também aberto à comunidade local), prece matinal, palestras, passes, visitas aos acamados. Essas atividades de assistência espiritual são algumas das formas de atuação religiosa dos espíritas no interior do hospital. Nas palavras dos agentes religiosos:

Faço parte do conselho doutrinário: dirijo o Departamento de Gestante (250 gestantes por ano), atendo no centro e os funcionários, a gente dá curso para as gestantes, ensina trabalho manuais, enxoval para bebê, roupas usadas, cobertores e uma cesta básica semanal de acordo com o tamanho da família. Faço isso e no centro dou aula do curso de doutrina e dirijo reunião pública. Como assistência social dirijo esse Departamento, atendo a comunidade carente que às vezes nos procura, procuramos dar o encaminhamento ao local necessário, às vezes damos cestas básicas (faço uma triagem porque é muita gente mas é todos os dias) e às entidades carentes também porque tudo que é excedente da nossa instituição a gente passa para as entidade que estejam mais necessitadas, em presídios, outras casas de cuidado para deficiente: pedem roupas, medicamentos, brinquedos para filho de presos, tudo que é excedente da casa é minha responsabilidade (...) (Depoimento AGEHib).

No hospital existem atuações espíritas, todas introduzidas por mim: a) passes (desde 1960); b) reunião de doutrinação (palestras, 6as feiras e sábados); c) evangelização (para os internos e para as crianças); d) prece matinal (todos os dias às 8 horas, somente para os internos que se locomovem com facilidade); e) prece matinal na instituição por via alto-falante; f) curso de doutrinação (para funcionários uma vez por semana, temos dois grupos); g) palestra para funcionários com expositor (4as. e 5as. para dois grupos) (Depoimento AGEHib).

Realizadas em diversos locais do hospital, essas terapias espirituais tornaram-se tradicionais na instituição, desde a inauguração do hospital, são próprias da crença espírita e estão compreendidas como práticas religiosas, utilizadas legalmente no interior do hospital. Mas, nem sempre aceitas pelos profissionais da saúde. Por exemplo, a prece matinal feita por via alto-falante nos corredores da área clínica, para os espíritas esse tipo de trabalho espiritual harmoniza o ambiente do trabalho enquanto que para muitos outros profissionais trata-se de um problema que atrapalha o trabalho ordinário.

Esse não é o maior inconveniente no relacionamento entre os profissionais da saúde biomédicos e os espíritas. Se os médicos espíritas não rejeitam o tratamento do corpo doente pela medicina, nem todos os biomédicos aceitam o tratamento espiritual

estimulado pelos agentes religiosos na instituição, dado que não prescrevem as convicções religiosas do Espiritismo. O médico espírita assume um novo papel, o de mediador desses conflitos, cujo encargo tem o poder de prescrever dois tipos de terapêuticas para a clientela do hospital: a terapêutica do corpo (biomédica) e a terapêutica espiritual (do Espiritismo).

7.3. A construção do espaço terapêutico híbrido

Com a contratação de um engajado médico no movimento religioso espírita a direção do hospital projetou a implantação de um local apropriado e aberto para as reuniões espíritas, que incluíam terapias espirituais. Estava claro o desafio: alcançar o consenso com a equipe da clínica médica, em busca do reconhecimento das atividades terapêuticas de cunho religioso no hospital. Certamente que o processo de implantação do assim denominado Centro de Estudos Espirituais não ocorreu sem conflitos.

Pois, no hospital espírita, há décadas os trabalhos de assistência espiritual sempre funcionaram organizados como exercício religioso regular e tradicional de modo discreto dentro da área do hospital, porém fora da área da Clínica Médica. Sabe-se da cosmovisão espírita que o Espiritismo busca legitimações para a ciência espírita junto à medicina. E sabe-se que as terapias espirituais, sendo valorizadas como bens sagrados, frente ao curandeirismo transformaram-se em tabu quando praticadas em outros locais diferenciados dos reconhecidos espaço da religião, os centros espíritas.

No trabalho etnográfico uma gama de valores, vindo à tona, permitiu refletir e revisar a problemática do curandeirismo no interior do habitus no campo da saúde. Foi possível acompanhar e verificar a complexidade dos conflitos através da observação do jogo de forças e troca de bens sagrados, arranjos e desarranjos no campo simbólico da saúde.

As reuniões mediúnicas, que desde sempre eram realizadas de modo velado e às escondidas aos domingos e com poucos médiuns em local reservado, passaram agora para outro novo local recém inaugurado com muitos médiuns do centro espírita mantenedor e aberta à participação da comunidade terapêutica. Localizado

em uma casa construída fora das alas hospitalares, o propósito era organizar atividades terapêuticas voltadas para a assistência espiritual.

No interior do Centro de Estudos Espirituais, passaram a funcionar duas salas amplas para os trabalhos da terapêutica espiritual. Uma, orientada para o funcionamento de trabalhos com os grupos de estudos espíritas, projetado para beneficiar tanto pacientes internos quanto funcionários. Nessa sala, os médiuns deveriam ministrar cursos para o desenvolvimento da mediunidade e evangelhoterapia. Em horários diferentes, os grupos de funcionários reuniam-se duas vezes por semana, enquanto o grupo de pacientes internos, na sua maioria acamados, compareciam às reuniões de estudo em cadeiras de rodas, uma vez por semana, junto com as respectivas pajens de suas unidades.

A segunda sala deveria ser destinada aos trabalhos de doutrinação de espíritos e cirurgias espirituais, projetada para a frequência de médiuns procedentes do centro espírita mantenedor. Nem todos os funcionários espíritas participariam dessas sessões mediúnicas. Também não deveriam ser convidados aqueles profissionais de saúde não espíritas, e também não poderiam frequentar os profissionais de saúde em processo de conversão. Somente deveriam ser convidados a frequentar os cultos religiosos espíritas os funcionários de convicção declarada e que já tinham passado por capacitações mediúnicas nos cursos do centro espírita mantenedor. Essas reuniões, estruturadas para serem fechadas em relação a novos participantes, no seu inicio contava com participantes, entre os quais alguns eram médiuns que manifestariam a recepção de espíritos dos pacientes internos, ou cumpririam a tarefa de doutrinadores, ou ainda, prestariam serviços de sustentações mentais (vibrações) durante as reuniões mediúnicas.

Quanto à participação dos espíritos dos pacientes internos no hospital, as manifestações de transe mediúnico tornaram-se bem mais frequentes, segundo explicam os próprios médiuns mais experientes: graças ao estado sonolento do paciente ou devido ao grau de comprometimento cognitivo por que passam, no momento da sessão mediúnica sofrem um processo de desdobramento, por um estado de torpor que os deslocam até a sala de reuniões onde ocorre o transe mediúnico para as comunicações.

Nas sessões mediúnicas, projetadas para serem iniciadas em horários previamente marcados, os participantes, ao chegarem, deveriam sentar-se nas cadeiras colocadas em círculo. Deveriam sentar-se médiuns, dirigentes religiosos, médicos, enfermeiras, psicólogas e outros profissionais contratados do hospital, todos participantes quando convidados e autorizados pelo dirigente das sessões mediúnicas. Uma ordem cronológica determinariam para o desenvolvimento das tarefas espíritas, que na maioria das vezes não deveria ultrapassar três horas de trabalho espiritual. Nesse ambiente de oração, cortinas entreabertas, primeiramente deveriam fazer a prece de abertura. Os primeiros 40 minutos eram dedicados ao estudo, geralmente tendo um livro programado, cujo assunto deveria versar sobre espiritismo e ciência. Interpretado pelo autor espiritual ou pelo médico espírita, em uma hora e meia os trabalhos espirituais deveriam ser realizados com o exercício da mediunidade. Os dez minutos restantes deveriam ser dedicados aos comentários gerais dos médiuns e aos casos de internos em tratamento espiritual. Finalmente, com a prece de encerramento, terminaria a reunião.

Na segunda sala, ficariam instituídos dois tipos de reuniões quinzenais. Sempre voltadas ao atendimento espiritual dos internos, um tipo de reunião mais generalizada, teria por meta organizar sessões mediúnicas em que os médiuns recepcionariam os espíritos dos internos. Esses se comunicariam sempre diante dos problemas cotidianos da vida hospitalar, mas nem sempre identificados. As queixas eram ouvidas, e o doutrinador procederia com a terapia espiritual de acolhimento e aconselhamento, tentando doutriná-los nos moldes do espiritismo convencional. Nesse primeiro caso, haveria um dirigente do trabalho, geralmente o presidente da instituição, que coordenaria o tempo, as comunicações mediúnicas, dialogaria com o mentor espiritual, que por sua vez coordenaria os trabalhos do plano espiritual. Nessas condições, haveria um diálogo entre o plano material e o plano espiritual e estaria a cargo deste último a seleção dos casos levados ao tratamento espiritual, sempre girando em torno de no máximo três a quatro casos. Ressalta-se que a seleção dos casos dos pacientes internos da instituição com problemas espirituais deveria ser feita pelo plano espiritual, cuja coordenação teria por base geralmente os problemas de obsessão dos residentes.

Já no segundo tipo de sessão mediúnica, mais específica desse hospital espírita, os tratamentos seriam de cirurgias dos perispíritos dos internos. Seguindo o mesmo modelo de reunião mediúnica (prece inicial, leitura, trabalho espiritual e prece de encerramento), essas cirurgias espirituais seriam previamente selecionadas segundo os casos selecionados pela equipe médica espírita do hospital. Partindo da identificação dos casos para tratamento complementar em relação ao tratamento médico, essas sessões espirituais deveriam ser regidas pelo dirigente da reunião que dialogaria com o dirigente do plano espiritual, com a diferença de que este último, geralmente um médico famoso não identificado, conversaria em transe mediúnico. Os pacientes, também em torno de três por sessão, deveriam ser diagnosticados e tratados seus respectivos perispíritos, sendo que se avaliaria na ordem do médico espiritual quinzenalmente a sua continuidade ou alta. Não haveria trabalho mediúnico de incorporação dos espíritos dos pacientes. Somente o médico (mentor), em transe sempre em um único médium, conduziria os trabalhos e orientações espirituais.

A inauguração desse local específico para o tratamento espiritual estruturou as terapias espirituais do Espiritismo no hospital. No entanto, o novo espaço terapêutico carregou novos tipos de conflitos profissionais. As pajens negavam, no início, levar os assistidos ao local destinado para os passes espirituais. No Centro de Estudos Espirituais as pajens geralmente eram reprovadas pelo discurso médico espírita, que endossava as novas tarefas profissionais, agora argumentando como cientista e não mais como religioso, a favor da terapêutica espírita enquanto um recurso a mais da prática médica:

> *Existe uma mística, existem tabus, medos (aqui no hospital). O nosso trabalho (científico) é um estudo piloto duplo cego: o pessoal dava passe aqui dentro, ai quis criar um estudo onde o duplo cego; o pessoal não saberia e ai surgiu a ideia que a energização foi desenvolvendo, em função disso, no espaço particular, eles não teriam mais contato com o paciente. O paciente, como hoje, participa entrando nos trabalhos para o passe, inclusive tem grupos que não tem contato, tem grupo de energizadores que não tem contato nenhum. Ai então com a dirigente espírita desses trabalhos espirituais, porque cada processo desses tem um colaborador, não é,*

no caso da energização foi essa senhora, o trabalho de sábado entrei como pesquisador, a questão não era via mestrado, essa foi uma ideia que tive depois, pensando com a questão de me qualificar para ajudar a Casa (Depoimento APSHib).

As terapias complementares, indicadas no prontuário eletrônico e disponibilizadas para o setor de assistência espiritual na denominação Terapias Complementares, foram sistematizadas pelo médico espírita nessa ordem de prioridades: 1) tratamento de energização (passes magnéticos) e água fluidificada (Departamento de Assistência Social); 2) seleção de casos clínicos que necessitam de tratamento espiritual (Setor de Tratamento Espiritual), 3) critérios de avaliação psicológica classificados segundo estes mais correntes problemas de saúde:

Crises convulsivas: pacientes com problemas de movimentos tônico-crônicos, generalizados ou parciais, acompanhado ou não de perda de consciência.; Perda visual: pacientes com problemas de visão como catarata, cirurgias, etc; Distúrbios do comportamento: pacientes com problemas psicológicos, que alteram o comportamento sexual, social, agressividade, etc; Gastro: pacientes com problemas fisiológicos gastrointestinais de regurgitação, úlceras, gastrite, obstipação, etc.; Distúrbios alimentares: pacientes com problemas fisiológicos e orgânicos para ingestão de alimentos, por exemplo, pica e jejuns voluntários; Sondados: pacientes com problemas respiratórios graves e dietas por via oral, que utilizam sondas nasogástricas (Dados retirados dos arquivos da instituição).

Embora no espaço da prática terapêutica espírita organizada pelo prontuário eletrônico ganhava um fluxo de demandas, no espaço hospitalar as terapias espirituais seguiam um processo de legitimação entre os agentes das práticas biomédicas e aqueles das praticas espíritas.

O médico espírita, dirigente do projeto científico e religioso, condensava as atenções em ambas as práticas terapêuticas, transformando-se em um agente cuja missão era difundir as práticas espíritas enquanto terapias espirituais, de modo a realizar o aceite comum entre os grupos:

Faz parte da minha missão na instituição, desde o primeiro ano que estou

aqui, ainda como psiquiatra, era de criar uma vinculação, uma fonte maior para que a espiritualidade estivesse aqui e de legitimar isso cientificamente. Todos os trabalhos tem sido nesse sentido: de organizar os processos, de criar comissões de pesquisa e tudo mais e ai nesse percurso surgiu a necessidade de ter a titulação, (que eu sinceramente acho um saco, mas a comunidade exige), para captar verba, porque dizem, quem é que está por trás, vamos buscar titulação senão o pessoal faz pseudociência. Mas a titulação não é o aspecto mais importante para mim, o aspecto mais importante é que tenhamos evoluído na organização que é assim, um certo conhecimento científico, que eu já tinha antes e até que comecei a dar um curso de pesquisa como psiquiatra, com alguns médicos, para dirigentes espíritas e alguns fundadores da instituição. Era uma proposta de se fazer um projeto científico, comecei organizando o que é o pensamento científico, ai a coisa não deu certo, em apenas alguns meses acabou (...) (Depoimento APSHib).

O entendimento do médico espírita, que se autodefine médico e espírita, atuava como um agente híbrido no processo de implementação do projeto terapêutico, e tinha por atributo principal a articulação entre agentes religiosos e médicos, objetivando atingir o consenso para a constituição de um espaço para as terapias espirituais. No campo simbólico da saúde se assistia um momento de desconstrução do tabu, encoberto no formato de terapia complementar a terapêutica médica:

No final, a minha opinião a respeito disso é a seguinte: tudo é construído tijolo a tijolo e a obra do ponto de vista físico, institucional vai aumentando, vai crescendo. Acho que o médico espírita, de fato, é fundamental na obra: essa é a minha grande missão. Na essência diria que o trabalho é um trabalho de 1) estruturar a área técnica de tal forma que haja uma eficiência e competência funcional e receptividade para as práticas espirituais; 2) há resistência e tenho trabalho essas resistência justamente com a fundamentação científica dessas práticas. Sou uma pessoa que tem credibilidade no corpo clínico de não estar impondo a eles uma prática que eles não concordam. Na realidade o que faço é o seguinte: eu dou apoio e condições para que exerçam uma boa prática clínica e crio uma receptividade neles para as práticas espirituais. E de outro lado o que faço: diminuo a resistência deles em relação a prática clínica, que é vista de uma forma negativa, e mostro a importância de uma harmonização (...) Missão é no sentido de força tarefa, integração da área técnica,

a estratégia que adoto nessa integração é de trabalhar em dois pontos: acho que os dois precisam ser trabalhados, primeiro para poder um ter a percepção do outro diferente daquele tinha antes dessa integração. O que acontecia: o conselho doutrinário acaba tendo uma percepção das práticas clínicas como se elas fossem muito materialistas, muito ortodoxas, impeditivas de uma boa prática do mundo espiritual; e em relação à equipe técnica, acha que aqui é uma pseudociência, uma interferência na boa prática técnica. Eu tenho mostrado exatamente o contrário e utilizo de uma credibilidade, sou conhecedor da área doutrinária e da área técnica: sou conhecedor tanto da dinâmica técnica quanto da organização da rotina médica da rotina organizacional (...) O meu discurso é público, não coloco em risco meu trabalho, o que lhe falo é público, falo para você e para qualquer um, não é uma coisa que faço por debaixo do pano: esse é meu objetivo, para isso recebo o apoio da diretoria e de ambas as partes. É de interesse uma boa relação com a administração, com a ideologia, ainda que não acredite, ainda que não siga, todos querem viver em harmonia: eu sou um agente que cria essa harmonização (Depoimento APSHib).

Do esforço do médico militante do Espiritismo em mostrar a existência de uma postura imparcial (tanto científica como religiosa) que o conduzia para a institucionalização do projeto terapêutico espírita junto à clinica médica fazia-se atualizar nas condições simbólicas no campo da saúde.

Na teoria social de Pierre Bourdieu (1983b), os argumentos de cientificidade no campo da ciência fazem parte da composição de bens simbólicos produzidos para justificar uma eficácia, materialmente falando, como referência à eficácia simbólica, característica do campo religioso ou científico.

Estava atestada que a realização do projeto de terapia espiritual no espaço hospitalar foi possível graças ao argumento de cientificidade, dada pela cosmovisão da religião, reproduzido e difundido pelos agentes. Quando perguntado a coordenadora do Departamento de Assistência Social sobre o uso das terapias espíritas no espaço médico, a noção cientificista impôs-se como condição necessária sob a presença do médico espírita:

Neste período, no meu modo de ver, foi mais significativo, a mudança extraordinária na área espiritual: trabalho e pesquisa, aliança da ciên-

cia tradicional com a ciência espírita, também ao tratamento médico com o tratamento espiritual. Alguma coisa para dar certo teve de substituir o diretor clínico. Esse foi o diferencial para essa conquista. O médico atual foi convidado a assumir parte da clínica e acumular a direção técnica (multidisciplinar) depois dos diretores anteriores, que estavam descontentes (Depoimento AGEHib).

Por outro lado, na opinião dos agentes religiosos, dirigentes da instituição, aquele espaço religioso instituído no interior do espaço médico, junto à clínica médica, deveria partir da noção da existência do espiritismo científico, dada a imagem da organização médico espírita que acreditavam ser referência para a aliança entre espiritismo e ciência:

A doutrina consegue na minha opinião, ser uma religião com raciocínio e ciência aliada, porque a ciência ratifica (ai está a beleza da doutrina por ser uma fé raciocinada), quem ratifica essa "religião" é a ciência. Há questão de 20 anos os cientistas descobriram que não há espaços vazios no universo, é uma matéria que você não vê; então que religião trabalha com a ciência, nenhuma! (Depoimento AGEDir).

Quantos os internos, vai além do tratamento material. O espiritismo não pára onde todos outras religiões param. Progride-se muito, aliás em todos os ramos, basta conversar com um psiquiatra ou um psicólogo materialista, eles batem na parede numa certa altura e volta; o psiquiatra e psicólogo espírita vai mais além, ele chega no ser principal que é o espírito e a ajuda é maior. O tratamento espiritual é a motivação principal do nosso empreendimento filantrópico: primeiro foi abrigar aquelas crianças portadoras de deficiência. Com caridade é claro. Vamos lembrar o seguinte: na natureza o homem não dá saltos, tudo vem ao seu tempo. Quantos anos demoraram para a emissora vir comunicar a doutrina. Só agora houve condições até externas, haja vista a Associação Médico Espírita e o aumento de médicos espíritas no meio universitário. Hoje os médicos já podem falar mais abertamente que são espíritas, que antes eram discriminados. Então tudo tem sua hora. Hoje pode-se falar da universidade do espírito tranquilamente, no jornal, no radio e publicamente porque a característica universal da doutrina dos espíritas facilita, e hoje as pessoas estão mais preparadas por ver tanto absurdo de charlatanismo. Então a doutrina espírita é aceita

por muitos que não professam segundo a característica universal: um católico aceita, o evangélico aceita dentro de uma proporção. Na verdade diria que os ensinamentos da doutrina espírita estão contidos dentro das outras religiões (Depoimento AGEDir).

Aqui são feitos fluidificação da água, só que esta água foi enviada para análise ante s e depois e constatou-se a modificação da água para melhor. Está ai um tratamento realizado com o apoio dos médicos, há uma aceitação geral bem melhor, mesmo dos médicos não espíritas, o que não ocorreu ontem, hoje aceitam o trabalho como aspecto espiritual dos internos. Informações de companheiros e uma equipe de passes à noite, hoje é feito o tratamento (...) uma ratificando a outra: as pessoas aceitam mais fácil o que a medicina diz ou a religião. As pessoas aceitam mais fácil o que o cientista diz. Porque a fé e a religião tem uma tendência, não pela razão e mais pelo temor e medo. A ciência vem ratificando ... onde está a beleza da doutrina, no seu aspecto científico? Porque a doutrina na parte científica anda quase sempre à frente da ciência. Agora a ciência é que está chegando, endossando e ratificando. Mas claro, porque todo bom médico cientista tem uma tendência de ser deus. (...) Quando a ciência se liga à religião, ela se completa e ela também avança mais (Depoimento AGEDir).

No entanto, para outro agente religioso, que ocupava cargo de presidência da instituição, a questão da cientificidade já estava posta desde o Espiritismo de Allan Kardec:

Quando falo de ciência falo de ciência convencional. Existe a ciência, do lado espiritual, que preexiste a matéria, antes de sermos formados, antes de começamos a viver, antes de ter vido para o planeta Terra, a ciência já existia antes. Porque nós sabemos que nosso planeta foi criado a 4 bilhões de anos e 500 milhões de anos e Deus em sua infinita misericórdia sabia que estava fazendo; já havia ciência antes. (...) Quando falo de ciência do corpo, é a ciência que conhecemos aqui. Mas evidente que existe ciência espiritual, que é a preexistência de tudo, é o começo da vida. Nada foi feito no físico sem primeiro preexistir no lado espiritual. Toda ciência, o porquê da vida está no espírito, no conhecimento espiritual. É ciência do espírito, talvez fique mais inteligível para quem não consegue entender (...) A ciência convencional em relação ao espiritismo, o espiritismo tem uma certa missão para alavancar! Nós vamos ver na história do mundo que

sempre houve progresso na ciência, devagar descobrindo as coisas e dar progresso à vida, para ajudar a entender outros problemas que a ciência física não pode explicar. Há um aprimoramento natural, pela bondade divina. Deus quer isso. As criaturas vão sabendo das coisas gradativamente; o próprio cristo falou que não falaria tudo porque nos não entenderíamos. Mas viria o espírito de verdade que falaria o que não pode falar. (...) a ciência é aberta, mas se não tem conhecimento para poder entender, não se consegue; se a ciência não vê e não apalpa ela acha que não é verdade. A prova está ai. Existem aquelas pessoas que vêem espíritos, os espíritos de pessoas mortas, significa que continuam vivas, continuamos a viver e nós sobretudo que conversamos com nossos entes queridos, pessoas que já voltaram à pátria espiritual e aqui conversamos com os internos para ver suas mazelas e dificuldades, para ensiná-los como devem agir para minorar o sofrimento deles e se prepararem para uma melhor reencarnação (...) (Depoimento AGEDir).

Sabemos que a patologia dos internos é irreversível, não vão ser curados para ter uma vida normal e por mais que a ciência faça os problemas continuam. É preciso que se transcenda essa ciência física para ir à causa do problema. E a causa do problema está no espírito, na alma quando encarnado. Está na alma o defeito. Então é preciso educar essa alma para ela poder conseguir vibrar de tal maneira que vá ajudar a viver melhor. Nessa condição irreversível e prepará-la para outra reencarnação melhor, onde não vai trazer essa mazela atual e menos problemática(...) (Depoimento AGEDir).

Esse progresso (individual) pode-se verificar aqui dentro e para isso que estamos fazendo com a área clínica os testes necessários para acompanhar, está sendo anotados nos prontuários, para acompanhar aqueles que estão sendo tratados (do ponto de vista da ciência espírita) podemos ver somente falando com eles, não há um registro ... o que nós fazemos é o seguinte: fazemos o trabalho para que na vida material esteja melhor, nessa vida; na vida futura vai depender se ele vai querer realmente fazer isso. Estamos preparando para uma vida melhor não só nessa vida como em outras. A ciência espírita tem uma certa missão de alavancar o progresso na ciência convencional, Kardec disse que a ciência tem de caminhar com a religião. E a ciência espírita modificar-se-ia se fosse necessário se a ciência convencional provasse que nós estamos errados. O espiritismo estaria errado. Mas isso não acontece,

ao contrário: tudo que o espiritismo falou, ou o que Kardec falou a ciência está confirmando: a existência da alma, os problemas psíquicos, tudo decorre da alma que tem a doença. O espírito que sofre, que sabe passar pela doença ele passa com mais facilidade, prepara a alma para poder passar pela dificuldade: ele mesmo plantou em existência passadas ou na atual existência (Depoimento AGEDir).

7.3.1. A produção de bens simbólicos de saúde

No mundo prático e do trabalho no hospital, o novo espaço terapêutico na vida diária atribuíam novos bens de saúde. Viuseque os embates mais comuns eram dados na oposição entre duas concepções de mundo, dos espíritas e das pajens evangélicas. Com a inauguração do Centro de Estudos Espirituais essa relação conflituosa acentuou-se e mudou de natureza. As rotinas do trabalho das pajens modificaram-se, principalmente em relação à proposta da aplicação de passes nos quartos dos internos.

Se a finalidade do Centro de Estudos Espirituais era dar assistência espiritual aos internos e aos que trabalham na instituição, o mesmo não informava os conflitos de espiritualidade. Para os espíritas, a espiritualidade se manifesta nas atividades espirituais praticadas por médiuns: como nos centros espíritas convencionais realizavam-se no hospital reuniões mediúnicas de desobsessão, passes espirituais exclusivamente destinados aos internos, sessões de energização, sessões de cirurgias perispirituais, fluidificação das águas e receituários de água fluidificada aos internos. O Conselho Doutrinário adotou o trabalho espiritual como ação filantrópica e benemerente, extensão do centro espírita mantenedor, e as terapias espirituais eram interpretadas no campo da saúde, ou seja, estavam disponíveis no setor biomédico do hospital e compreendiam como bem de saúde complementar ao tratamento médico.

Sustenta-se que o projeto da terapia espiritual recebeu apoio daqueles profissionais de saúde que acreditavam na existência da espiritualidade como um bem em trânsito no campo simbólico da saúde. Ou seja, no âmbito hospitalar, havia concorrência explicita de crenças religiosas com variadas versões espiritualistas, cujas cosmovisões diferiam, no entanto, aceitavam a existência das

almas (dos internos), isto é, mesmo que não aceitassem a reencarnação como princípio, acreditavam na existência da alma (ou espírito) acreditavam na existência de almas (ou espíritos), além da existência do corpo físico. Pode-se afirmar, de modo geral, que para a maioria dos funcionários havia uma concepção de mundo baseada na crença ressurreicionista da alma, para outra parcela, em menor número, acreditam na base reencarnacionista do espírito e outra parcela ainda menor, em nada acreditavam. Porém, poucos reclamavam e todos emitiam sentimentos de admiração em relação ao trabalho daquela instituição ligada aos valores do Espiritismo, todos admiravam o projeto caritativo e espiritual da organização geral daquele hospital espírita.

É nesse contexto que as interações entre os agentes encontravam um consenso, e de onde se apresentou o Centro de Estudos Espirituais como um local terapêutico híbrido, ou seja, onde se produzia bens simbólicos de saúde. Sugere-se que as terapias espirituais produzidas no espaço sagrado da religião no hospital (espaço terapêutico híbrido) transformaram-se em produtos simbólicos a serem trocados nos espaço médico do hospital.

Duas situações mostram o consenso de base espiritualista que contribuíram para o estabelecimento das terapias espirituais no espaço do hospital.

Uma primeira situação se verificou em uma reunião antes dos médiuns entrarem em estado de transe. Havia, no ritual espírita, momentos preparatórios que, de modo geral, estudavam-se um determinado tema previamente preparado. Em uma dessas sessões, o estudo sobre o livro de um médico, Jorge Andréa, centralizou o assunto que versava sobre o modelo espírita de consciência. O médico espírita do hospital explicitava no grupo de religiosos o assunto (desequilíbrio mental) do ponto de vista do conhecimento biomédico, e esclarecia como se procedia em um diagnóstico de abordagem materialista:

> *Esta é uma discussão, uma reflexão muito importante e que não tem uma boa solução ainda. O que pensa o médico quando prescreve uma medicação. Ele parte de um conhecimento de que esse desequilíbrio é exclusivamente neuroquímico. Ou seja, a consciência é um produto da atividade neuronal celular, e o que está na base disso são substâncias*

neuroquímicas ao nível dos neurônios produz uma consciência e compreensão. Se essas substâncias estão em desequilíbrio você tem uma consciência desequilibrada, que se pode chamar de neurose, psicose, depende do grau, são classificações. A correção disso é identificar a substância e promover um reequilibro externo. Isso é que pensa o médico quando está prescrevendo (Diálogo APSHibr-médico).

Mostrou sua opinião sobre a dualidade matéria e espírito, postada por Allan Kardec. O discurso desenrolava-se muito mais por um argumento em que se deseja apontar um diagnóstico diferenciado frente às diferenças entre as concepções religiosas e as concepções biomédicas da doença, esforços que apareciam para legitimar no espaço hospitalar a doutrina dos espíritos e sua base científica:

Acontece que nós temos um outro conhecimento, que vem de outra fonte que diz o seguinte: a consciência não é um produto de atividade neuronal. É lógico que vai muito além disso. E essa outra fonte, que afirma isso, não é somente espírita. Por exemplo, o Freud não era espírita e no entanto ele dizia, pode ser que tenha ou no futuro possa encontrar, mas hoje não consigo explicar a consciência falando de neurônios, não dá; é uma coisa muito complexa, não dá para fazer esse link, talvez no futuro os cientistas consigam fazer isso. Até hoje não conseguiram. Mesmo quando o Crick veio na Nature e falou que identificou as células responsáveis e tudo o mais, na comunidade científica ninguém mudou de concepção por causa disso. Mais uma vez o indivíduo insiste em querer reduzir uma coisa muito abrangente numa questão neuronal, não é possível. Mas diziam, estamos chegando e vamos conseguir explicar tudo isso (Diálogo APSHibr-médico).

Refletia o médico espírita transformando-se em um agente terapêutico híbrido ao justificar a necessidade de assistência espiritual como mais uma terapêutica na prática médica. Descrevia os procedimentos clínicos diante da situação espiritual do interno, fora da base organicista da medicina materialista:

Então fica a questão: o que é a consciência. E ai vem as teorias, como a dele (Jorge Andréa, médico espírita autor do livro estudado) e a teoria espírita, que explica dentro de um processo reencarnatório, dentro de um

processo de camadas inconscientes e tudo isso. Mas, não explica como se faz essa interação com o corpo, fica também uma teoria desconectada. Então você fica com uma teoria que tenta explicar o nível orgânico e tem procedimentos (racionalidade médica) próprios para esse nível orgânico e uma teoria desconectada desse nível orgânico; olha é muito maior que isso, e que tem procedimentos próprios dessa teoria. Então quais são os procedimentos próprios do espiritismo: os fluidos, a desobsessão, o resgate da reforma íntima; esses são os procedimentos próprios sustentados pela teoria espírita e que não são articulados com a questão orgânica (Diálogo APSHibr-médico).

Então o que acontece com um médico que é espírita e conhece os mecanismos biológicos: ele vive exatamente esse conflito, que pensa o seguinte: eu não tenho uma teoria que faça essa articulação de forma adequada, então vamos pelo bom senso. Eu sei que tenho que deixar alguma condição para o espírito ser resgatado, mas sei também que se esse sistema não for corrigido ele morre. Então o indivíduo que tem neurose grave ou psicose, se você não dá uma medicação para ele, que seda ele, que inibe a capacidade daquele espírito se despertar, ele pode morrer, se suicidar, aquele desequilíbrio pode acabar com a oportunidade de fazer um resgate. A gente entra com a medicação para atenuar, mesmo sabendo que isso possa prejudicar a manifestação daquele espírito, interação dele, mas tentando fazer aquele misto (Diálogo APSHibr-médico).

Identificava, portanto, um modelo para tomada de decisões clínicas, onde não se descartava nem uma nem outra maneira de trabalhar com a medicina. Primeiro aderia às concepções biomédicas (uma prioridade na manutenção da vida), depois considerava o progresso na área da ciência psiquiátrica, nos seguintes termos:

Como você vê que nesse momento ainda assim está havendo um progresso, porque se entende que essa melhora é para conscientização? Entendo da seguinte maneira: coloco como prioridade a vida. Primeiro é a preservação da vida. Se existe o processo de reencarnar é porque é importante para o desenvolvimento do espírito. Então tudo que puder ser feito para que se mantenha uma duração desse processo, deve ser feito. Se foi deixado o espírito voltar então não precisava ter vindo. Para concluir então a prioridade para mim é a manutenção da vida. Depois entendo o

seguinte: somos muito ignorantes para saber qual é o impacto que um sujeito, que está vivo e reencarnado, tem uma interação, mesmo tendo uma interação prejudicada por um desequilíbrio, mesmo de uma interação que não consiga compreender. Veja nossos pacientes aqui, tem um cognitivo prejudicado, no entanto, vemos pelas manifestações (espirituais) que mesmo assim é válida a vida deles (Diálogo APSHibr-médico).

Como aparecia no sistema de crenças, a solução do médico espírita pendia mais para uma concepção política do que religiosa, ao jogar em ambos os lados (do campo religioso e médico) de modo a considerar ambas as posturas parte da racionalidade médica: o diagnóstico e tratamento biomédico e o diagnóstico e tratamento espírita foram reavaliados e colocados em um único modo de entendimento.

No entanto, como ocorreu no espaço médico o trânsito do bem simbólico de saúde? Dos valores espirituais do Espiritismo não se abre mão da reencarnação, da necessidade de evolução dos espíritos, das influências dos espíritos na causação da doença e do apego às terapêuticas perispirituais. Contrariando a ciência materialista essa questão, assim colocada de modo indireto ao próprio médico espírita, explicita o que entendia por um posicionamento adequado ao conflito matéria-espírito:

Não é hipótese nem teoria, é a verdade, o espírita é assim, ele têm certeza, ele não crê, ele tem certeza, essa é a verdade. Para a ciência eu concordo, o senhor falou como médico. O que quero saber é o seguinte: que essa teoria espírita (do livro em estudo), ela também não consegue explicar a conexão do espírito com o corpo. Mas já está tudo explicado em Kardec, e isso não o senhor não colocou (Diálogo AGE).

Como espírita eu penso exatamente como a senhora falou. O meu lado espírita, não tem dúvida da vida após a morte, nenhuma. A minha realidade é essa. Agora, como cientista, eu também sou conhecedor dos mecanismos da ciência. O meu propósito hoje, o meu trabalho aqui na instituição, é estabelecer uma articulação entre ciência e espírito. Eu procuro ter um discurso que mostre essa articulação, que mostre o que na doutrina espírita pode iluminar a ciência para que a ciência possa se sentir articulada. O que observo é o seguinte: que se eu chegar no ambiente como espírita. (...) se eu chego espírita no meio espírita eu ofusco (...) (Diálogo APSHibr-médico).

Uma segunda situação, a tônica não recaiu sobre a presença de um espírito desencarnado, que geralmente se encontrava nas sessões mediúnicas a possibilidade de cura espiritual para sua alma. O que estava no jogo simbólico da saúde era a saúde espiritual do próprio interno que se manifestava em espírito na presença física do médium. Os serviços mais corriqueiros nessas sessões mediúnicas no hospital eram as cirurgias perispirituais. Tratava-se de uma situação *sui generis* inclusive para o centro espírita mantenedor, uma vez que a referência sobre terapia espiritual diferia das reuniões mediúnicas ordinárias.

Instaurado o local para esse tipo de trabalho espiritual e estruturada as condições para o exercício mediúnico a equipe médica selecionou casos pelo critério de urgência. Acompanhou-se por dois meses o tratamento espiritual de um caso clínico no estado de urgência. Seguiu-se o prontuário eletrônico, onde se mostrava a atuação das duas equipes terapêuticas, médicos e espíritas, avaliando a evolução dos problemas espirituais do paciente. O seguinte diagnóstico apontou a necessidade da fonoaudióloga de enviar a interno para o tratamento de cirurgia espiritual:

> *A assistida na enfermaria, alimentando-se por sonda desde 08/10/02 com quadro de disfagia orofaringea graves, com relatos recentes de regurgitações. Durante reavaliação apresentou padrão oral de base. OFAs com mobilidade reduzida, sem vedamento labial eficiente e protusão de língua. Reage ao toque facial e apresenta sensibilidade intra-oral exarcebada em hemilíngua, sendo esse bilateral, a captação e ejeção de saliva ocorre lentamente e a deglutição é realizada de forma fragmentada, sem sinais aparentes de aspiração, porém na auscuta servical presença de ruídos audíveis sugestivo de penetração laríngea (reflexos presentes??) controle de assilorréia assistemático. CD: assistida sem indicação para alimentação via oral, mantenho sonda e acompanho as condutas do caso* (Dados retirados do arquivo da instituição)

A paciente encontrava-se no quarto especial para sondados, desde o começo do mês de janeiro de 2003. Tratava-se de um problema que ela possuía há tempo, conforme informações de sua história clínica pregressa. Vale a pena apresentar alguns antecedentes clínicos dessa paciente, registrados pela equipe médica do

hospital desde a época de sua internação. Contava 10 anos de idade e foi diagnosticada como deambulante (*sic*), deficiência mental severa, CID Neurologia G 31,9. Dezoito anos depois, a equipe da unidade hospitalar classificou a mesma paciente pelo diagnóstico para escala de desenvolvimento "Portage Guide" e fez uma reavaliação, observando uma discordância de diagnóstico entre a Psicologia e a Psiquiatria, apontando a necessidade de reavaliação conjunta por critérios de afetividade, participação, atividades, grau de dependência, visita diária, sociabilidade e aspecto físico.

Descrita na folha de triagem, a paciente foi internada em 1983. A mãe da paciente procurou o hospital espírita e o médico clínico responsável registrou na época o seguinte histórico, informado pela cliente:

> *(...) anoxia neonatal, convulsividade aos 2 anos, contusão no crânio com ± 4 anos, bcps de repetição, varicela com 2,5 anos, tio paterno DM (deficiência mental), dois irmãos com problemas de aprendizagem e com ma formação no esôfago". Já o neurologista mostrou em relatório que a paciente possuía "RDNPM convulsiva, Microcefalia, Agitação psicomotora* (Dados retirados do arquivo da instituição).

O psiquiatra relatou algumas características fenomenológicas como "não chega a verbalizar, ri sem motivos, dificuldade de compreender pedidos, alimenta-se sozinha, usa fraldas, é convulsiva" (Dados retirados do arquivo da instituição). O médico fisiatra apontou que a paciente era uma "criança ativa, não fala, obedece a ordens, possui incoordenação (sic) manual mais fina e marcha sobre calcanhar no solo, tem reflexos profundos exaltados e DM atoxia distal" (Dados retirados do arquivo da instituição). O setor de Psicologia informou que a paciente estava integrada no Programa Deficiência Mental Profundo. O diagnóstico da fisioterapia era de que "Marcha independente, Considerada ineligível para trato fisioterápico" (Dados retirados do arquivo da instituição), enquanto a fonoaudiologia apontou que "a atividade pré-linguística: compatível com o esperado para seu nível mental, Independente dos hábitos de alimentação e a Atividade linguística: nível de recepção: atende ordens simples, nível de emissão: emite apenas sons 'ma ma'" (Dados retirados do arquivo da instituição). A Terapeuta

Ocupacional anotou que se tratava de um caso grave e a pedagoga definiu se tratar de um caso de "retardo maior no cognitivo, compreensão rebaixada e não fala, interesse por material, após o período de socialização deverá participar de grupos de estimulação global" (Dados retirados do arquivo da instituição). O setor da Educação Física mostrou que a paciente tinha "o nível de desenvolvimento motor para frequentar este setor" (Dados retirados do arquivo da instituição) e no Serviço social apresentou relatório, mostrando que a

> *menor proveniente de família legalmente constituída e desorganizada pelo falecimento do genitor há 8 anos. O grupo familiar é composto por genitora, a menor e mais três irmãos, residentes em dois cômodos pequenos em precárias condições ambientais. Ambiente familiar sem estimulação necessitando tratamento médico especializado e considerando baixo poder aquisitivo da família* (Dados retirados do arquivo da instituição).

Pelas avaliações e relatórios do corpo clínico e dos setores do Departamento Interdisciplinar constantes no ano de 2003, reavaliaram a paciente e concluíram o seguinte. O psiquiatra mostrou que o relatório designava um diagnóstico CID 9 - DSM III (F73 + G40), e a Neurologia apresentou diagnóstico de "encefalopatia não progressiva devido à hipoxia mental, microcefalia, síndrome psíquica com atraso DNPM e DM profunda, síndrome piramidal déficit no global e liberação, síndrome convulsiva, compensada com uso de fenoburbital" (Dados retirados do arquivo da instituição). Por outro lado, a Psicologia, desde 1984, mostrava que a paciente tinha "baixo nível de atenção, compreensão e execução que não atinge nível de ordens Deficiência Mental Profundo" (Dados retirados do arquivo da instituição), embora em 1992 a Fonoaudiologia tenha apresentado em relatório

> *constante sialorréia (sic) e não percebe que fecha a boca, permanece o tempo todo sorrindo. É exagerado. Possui pouquíssimo conhecimento cognitivo. Não ouve som inteligível ou semelhante a uma palavra. Somente risos* (Dados retirados do arquivo da instituição).

Diante do quadro crônico de uma doença geneticamente incurável, a paciente mostrava-se agora com um problema de deglutição, fundamental para a manutenção do corpo, causando problemas na deambulação e, consequentemente, causando depressão dada que era sempre ativa.

Enfim, os problemas que motivaram o médico espírita a apresentá-la como um caso para tratamento espiritual foram problemas de ordem corporal, mas reinterpretados como problemas espirituais ligados à qualidade de vida. O médico espírita, representando a área médica, levou à apreciação do plano espiritual, em busca de obter uma solução alternativa a esta decisão do grupo de médicos: uma pequena cirurgia que permitiria introduzir alimentos via estômago, resolvendo o problema embora os riscos da cirurgia fossem bem grandes, uma vez a debilidade física, por ter tirado a alimentação via oral, que apresentava por isso limitações físicas devido ao problema de deglutição. O quadro clínico ficava mais claro pelas palavras do diretor clínico, quando a apresentou ao grupo de religiosos na reunião mediúnica:

> *Essa é nossa irmã, que tem problemas de deglutição. Não tem havido nenhuma modificação do quadro dela. Continua sem deglutir. Qualquer quantidade, ainda que seja líquido, ela se afoga. Ela está sondada por esse motivo. Ainda estamos esperançosos que possa haver uma modificação com a ajuda espiritual. Sabemos que é um processo lento e a maior angústia é essa, que vocês estão vendo, ela é super ativa. Ela está de luva, porque, se deixar sem luvas, ela tira a sonda. Por causa disso ela tem tido limitações físicas, que antes não tinha. Do ponto de vista físico, não há uma possibilidade de evolução, a não ser fazer cirurgia, porque o problema já existe, com um comprometimento do aparelho de deglutição. Até diria que do ponto de vista físico as coisas estão piorando, porque na famosa lei do uso e desuso, aquilo que não é usado vai se degenerando. Como ela não está deglutindo, a capacidade dela recuperar uma deglutição vai diminuindo com o tempo. Do ponto de vista dos técnicos, existe uma certa desesperança de se recuperar. No caso dela, ou ela vai ficar sondada pelo resto da vida com todas essas restrições, ou faremos uma jejunostomia, um buraco para se colocar comida direto no intestino* (Diálogo APSHibr-médico).

O médico espiritual (manifestado por uma médium) orientou o médico espírita, separando os problemas do corpo dos problemas da alma e mostrando a necessidade de assistir à alma da paciente, por meio de cirurgias perispirituais, enfim, explicitando sobre a doença espiritual por que passava a paciente:

> *Talvez alguns casos refletiriam no corpo biológico e outros nem sequer por um momento influenciaria. Já ouviram falar, o nosso doutor que aqui está, já ouviu dizer a palavra dor-auxílio, tão usada por todos e tão pouco praticadas por muitos? A nossa paciente está sendo poupada para um mal maior. Deverá dar continuidade para os cuidados para que aqui no primeiro momento em que ela se apresentou conosco. O tratamento está sendo direcionado perispiritualmente falando. Por isso talvez até, como vamos definir, não falamos de piora, mas de melhora, não falamos de desesperança, mas de esperança. E aqueles que estão ao seu derredor em todos os momentos deverão auxiliar com otimismo, vibrações de amor, envolvendo a nossa interna. Fisicamente, aparentemente, poderá aparecer que está piorando, mas perispiritualmente, estará se desvencilhando desses males que a aflige, e todo processo que se refere à alimentação. Está havendo um expurgo, ou melhor, uma limpeza, em todo aparelho para que ela possa realmente sentir o alívio necessário para que sua mente possa se tranquilizar. Meus irmãos presentes, quanto ainda precisamos estudar e compreender esses fatos, que são trazidos até nós. Sabem todos que não existem milagres, ou melhor, existe o milagre da vida que é o maior de todos, e aqui está a vida sendo tratada, a vida sendo acompanhada, por todos aqueles que se dispõe de amor e muito trabalho. A nossa irmã deverá se sentir privilegiada por estar sendo tratada dessa forma, com tantos cuidados, com tanto carinho e dedicação. Poucos, muito poucos têm a oportunidade de estar sendo tratados dessa forma. Estaremos nesse instante por alguns segundos, com auxílio dos companheiros, fazendo uma assepsia na sonda, para que possa estar desbloqueando alguns pontos para que nossa irmãzinha possa sentir-se um pouco mais aliviada. Nos auxiliem, por caridade, mentalizando toda região onde está sendo trabalhada a assepsia. Pedimos, querida, que nos ajude, diante as nossas conversas, nos auxiliem para que o alívio seja maior. Estamos acompanhando, estamos falando ao seu ouvido, não se preocupe com a distância. (...) Já está dispensada* (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

O médico espírita, diante do fato, assente a cirurgia perispiritual e aceita como forma de tratamento complementar a intervenção espiritual. No entanto, o motivo mais interessante que o levou a solicitar os serviços de assistência espiritual, mais prolongado para a paciente, dizia respeito ao dilema do corpo clínico: se procedia ou não com uma pequena cirurgia, de modo que tal perplexidade sobre a questão da qualidade de vida, identificando-se com a questão da espiritualidade, poderia implicar uma reinterpretação de problemas de ética médica. Uma sequência de argumentos, na forma de diálogo, foi travado entre o médico espírita e o médico espiritual (através da médium), com intervenção da religiosa dirigente:

> *O quadro dela, todos aqui presentes somos muito esperançosos, sabemos que a ajuda é no perispírito, sabemos que isso pode repercutir fisicamente ou não, mas sabemos que mesmo que não repercuta fisicamente ela está sendo beneficiada. Esse foi o objetivo de trazê-la aqui. Por outro lado, existe também uma demanda do corpo clínico, de submetê-la a uma cirurgia e eu tenho adotado a seguinte postura: vamos aguardar mais um pouco, porque a evolução da assistência espiritual venha se manifestar mais intensivamente, não é? Então, a minha expectativa é de manter esse aguardo para que a gente possa tomar uma decisão de operar ou não* (Diálogo APSHibr-médico).

> *Se o doutor me permite. Nós jamais interferimos nas decisões dos nossos companheiros que têm nas mãos as responsabilidades, mas deixaremos aqui uma questão a ser analisada pelos nossos doutores: em que aliviaria o processo físico da nossa paciente com sofrimento maior?* (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

> *Então, essa é uma grande discussão. O que estou fazendo aqui, esses comentários clínicos, não é no sentido de eximir-me da responsabilidade decisória, em momento algum passou isso pela cabeça. No sentido que será crítico, com a ajuda espiritual, podemos observar e tomarmos a decisão em cima dessa observação. Agora a grande discussão que existe no corpo clínico da instituição é que esses pacientes, como o caso dessa paciente, que aqui é muito comum, se não há prognóstico que ela volte a deglutir (ela recusa o alimento), passar o resto da vida com a sonda*

e todas essas restrições que está sendo imposta a ela, ficar com luva na mão, ser contida no leito, disponibilidade de ter uma pessoa cuidando só dela, porque ela demanda isso, ela tem o desejo de deglutir, o desejo dela de colocar alguma coisa na boca está prejudicado, está prejudicado o momento de engolir. O que acontece então: se colocar um líquido um pouco maior que a saliva, esse líquido vai descer e não vai para o estômago, vai para o pulmão. Então, a sugestão que existe, não há unanimidade nessa discussão que é polêmica, nem todos pensam da mesma forma, que talvez fazendo um buraco no estômago e no intestino e ai o alimento cai direto e fazendo uma proteção podendo ter maior mobilidade, ficaria sem sonda. Esse é o grande dilema: quando se faz isso se abandona totalmente a possibilidade de deglutição e se levanta a questão da qualidade de vida. (...) Há outros casos parecidos à paciente aqui presente e achávamos que não iria voltar mais (da sonda) e voltou. E há outros casos ainda; não existe uma dificuldade de ser <decidido>...., porém, nós temos pacientes que tem 20 e tantos anos de sonda, mas ela não requer, tem limitações físicas, então não tem essa hiper-atividade dessa paciente, é uma pessoa que ficaria acamada mesmo. Então, já está acamada e ficar com sonda é uma coisa; agora, colocar sonda em quem passeia é outra coisa. Nós temos pacientes, aqueles classificados pacientes que colocam objetos na boca, sabemos também que se ela tiver uma sonda ela pode retirar a sonda. De qualquer jeito, a decisão não é fácil. Por isso que, como a gente acredita que o plano espiritual pode trazer benefícios aos assistidos, nós estamos também usando esse recurso no caso dela. No caso de todos os pacientes sondados da instituição, que estão no grupo de energização, também utilizando esse recurso. Todos vão ter oportunidade de receber tratamento nesse nível. A expectativa não é de substituir responsabilidades, e sim de somar esforços, no sentido de que a assistência melhor possível possa ser dada aos nossos internos (Diálogo APSHibr-médico).

Trabalhemos juntos doutor, trabalhemos juntos. Se fosse fácil não teríamos mérito nenhum. Graças à misericórdia divina temos uma casa como essa que abriga e que ama. (...) (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

Gostaria de fazer uma colocação, que me envergonha até. E para nós é angustiante, principalmente para o Dr. Frederico, acredito. E para também, que somos dirigentes da casa e que sentimos as nossas crianças

como se fossem nossos filhos. Os espíritos aqui presentes e todo corpo médico espiritual poderiam, desde que não vejo nada ao contrário, autorizar o corpo médico da casa a tomar a decisão para que possibilite o melhora à menina? (Diálogo AGEDir).

Mas eu me sinto autorizado (...) (Diálogo APSHibr-médico).

Não, porque, como não foi dada uma resposta, o senhor se sente como médico, mas nós aqui ficamos assim numa situação delicada de observadores. Então eu gostaria de ouvir uma palavra rapidamente (Diálogo AGEDir).

Talvez não tenha sido um tanto mais claro, pois nós nos direcionamos ao corpo clínico e gostaríamos de dizer aos irmãos queridos que aqui se encontram, que quando há dificuldade de tomarmos uma decisão, nós encontramos um caminho, pois a responsabilidade é de cada um individualizada. Recorremos ao médico dos médicos e ele nos intuirá no momento certo. Não queremos violar regras muitas vezes necessárias. Todos fazem uso do livre-arbítrio e a responsabilidade é de todos, mas queiramos todos nós que a nossa irmãzinha que por aqui passou, como tantos outros que se encontram aqui abrigados a esta casa, possam receber todos os cuidados, mas que a parte física deverá aguardar ainda alguns dias para que as decisões sejam direcionadas. (A decisão será feita pelo médico?, pergunta novamente a religiosa). Neste momento sim, mas não podemos esquecer que não deverá se precipitar, muita calma até o retorno da nossa irmãzinha (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

De fato, o caso prosseguiu em tratamento por dois meses, tanto pela perspectiva médica, quanto pela perspectiva da medicina espiritual. No entanto, continuou sem solução a decisão adotada pela clínica médica. É o que ficara constatado pelos relatórios de evolução espiritual do Departamento de Atividades Interdisciplinares.

Importante destacar a organização das informações que transita entre a área espiritual à área médica, através dos relatórios das evoluções da terapia espiritual. É da responsabilidade de um profissional de saúde que frequenta a reunião mediúnica no Centro de Estudos Espirituais a formação de relatórios do tipo ata.

Assim ficou descrito o caso pelo diagnóstico espiritual informado pelo médico espiritual, a cuja fonte mencionou evolução do tratamento espiritual no primeiro dia que compareceu a paciente:

> *O parecer do mentor da médium A (médico espiritual), referindo a necessidade de aceitação do auxílio espiritual, por parte do assistido B (paciente). A paciente adentrou a sala, deambulando normalmente e explorando visualmente cada participante. Demonstrou interesse pelo novo e bem-estar ao mesmo tempo. Apresentou necessidade em tocar algumas pessoas, até que com auxílio permaneceu sentada. Exposto o quadro clínico pelo Dr. C (médico espírita), que consiste na dependência de deglutição com necessidade de uso de sonda para alimentação, exigindo contenção, uma vez que a mesma retira a sonda para ser ativa e deambular livremente. Existe como proposta clínica a realização de possível jejustomia, que poderia obter-se ou não resultados satisfatórios, sendo dessa forma questionável a viabilização. Dr. A (médium A) pronunciou-se, descrevendo a retirada de plaquetas que estariam obstruindo o canal digestivo como ponto de partida (limpeza espiritual) e observação nos próximos dias. Apontou como causa espiritual o acúmulo de tristezas e questões pregressas, que haviam comprometido através do perispírito o aparelho físico (digestivo). Seria acompanhada espiritualmente. Indicou acompanhamento incisivo de fonoaudióloga e psicóloga, com envolvimento de afeto e acolhimento. Indicação do médico espiritual: além do acompanhamento técnico citado acima, passes magnéticos diários, inserção da assistida no grupo de energização (Sondados) e recomendado cuidados básicos (alimentação, temperatura ambiente e água fluidificada três vezes ao dia (garrafa especial)* (Dados retirados do arquivo da instituição).

Duas semanas depois, ou no segundo dia de tratamento espiritual, a assistente do setor médico espírita anotou o seguinte:

> *Tratamento perispirítico. Após período de análise dos estudos doutrinários, houve a manifestação do Dr. A (médium A) (médico espiritual) para que a assistida adentrasse à sala. A assistida em princípio mostrou-se calma, atenta às orientações advindas do Dr. A, em seguida querendo deambular pela sala toda e explorar o ambiente (talvez pelo fato de permanecer contida para não retirar a sonda). Indicação do médico espiritual: reintrodução paulatina de dieta via oral para possível reti-*

rada de sonda, sob o acompanhamento do profissional fonoaudiólogo e acompanhamento psicológico para maior acolhimento, atenção e afeto. Passes magnéticos e energização (Dados retirados do arquivo da instituição).

Seis semanas depois, na reunião mediúnica, o médico espiritual pronunciou-se a respeito do caso. Dialogando com o médico espírita, o médico espiritual propõe um princípio diante a exemplificação do caso: o que se fazia naquelas sessões espíritas eram cirurgias perispirituais, que deveriam ser interpretadas na sua forma e conteúdo como um tratamento espiritual e não como um processo de cura física. A confusão entre valores e procedimentos terapêuticos (espirituais e médicos) diante do acolhimento dos procedimentos do médico espírita foi questionada pelos religiosos presentes na sessão mediúnica e, num processo de troca simbólica, os administradores da casa subscreveram a definição híbrida de terapêutica, um tratamento espiritual simultâneo ao diagnóstico e tratamento médicos:

> *Nosso doutor, junto a sua equipe, hoje se encontra seguro da resolução com nossa paciente e ficamos felizes. Nós falamos que o trabalho seria em conjunto, resolvido por ambos as partes, que tratávamos do perispírito e a equipe do doutor tratando do físico e essa junção facilita o desenvolvimento e atuação de ambos os lados. Repetimos que não se trata de um trabalho de cura e sim de tratamento. Que os resultados muitas vezes não se tornam visíveis, materialmente falando, mas de nossa parte está fluindo dentro da normalidade e até um pouco mais se assim possamos acrescentar, mais rapidamente do que até poderia acontecer se não houvesse a colaboração de todos. Estamos felizes com o andamento do trabalho que está sendo realizado, muito embora visualizem as dificuldades, pois a nossa irmãzinha ainda não consegue, para os olhos físicos, alimentação adequada, mas não se preocupem tanto, dentro das suas necessidades apenas. A resolução a ser tomada nesse momento, como dissemos que os nossos colaboradores, doutor com sua equipe, já estão conseguindo uma definição, isso é muito importante, segurança daquilo que estão fazendo. E de nossa parte vamos continuando agindo exatamente como desde o início*

desse trabalho. Não achamos conveniente, neste momento, hoje já podemos abrir um pouco mais, uma cirurgia física, com algumas complicações. Talvez um pouco mais de paciência, doutor, não estamos dizendo o que terá de fazer, por favor não interprete como interferência no vosso trabalho, mas apenas como orientação, visualizando com mais amplitude, enxergando um pouco mais profundamente aquilo que os olhos físicos não podem visualizar; mas ainda insisto que a decisão é vossa, apenas os cuidados. Se for possível aguardemos um pouco mais (AGEM - médico).

Veja, não é nosso objetivo marcar a data (...) a decisão é sobre uma alternativa corretiva, mas estamos procurando alguém que possa fazer isso. Ainda não encontramos, estamos caminhando para isso (Diálogo APSHibr-médico).

Exatamente, não devemos nos apressar, fazer de acordo com o que foi determinado por todos nós, manter a calma e o equilíbrio, mas trabalhando, buscando o que for possível dentro da capacidade do homem ainda limitada, mas trabalhando, não podemos parar (AGEM - médico).
Alguma coisa que pudesse ser feito materialmente para a cirurgia ser prosseguida? (Diálogo AGEDir - fundador)

Já está sendo feito tudo que é possível no momento, está sendo tratado todos os pontos. É que ainda nós, eu me incluo também junto com vocês todos, ainda não conseguimos desenvolver a paciência, ainda temos muito a trabalhar e às vezes nos precipitamos. Nós voltamos a dizer, estamos desenvolvendo a paciência, todos nós, eu me incluo com vocês. Tudo está sendo feito de acordo com a necessidade da nossa paciente, e ela sabe perfeitamente e está colaborando agora para que todo o trabalho se desenvolva dentro das suas necessidades, que ela bem conhece quais são. Mas, tenham a certeza que ela está nos auxiliando muito, principalmente durante o sono físico, quando nós a levamos para pequenas cirurgias e ao retornar ela se sente um pouco mais aliviada. Por isso não tenham preocupações excessivas com a alimentação, ela está muito bem alimentada, meus queridos. Ainda deverá retornar, talvez por um tempo não muito longo. Está sendo bem acompanhada, está colaborando; se continuar colaborando

conosco naturalmente ela será liberada por nós, aliás, por vocês. Nós continuaremos o tratamento sempre, até o momento do reencontro, não é isso Regina? Ela está me ouvindo, ela me ouve sempre, não é querida? Muito bem. Um beijo no seu coração. E até mais tarde (AGEM - médico).

Ficou bem claro. A maior preocupação nossa é alimentação. A preocupação é nesse sentido (Diálogo AGEDir - fundador).

(...) de tirar a sonda. Ela só é alimentada pela sonda (Diálogo APSHibr - médico).

Só pela sonda, realmente é uma coisa desagradável, por isso nossa pressa. Nós estamos vendo, no momento presente, nós queremos libertá-la desse tormento. Nós sabemos que às vezes é necessário, tudo bem, não é? (Diálogo AGEDir - fundador).

Até porque a cirurgia de jejunoscopia os próprios médicos da casa são capazes de fazer, mas estamos deixando esta como última alternativa. A ideia dentro das soluções é talvez uma cirurgia de correção no nível de pescoço, mas não é uma cirurgia fácil. É preciso um profissional especializado, tem a coisa de hierarquia do SUS, talvez ficasse mais cara. Então isso está dentro do processo (Diálogo APSHibr - médico).

Se me permite, quando há um tratamento espiritual definido, o que deve ser feito ao nível de prevenção, principalmente em se tratando desse caso de correção, poderíamos propor que ele descobrisse a pessoa que da nossa parte iríamos atrás, mas antes aguardaremos essa parte espiritual decidir (Diálogo AGEDir).

Eu acho o seguinte, ainda que haja uma chance com a cirurgia espiritual, uma operação física será necessário, mesmo com a ajuda espiritual. Qualquer coisa diferente disso me surpreenderia. A minha expectativa é de que a ajuda espiritual, ela vem somar a essa hipóteses. Eu até imagino que possa ajudar em encontrar a pessoa certa na hora certa (Diálogo APSHibr - médico).

Então quando vier a autorização (...) (Diálogo AGEDir).

Na realidade ele foi bastante claro, o dr espiritual falou que a cirurgia, o tratamento que está sendo feito é perispirítico, não vai alcançar o físico. A questão de alcançar o físico é nossa. É o médico e sua equipe que deve resolver e buscar que for bom, eles não vão interferir (Diálogo AGEHib).

Meus irmão queridos, temos tanto a fazer. Estamos preocupados com um de nossos pacientes, mas há centenas deles necessitando dessa cirurgia de correção. <o médico aqui em nossa casa pelo menos uns quinze>. São centenas, centenas e talvez milhares que necessitam. De nossa parte aquilo que está em nossas mãos é o que podemos fazer no momento (AGEM - médico).

Talvez uma fraqueza, não sei, gostaríamos de ter o resultado, respeitamos e entendemos a sua posição, perfeitamente, e vamos procurar respeitá-la 100%. Não é que há pressa, nós queríamos tanto, mas sabemos que existem milhares de dores no mundo piores até. E que os nossos internos, até brincamos eles moram num hotel de luxo (Diálogo AGE).

Jamais iríamos de alguma forma dificultar o trabalho, pois a ciência dos homens, cada vez mais, estará capacitada para desenvolver o seu trabalho e nós apenas colaboramos, dentro das nossas necessidades, da nossa pequenez, fazemos o possível para auxiliar os nossos companheiros. E aqui estaremos sempre à disposição do trabalho, não podemos mais parar no meio do caminho. O avanço da ciência e da tecnologia é para que os homens encarnados desenvolvam o seu papel e nós aqui apenas somos colaboradores e contamos com todos vocês. Agradecemos a oportunidade, essa abertura que nos deram nessa casa principalmente para que pudéssemos mostrar um pouco de tudo aquilo que precisa ser realizado. Estamos apenas iniciando, mas é um campo imenso, vasto de trabalho dentro da ciência. É preciso que cada um de nós possa se fortalecer no estudo, na união de todos para que o trabalho possa crescer. Agradeço a oportunidade de fazer parte (AGEM - médico).

Aceitos os novos argumentos, a definição de espiritualidade se rearranja, os espíritas comprometem-se com uma agenda mé-

dico espírita centrada na escolha de procedimentos terapêuticos médicos e religiosos, adotando-os e os aplicando aos projetos práticos.

7.3.2. O mercado simbólico de bens espirituais

Pode-se afirmar que a discussão sobre a consciência, colocada no espaço religioso, teve o propósito de trazer ao discurso biomédico um elemento de ligação simbólica, de significados comuns com o Espiritismo, de modo a quebrar o tabu das terapias espirituais junto ao corpo clínico do hospital. Por exemplo, o caso Silva, que para os espíritas alcançou a cura espiritual, ocorreu graças à consciência do interno Silva. A recorrente menção, pelo médico espírita, ao caso Silva transforma-se em um bem simbólico, principal recurso disponível para a troca no espaço da clínica médica. O caso Silva carrega estes principais bens simbólicos espíritas, produzidos e distribuídos no Centro de Estudos Espirituais: 1) a crença na existência de espíritos, especialmente aqueles argumentos organizados no espaço da prática mediúnica no hospital, quais sejam: 2) o argumento de cientificidade do Espiritismo, 3) a comprovação da eficácia das terapêuticas espíritas e 4) o uso da terapêutica espírita para a finalidade de fazer funcionar, de modo complementar e integral, as terapêuticas médicas.

Outro episódio em torno da água fluidificada (um bem de saúde fundamental na cosmovisão espírita, considerado essencial para o tratamento espiritual) pode servir de exemplo e apontar a efervescência de um mercado de bens simbólicos.

Assim se verificou o diálogo em uma sessão espírita, em que, em conjunto o médico espiritual (incorporado na médium) e o médico espírita, deliberaram sobre o problema com a água fluidificada que surgiu no espaço médico, e fora levado à diretoria do hospital como um problema trabalhista:

> *Eu tenho uma necessidade de fazer uma colocação que foi levantada numa reunião de diretoria, mas é uma necessidade de se pôr em prática. Nós levantamos a questão da quantidade da água fluidificada, da necessidade diária, que quantidade deveria ser dada, a necessidade diária de uma quantidade a ser tomada. Nós gostaríamos de ouvir o mentor*

a respeito dessa água, que a gente pudesse ter uma condição de unir a parte espiritual com a parte prática da área clínica. Então estamos aqui esperando uma resposta do plano espiritual (Diálogo AGEDir).

Todo remédio não se toma toda hora, não é? A água fluídica é um medicamento, vai tomar quem necessita. Cada um vai ter a sua necessidade. Então, não se há de colocar, três vezes para cada um, se se observa se uns estão com maior dificuldade e outros já estão se libertando do medicamento fluídico. Eu digo libertando naquelas condições apresentadas, porque se fosse assim todos somos doentes, estaríamos tomando constantemente, não só o medicamento como o medicamento fluidifico. Então tem de existir ponderação. Tem de se reunir e discutir a validade do tratamento, como os técnicos fazem: "olha, esse paciente precisa de x quantidade de medicamento, esse vamos diminuir", porque a água fluidificada é um remédio (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

Tirando a parte de quantidade, que a gente sabe que o remédio também é necessário a dosagem correta, a utilização diária é a via eficiente para isso, mesma que seja em dose bem pequenininha? (Diálogo AGEDir)

Uma vez que a água fluidificada é um medicamento diluído, importava o seu modo de usar no tratamento perispiritual do residente interno, importava seguir sua prescrição. A ordem era para que o empregado não somente durante as sessões espíritas do espaço religioso ministrasse com a água fluidificada, mas também no dia-a-dia deveria levar ao paciente a água fluidificada até seu retorno na semana seguinte ao Centro de Estudos Espirituais. A orientação era do médico espiritual. Constava nas anotações de uma espécie de prontuário do paciente (elaborada pelos funcionários religiosos) os intervalos de tempo, conforme o problema clínico e espiritual apresentado, sempre avaliado em conjunto entre o médico espírita e os dirigentes do setor da energização, subscrito e assessorado pelo Departamento de Assistência Social, que regia os setores da área médica e da assistência espiritual.

Nesse processo estruturante, a terapia espiritual seguia a construção para legitimidade dos serviços espirituais prestados fora do Centro de Estudo Espirituais e dentro da área da clínica médica. Notava-se que os bens espirituais estavam agora na rotina

do hospital, interpretados como recurso terapêutico aos cuidados dos residentes, entraram na rotina dos profissionais da saúde as garrafas de água endereçadas a cada paciente para o tratamento espiritual diário, destinada a cada um de acordo com uma dosagem própria. O que importava no medicamento fluídico não era a quantidade e o controle na dosagem, como acontece no medicamento biomédico, mas as condições espirituais de quem oferecia o remédio. Embutido o entendimento espiritual, deveria ser regida pela atividade caritativa:

> *Doses mínimas não há efeito colateral. É compreensível isso, diante de todo quadro que ele se apresenta, que já sabemos. Uma dose diária pode ser dada; agora, depende das condições* (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

> *A parte clínica é que tem de entrar nessa parte mais real; a dosagem mais eles que vão dizer do que nós realmente estamos fazendo a energização* (Diálogo AGEDir).

> *(...) se for ofertada a água fluidificada, você vai de encontro com (...)* (Diálogo APSHibr - médico).

> *Eu posso tecer uma coisa muito importante. Não basta fornecer a água que já foi fluidificada, depende de quem fornece a água naquele momento. Porque às vezes, é como você dar o pão, depende da forma como você vai dar o pão, a forma agressiva, a forma amorosa. Então, há que se ter educação nesse sentido, de poder dar com carinho, com amor, porque naquela água está emitindo também, você está contribuindo para que aquela fluidificação seja muito mais eficaz.* (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

> *É um remédio incomum. Tocadas por pessoa indiferentes ela perde a validade. <perde a validade, perfeito>. Uma pessoa não preparada.... Agradeço sua colocação.... É energia que num único contato se perde* (Diálogo AGEHib).

> *É igual a um laboratório; se houver uma contaminação, pronto, tudo se perde. Muito obrigado a todos que Jesus nos envolve e estimule com*

pensamentos nobres, que todos nós possamos abraçar essa causa com muita tranquilidade, com muito amor, para que possamos cada vez mais colaborar com o nosso criador, com Jesus, o nosso amigo, mestre maior e com todos aqueles que necessitam da nossa pequena contribuição, mas que seja ela bastante harmônica e amorosa. (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

Diante desse quadro nosológico e terapêutico, o que importava era que funcionários determinados, que possuíssem o perfil moral para cumprir essa tarefa espiritual, estivessem na ponta para executar esses serviços. Era preciso a qualificação moral suficiente para administrar a água fluidificada contida na doação magnética do próprio profissional de saúde. Essa troca de energias, mesmo representando uma troca simbólica, estava na crença do magnetismo animal, que conduz a força espiritual do medicamento sem perder a validade das condições perispirituais.

Notável o depoimento de um funcionário, convidado a participar das atividades de maternagem, sobressai sua devoção para assistir espiritualmente a água fluidificada de modo caritativo:

Eu faço parte da energização, todo dia eu faço a parte de, em cada unidade tem os assistidos de atividade espiritual; eu peguei a atividade de dar a água do pessoal. Teve uma época que teve resistência por parte da maioria dos funcionários, quando foi implantado esse trabalho de energização houve aquela coisa "de que eu não acredito", não achavam que a água fluidificada não deveria ser dada no horário certinho, tem os horários para entregar a água e tudo, e essas pessoas não faziam isso. No meu caso, eu estou dentro do meu horário de serviço, como você presenciou das 8 às 9 da manhã o trabalho de energização que participei. Mas esse é o espaço que me abriram aqui. Eu cuido da energização desde que iniciou, só que minha função anteriormente era acompanhar, fazer a conferência das garrafas das unidades, checando se estava indo certinho. Agora participo indo lá nas unidades para dar água, porque chegaram no consenso de pegarem pessoas do centro espírita que aceitassem participar sem aquela coisa mecânica, que era pegar o copinho, chega aqui prá você e vira na tua boca ou então manda você tomar, sem ter uma ligação afetiva. Agora a coisa é bem mais firme, porque quando eu, enquanto espírita, vou lá para fazer aquilo,

está no meu íntimo, por entender um pouquinho mais, que vou estar doando de uma forma diferente do que uma pessoa que não crê na água fluidificada (Depoimento APSHib).

Essas declarações mostram o ponto fraco no processo de estruturação do espaço híbrido (médico e religioso). Havia forças que competiam com os valores religiosos diferenciados e outras forças que rechaçavam os valores cognitivos da medicina espírita.

Uma vez em jogo a aceitabilidade do medicamento fluidificado como um legítimo procedimento médico, um remédio espiritual complementar - mais do que ligadas ao campo profissional da saúde ou ao campo religioso -, deve-se propor que as resistências mais pertencem ao campo simbólico do que a realidade dos fatos. Esse foi o entendimento de um funcionário de convicções espíritas, que aceitou transformar-se em agente da terapia espiritual, tendo por função servir de instrumento terapêutico:

Tive curso de passista (sic), eu posso aplicar passe. Aqui dentro vou começar a fazer isso. Passei a fazer parte da energização, fui convidada, acharam que seria melhor ministrar água nos assistidos, procuravam aquelas pessoas que acreditassem na água como remédio. Ai veio o convite se eu aceitaria, porque tive de deixar as atividades do centro espírita. Quanto à enfermagem, tem aqueles que acham uma balela (água fluidificada), e a minha superior na enfermagem não tem a mesma firmeza dos espíritas, tanto que quando vê erros (por exemplo, esqueceram de mandar o assistido no horário do trabalho, esquecem de levar as crianças ou garrafas ou faltam garrafas de determinado assistido), não está acontecendo mais até o ano passado: levam-se as garrafas para lá, mas eu vou conferir e ai checo as garrafas, essa era minha parte) (Depoimento APSHib).

Deixa-se claro que os argumentos do funcionário foram analisados em dois planos: primeiro no nível da ordem institucional, cuja intimidação implícita era manter o trabalho em função da perda de emprego. Depois em relação à questão religiosa, operou-se um constrangimento em relação ao profissionalismo dos demais funcionários que, independente da sua crença religiosa, deveriam cumprir competências de ordem espiritual:

Um exemplo: houve um caso na unidade, para mim foi um arraso, um descaso total e falta de profissionalismo da pessoa no caso do pajem: se é dito a ele dar a água naquele determinado horário ao assistido, independente da crença dele, independente de acreditar ou não ele tem que fazer porque está em serviço, ele não é uma pessoa é um funcionário, o que aconteceu, eu fiquei chocada: eu fui passando na Unidade, porque ando em todas as Unidades e inesperado presenciei uma pajem, junto a balde de água da limpeza, jogou no balde a água fluidificada. Fiquei chocada por dois lados: pelo lado humano que ela não teria esse direito independente de ela acreditar ou não; e mais chocada fiquei como funcionário, porque a pessoa, dentro do horário de serviço que é de direito fazer, a pessoa não tem que pôr crença na frente, tem de fazer. Eu não pude fazer nada, porque não sou liderança. O que fiz foi chegar na chefia e passar o acontecido, essa pessoa negou tudo e ficou minha palavra contra a dela. Mas ai para mim no dia interessou ter passado na frente. Para mim essa pessoa foi negligente. Os casos que eu tenho conhecimento na maioria das vezes é da pessoa que não aceita, tem aquele que não é espírita, não vamos generalizar que não crê, mas entra naquela parte profissionalizante, ele não acredita, não são da doutrina, mas tem obrigação de fazer (Depoimento APSHib).

Também havia constrangimentos de alguns profissionais, como declara o próprio chefe dos serviços espirituais:

(...) a minha chegada nas Unidades foi um choque os primeiros dias. As pessoas não aceitavam. Lembro no primeiro dia do trabalho de água fluidificada foi pedido para trazer o carrinho até um certo local e os pajens tinham que entregar os meninos até mim. No começo era terrível porque não conhecia os meninos pelos nomes. Eles chegavam, na porta os pajens tinham de me ajudar. O que prevaleceu na cabeça deles que não estava lá para cumprir meu trabalho, mas estava lá para funcionar como "dedo duro", tanto que fui apelidada nas Unidades de "a mulher da água" a "dona energização" da parte de meus próprios colegas tinham gracejos em relação a isso, nunca na minha frente, mas têm as pessoas que me contavam, eu não fui escalada para dar água para os assistidos, estava lá simplesmente para em barrear dos pajens e puxando os saco da diretoria. Tem outra coisa, uma coisa que passei muito nos primeiros dias, muitos deles não sabiam que eu era espírita, se trabalhava diretamente da diretoria, brincam comigo dizendo que "a diretoria

vem vindo", "a diretoria na área"; mas o mais terrível era a indiferença das pessoas com relação à minha pessoa, porque eu que acredito não podia deixar influência negativa entrar ali, não podia querer revidar, fiquei uns dois meses ininterruptos para ser bem aceita. Agora que faço esse trabalho de energização ao trabalhar entregando a água fluidificada aos assistidos eu faço um trabalho religioso (Depoimento AGEDIR).

Mas, essas resistências, tanto de ordem simbólica quanto prática, não sobrepujaram a crença espírita. Recebendo apoio dos diretores da instituição, a chefia dos serviços espirituais combateu de frente os que não concordavam com a terapêutica espiritual e, sem condená-los, mantiveram o apoio material:

Antes tinham pessoas até que se negava pegar na garrafa porque era do demônio. Tinha deles que passavam até longe do carrinho, tinham verdadeiro asco, achavam nojento, até hoje. Já teve até funcionário foi demitido da casa por ser relutante a isso. Outro exemplo, não é permitido dentro da casa fazer cultos, porque a casa é uma casa espírita, não tem cabimento. Tinham funcionários que faziam cultos em roda, teve pessoas desse grupo que não aceitou não deixar de fazer isso. Dois ou três cabeças, que tentavam colocar o assistido contra a energização: tem assistido que você vai com o copinho para ele não toma, e se você pergunta para eles respondem que disseram para ele não tomar (Depoimento APSHib).

O uso da "psicologia de mãe" significa dar a entender que a água fluidificada era um produto que deveria ser considerado um entre os serviços contratados para a maternagem. Nessa confusa concepção de pajem (mãe), que cuida dos residentes (filhos), manteve-se a necessidade da equipe técnica em saber distinguir a qualificação do trabalho, sem que os valores humanistas fossem deixados de lado. A distinção social das pajens se operava então nestas condições simbólicas de troca de legitimidades: os cuidados de saúde aos portadores de deficiência múltipla se dava no âmago dos conflitos trabalhistas:

Antes chegava um assistido na porta e as pajens diziam: "dona ele não vai tomar água, ele não toma, ela vai cuspir, vai jogar fora" e com jogo de cintura, pedia inspiração divina para mostrar para ela a coisa certa:

como a senhora faz isso, quero que a senhora demonstra como faz para dar água. Ela pegava a caneca de alumínio e estupidamente e forçado enfiava a água no menino. Então disse que o que acho que acontece ai é que a senhora, que são pajens e mães, quando tem seu filho pequeno vai dar o remédio e ele não aceita, não usa por isso sua psicologia de mãe, com jeito ele toma o remédio na boa, faz escândalo mas aceita. Tenta você para ver, me retrucou. Peguei o copinho e com todo jeito cheguei no assistido e não houve relutância por parte dele, ele não travou os dentes, não fez nada para negar o recebimento da água. No final ela disse, não acredito e começou a brigar com o assistido dizendo te desmentido ela. A senhora sabe, respondeu, vocês não são obrigados a crer nisso, a senhora tem sua crença e religião, só que enquanto funcionário, como pajem sabe que tem de ter todo manejo e todo aquele jeito. Ela me disse que não acreditava nisso, mas tendo autocontrole e sem me exaltar, sem ser aquela coisa de estar forçando a pessoa naquilo, eu respondi: a senhora tem todo direito de não acreditar, mas enquanto funcionário deve fazer o serviço da forma como tem de ser feita, como a senhora vai dar o café da manhã a senhora dá água. Seria o ideal, seria muito melhor que quando estivesse praticando esse ato de dar água para ele tivesse um pouco de carinho, tirar lá de dentro, todos nós temos lá algo de bom, pode esta escondido mas tem. (Depoimento AGEHib).

Subsumido o trabalho de maternagem ao campo religioso, os dirigentes espíritas controlavam os objetivos primevos da instituição, importando distinguir o tipo, asilar ou hospitalar. O que importava aos funcionários pajens era a transformação profissional:

Os pajens todos vão ter de ser auxiliares de enfermagem. O certo que eu saiba é assim, só que a casa está conseguindo protelar isso, não sei se é pelo lado financeiro, custa duas vezes mais (416 pajens fixos e seis pajens de transporte). Teve uma época que foi cobrado que teria de ser auxiliares de enfermagem. Se mandar o pajem que ganha salário menor, não exigirá, principalmente na maioria, saiu daqui não trabalham mais. Na maioria não sabem escrever, não assinam o próprio nome, supervisão também, porque a casa lá atrás pegavam as pessoas sem qualificação nenhuma. Os auxiliares de enfermagem não aceitam, não ministram água no horário, principalmente porque a maioria das pessoas (Depoimento APS - pajem).

Essa condição trabalhista não era compartilhada por uma funcionária que tinha por objetivo trabalhar para atingir a qualidade ISO 2001 da instituição até 2004. A finalidade do título era angariar recursos internacionais para manter a autonomia organizacional. Para ela a conversão das pajens em profissionais de saúde graduadas, pelo menos em técnicas auxiliares de enfermagem, não importava à questão da qualidade de vida, uma vez que as pajens, justificava, poderiam realizar as tarefas como bem o faziam de acordo com as instruções do Setor de Enfermagem, bem sucedida na instituição.

Uma funcionária religiosa declara a importância da medicina no cuidado à saúde das pessoas deficientes, certificando as características de um agente religioso:

> *A resposta bem radical é a seguinte: se todos os médicos da casa fossem espíritas seria outra coisa. Mas acho que seria uma discriminação. O que existe no momento eu acho que deixa muito a desejar. Eu não tenho problema de preconceito com os médicos espíritas; médico espírita é uma coisa e médico não espírita é outra coisa. Seria diferente porque vejo muito pouco caso com a questão espiritual. Já vi médicos fazer descaso com a água fluidificada que eu organizo. (...) Acho que o médico é aqui na Terra, sendo Deus que é médico dos médicos, o médico aqui na Terra existe aqui para cuidar do físico com todo respaldo de lá de cima. Só que nem todos fazem isso aqui. Se ligasse com a parte espiritual independente da crença dele tudo seria tão melhor e maravilhoso, porque quer ser coisa mais linda do que ser médico e ele não sabe ver isso dos dois lados. (...) Acho que a casa só deveria admitir médicos e auxiliares espíritas. Virar tudo espírita significaria que essa resistência que atrapalha muito acabaria: quanto mais tem de positivo, mais positivismo vem (sic). Estou pensando no lado do benefício aos internos. Eu trabalho numa área das mais difíceis, mas não é a toa que eu estou aqui, eu acredito que para estar aqui eu devo ter sido uma pestinha, porque nessa ala que trabalho vejo coisas terríveis que a minha posição não permite que faço outra coisa a não ser ter paciência com coisas erradas e na minha posição enquanto profissional não poder falar, puxa vida, como é duro você mostrar o errado para a pessoa e a pessoa não aceitar! Principalmente na parte espiritual. Não estou aqui a toa, principalmente na parte da reforma íntima, gosto daqui porque me melhoro, superei bastante problemas pessoais meus* (Depoimento AGEHib).

Do Setor da Assistência Social, procedeu-se o comando para o cumprimento das ordens de transitar a água fluidificada na instituição: o Setor de Energização realizou economia simbólica ao admitir que o cumprimento de um dever profissional assim o era como qualquer outro. Ficava claro que a água fluidificada era um bem espiritual sagrado e se movia no campo simbólico, produzido no espaço religioso, percorria o espaço hospitalar como a estratégia de interagir com a área da clínica médica. Por usa vez, a área médica acolhia o compromisso, admitindo o sistema de tratamento espiritual no sentido complementar ao cuidado médico.

Capítulo 8

Ponderações finais: três categorias para a análise dos bens espirituais no campo da saúde

As razões discursivas que apontam o risco da prática do curandeirismo na sociedade brasileira representou, no passado, uma ação criminosa de perigo aos serviços médicos de saúde pública (Carvalho, 1999). Na atualidade, como mostrou o caso de cura espiritual de Silva, esse perigo está dirimido institucionalmente, e certamente o curandeirismo não é uma ameaça à prática da saúde pública no Brasil. Porém, é preciso admitir a influência das relações simbólicas no cotidiano das pessoas (profissionais, pacientes e cuidadores) quando atuam profissionalmente nos serviços públicos de saúde no contexto do SUS.

Verificou-se, na gênese do campo médico em sincronia com o campo religioso, a importância do conceito de transe. Viu-se como o tema estado de transe - a partir de uma seleção de ideias, conceitos e teorias suscitadas por intelectuais brasileiros -, ficou distorcido pela atividade científica de Nina Rodrigues, identificando-se como problema social na medicina do século XIX, transformado nas ciências sociais nascentes do século XX em temática sociológica e antropológica sobre as práticas religiosas em seu sentido terapêutico (Roger Bastide, Arthur Ramos, Cândido Camargo, Renato Ortiz). Verificou-se também a busca incessante das razões teóricas e práticas do transe religioso em contraposição às distorções cognitivas geradas pelo campo médico, como o curandeirismo, termo considerado um perigo à saúde pública no campo jurídico, transitou como produto simbólico no campo da saúde, bem como se examinou nos estudos históricos as limitações para caracterizar os hospitais espíritas no contexto da institucionalização dos hospitais psiquiátricos no país.

Propõe-se em seguida ponderar os resultados da pesquisa etnográfica, situando em que circunstâncias se subscrevem as instituições de caráter híbrido, ou seja, de cunho médico e religioso concomitantemente.

Um primeiro aspecto que sobressai do exame sobre o campo da saúde é o significado negativo atribuído ao termo curandeirismo. Vimos como se configurou, em outras épocas, o equívoco histórico e epistemológico de Nina Rodrigues, que estruturou em sua produção científica as bases de valores cognitivos do animismo que, quando aplicado aos negros baianos redundou na etiologia da doença mental por uma referência do campo religioso. Tomou o valor religioso para validação científica e desse modo invertido atribuiu ao curandeiro da Bahia a figura criminosa no mundo social. Pode-se afirmar que essa distorção representou, no tempo social do mundo acadêmico, a estrutura simbólica das demais terapêuticas não-médicas em geral. Essa distorção cognitiva, atestada na história da medicina brasileira, cuja retórica sobre o curandeirismo surgira como como argumento a favor da medicina biomédica (Ibañez e Marsiglia, 2000; Araújo, 1979; Santos Filho, 1977). No entanto, a imagem do curandeiro permitiu expor o sentido e o entendimento do poder médico em relação às curandeirices em gerais que, na atualidade, potencializam contradições lógicas e sintetizam a reprodução simbólica de todos os demais agentes não-médicos (Puttini, 2010). Ou seja, admitir a inexistência do curandeirismo e do curandeiro na sociedade brasileira seria reconhecer a hegemonia médica sobre as demais instâncias de saberes terapêuticos.

Desdobra-se dessa premissa uma segunda proposição no campo intelectual. O significado negativo do curandeirismo (atribuído ao valor de doença mental) é contraposto anos depois a aspectos positivos do termo, formulados pela sociologia da religião de Roger Bastide e Cândido Camargo. É desse contexto que se pode afirmar sobre a origem da aceitação das terapêuticas não-médicas, que estiveram representadas positivamente no campo intelectual brasileiro em condições intelectuais criadas para se pensar a autonomia do campo religioso desvinculado do campo médico. O curandeirismo, nesse sentido proveniente dos estudos

do campo religioso, atua como produto simbólico de salvação, em um campo de luta na busca de legítima distinção entre seitas e religiões oficiais (Montero, 2006; Giumbelli, 2000).

Resulta ainda um terceiro raciocínio que se volta para a área do conhecimento da Saúde Coletiva, confirmando assim a autonomia relativa entre o campo médico e o campo religioso. Na *práxis* da Saúde Coletiva surge a medicina homeopática como especialidade médica (Laucas e Luz, 1998; Luz, 2005b), antes abordada sob ângulo das práticas terapêuticas não-médicas (Barros, 2000; Barros e Nunes, 2006). Desenvolve-se um processo de reconhecimento social que, embora esteja em andamento com a construção do sistema público de saúde no Brasil (SUS), ou seja, não definido ainda plenamente no campo intelectual da medicina brasileira, também porque os conhecimentos homeopáticos não são plenamente aceitos e ensinados na maioria das escolas médicas brasileiras (Teixeira, 2006).

O tema da complementaridade (Barros, 2008, pp.222-295), quando se volta para explicar as terapias espirituais, tranforma-se em um tabu, na medida em que a prática terapêutica converte-se em poder médico na sociedade, dissimulando-se na hegemonia de uma prática social hegemônica e de medicalização social (Tesser e Barros, 2008), incluso na problemática da ideologia das práticas terapêuticas não-médicas, que atualiza o debate em torno de um campo de forças no âmbito da produção científica e intelectual. Nesse contexto acadêmico afirma-se que o campo da saúde guarda profunda relação com o *habitus* científico nestas circunstâncias: na práxis das ciências sociais, da Medicina e da Saúde Coletiva também transitam bens espirituais os quais não são admitidos senão simbolicamente.

Foi nesse contexto que a hipótese do espaço terapêutico híbrido tornou-se candidata a uma explicação sobre as terapias espirituais nos hospitais espíritas. Da dimensão categorial do *habitus* (Pinto, 2000) é que se criam as condições sociais de legitimidade e reconhecimento através de uma economia das trocas de bens simbólicos (Bourdieu, 1974). No *habitus* no campo da saúde, a categoria espiritual – contraposta às concepções materialistas do corpo – apresentar um aspecto positivo na definição do con-

ceito de saúde (Vasconcelos, 2006), na medida em que se distingue negativamente, no plano discursivo, os praticantes de cura (curandeiros) que atuam com suas curandeirices na sociedade. O conceito de curandeirismo na Saúde Coletiva brasileira (Rabelo, 1994; Queiroz, 1991) representa antes de tudo um produto no mercado simbólico de bens de salvação. Os curandeiros reproduzem e incorporam ideias e sentimentos da prática médica e religiosa (Loyola, 1984), mantendo-se estruturada a hegemonia da medicina na sociedade e, assim, perfazendo os parâmetros estruturantes, nos termos empregados por Pierre Bourdieu, de uma relação dialética estabelecida entre as instituições médicas e religiosas.

No contexto das ciências sociais em saúde, considerando-se na práxis da Saúde Coletiva, os avanços e conflitos em destaque nas seguintes instâncias cognitivas: 1) a crescente tendência da perspectiva holística do processo saúde-doença-cuidado no modelo da complexidade e transdisciplinaridade (Czeresnia, 2003; Almeida Filho, 2005); 2) a atual proposta de um modelo teórico para o campo da saúde dentro de uma cartografia conceitual da Saúde Coletiva (Almeida Filho, 2000a, 2000b) 3) o recente uso de diferentes significados de interpretação antropológica do conceito de doença (Almeida Filho, 2002; Alves e Minayo, 1994), e 4) tendo em vista o curanderismo no *habitus* no campo da saúde brasileira; apresenta-se a seguinte proposta de classificação dirigida à produção de conhecimentos, no campo da saúde coletiva, diferenciando o que pertence ao campo religioso (religiosidade) e o que pertence ao campo da saúde (assistência espiritual), intermediado pelo conceito de espiritualidade, através da seguinte distinção entre estas três categorias de análise dos bens simbólicos de saúde:

a) Religiosidade: referência a instituições e doutrinas religiosas, agentes religiosos atuantes em instituições, portanto, fora dos estabelecimentos de saúde que se utilizam práticas terapêuticas ou de curas voltadas aos adeptos. Pressupõe que religiosidade relaciona adesão às crenças e práticas relativas às igrejas, seitas ou instituições religiosas organizadas, mas também designa no contexto das práticas de saúde a religiosidade dos sujeitos (pacientes, profissionais de saúde e cuidadores), crença que professam no enfrentamento das doenças e da morte. Nesse sentido, a questão da

fé religiosa pode estar aqui relacionada à experiência religiosa de pacientes (subjetividade aliada aos sofrimentos psicológicos) (Alves et al, 1994, 1999; Rabello, 1993), por isso mesmo nem sempre tomadas por evidências psicopatológicas (Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, 2006), uma vez dadas as condições de possibilidades de identificar agentes religiosos com práticas do curandeirismo por via da Psiquiatria (Dantas et al, 1999; Lotufo Neto, 1997). Também relaciona-se aqui ao conceito de religiosidade popular à cultura, representando uma fonte importante no *habitus* da saúde (Minayo, 1994; Brandão, 1988; Maués, 1994; Vasconcelos, 1998) e fonte para os estudos de educação popular no campo da saúde (Vasconcelos, 2008; Valla, 2005).

b) Espiritualidade: termo ambíguo que designa: 1) ora referência às crenças dos sujeitos da saúde (agentes e pacientes), que atuam nas instituições de saúde ou fora delas; 2) ora determina a atuação da prática espiritual, que tem por base as crenças espiritualistas. Na primeira acepção considera-se as crenças pessoais dos sujeitos, não somente as crenças religiosas, mas também místicas, mágicas, extraordinárias ou ideias pelas quais militam e que representam um conjunto de convicções, dadas pelas diferentes cosmovisões de mundo. Inclui-se os estudos de representações sociais (Alves e Rabelo, 1999; Minayo, 1994; Queiroz, 1991). Na segunda acepção, tendo por base a crença na existência do espírito em oposição ao materialismo corporal, considera-se as terapias espirituais (místicas, religiosas ou práticas espirituais) enquanto *performances* (Magnani, 1999) também voltadas para o enfrentamento da doença e que podem resultar em melhoria das enfermidades corporais (Faria et al, 2006).

c) Assistência espiritual: termo que designa uma referência para os serviços prestados na prática de saúde multiprofissional (medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, nutrição, fisioterapia). Por exemplo, a forma mais expressiva atualmente se encontra no cuidado a pacientes incuráveis ou pessoas com doenças crônicas degenerativas. O trabalho designado na conceituação de cuidados paliativos (Menezes, 2004), direcionados aos limites da medicina curativa, representa o lugar de onde a assistência espiritual orienta-se por demandas críticas da bioética (Siqueira-

Batista e Schramm, 2004; Kovacs, 2003), suscitando-se a religiosidade junto a prática médica institucionalizada, na atualidade de um problema de saúde da coletividade.

8.1. Espiritualidade como bem de salvação no campo religioso

Pierre Bourdieu sugere uma sociologia crítica inserida no campo científico (Bourdieu, 1974, p. 27-78; Bourdieu, 1983c; Bourdieu, 1996, p. 157-198). Para ele, há leis que fundamentam e podem ser verificadas no contexto empírico. A primeira lei social está manifesta na alquimia simbólica (troca simbólica), ou seja, o seu funcionamento está associado às disposições simbólicas na estrutura social. O argumento principal é que, dada a auto mistificação apoiada no coletivo e inscrita nas estruturas objetivas e mentais nos indivíduos, há verdades duplas mantidas pelos agentes sociais, incorporadas na troca de dádivas instituídas pelas disposições e crenças adquiridas. Uma segunda lei das trocas simbólicas diz respeito ao tabu da explicitação (Bourdieu, 1996, p. 162), que poderia anular essa empresa no mercado de troca simbólica.

Propõe-se em seguida discutir sobre o sentido de espiritualidade da cosmovisão espírita parafrasendo a teoria do campo simbólico de Pierre Bourdieu. A hipótese explicativa do espaço terapêutico híbrido espírita permite advogar a tese do reconhecimento de que o Espiritismo atua como religião tanto quanto no campo simbólico da saúde. Giumbelli (1995, 1997a, 1997b) estudou o campo religioso brasileiro e revelou as razões práticas de como o Espiritismo tornou-se uma religião, entretanto, sem adentrar nas relações de poder implícitas com a medicina. Afirma-se que, da cosmovisão espírita, o valor de maior grau da crença religiosa, a reencarnação, pode ser analisada também em função das relações de disputa no próprio campo religioso, em contraposição a cosmovisão ressurreicionista, que mantém em sua concepção de mundo o princípio da ressurreição e não da reencarnação das almas.

No trabalho de campo do presente estudo essa dogmática ficou manifesta na religiosidade das pajens em confronto com a religiosidade dos espíritas. De fato, a troca simbólica (alquimia simbólica) em jogo deu-se pelas disposições produzidas no Cen-

tro de Estudos Espirituais, onde a água fluidificada, como bem espiritual no campo simbólico, foi delegada como substância medicamentosa ministrada na forma de tratamento médico. Depois de aprovado pela clínica médica do hospital espírita rejeitaram a água fluidificada como medicação por não aceitarem a cosmovisão espírita. As negociações foram retomadas pela administração do hospital, refletindo o problema trabalhista. Os dirigentes espíritas, em sua religiosidade, amoldaram o problema de modo instrumental adequando os produtos espirituais à distribuição simbólica, ou seja, reforçaram-se a conduta orientada no Centro de Estudos Espirituais a forma de assistência espiritual: o medicamento deveria ser ministrado por profissionais de saúde com convicções espíritas.

Nesse momento, inicia o processo de reconhecimento e legitimação do espaço terapêutico híbrido, como produtor de bens simbólicos de salvação e de saúde. Se, ao explicitar a verdade reencarnacionista dirimiria os planos da empresa caritativa espírita, essa polêmica impulsionaria a formação de um mercado simbólico de bens espirituais no hospital. Pois, se abertamente a benemerência de tipo espiritualista na base da empresa religiosa de assistência espírita para os funcionários pajens – estando em jogo admissão da tese reencarnacionista da existência de espíritos e do exercício da mediunidade e dos serviços espirituais daí decorrentes – não haveria espaço para o exercício caritativo, exigência da terapêutica espírita. Na verdade, a água fluidificada funcionou como um medicamento cuja validade estava na ação caritativa e que poderia ser encarada também como uma estratégia de conversão dos agentes pajens ao espiritismo.

É evidente que nesse jogo simbólico no campo religioso aparece o primordial, a questão da cientificidade por detrás da relação caritativa: o preço dessas ações exporia o preço dos bens espirituais produzidos no espaço terapêutico híbrido. Tudo deveria estar implícito entre os agentes, como se deixou implícito as convicções do médico espírita gestor. No campo simbólico a luta de bens de salvação ficou patente na revelação da cura espiritual do caso Silva. Transformado em um bem simbólico, o próprio caso Silva funcionou como meio para atingir os fins filantrópicos e caritati-

vos no espaço de trabalho. Mas também, e principalmente, movimentou um processo de estruturação coletiva para um mercado de ações terapêuticas dentro do espaço hospitalar. O mercado de bens espirituais, organizado pela direção do hospital em contraposição ao capital religioso das pajens e demais crenças ofertadas no espaço médico, propiciou concretamente a terapia espiritual na forma complementar ao tratamento médico. Os cuidados espirituais, agora instituídos e disponíveis a todos do complexo asilar, trabalhou a favor da influência da cosmovisão espírita. O Espiritismo concorria no campo religioso ao monopólio da produção e distribuição dos bens espirituais, utilizando de modo instrumental o campo da ciência atrelado à saúde, primordialmente à pratica médica.

Resta ainda verificar, no campo religioso, a consistência dos dados etnográficos em relação à transformação dos bens espirituais em bens de salvação. A noção de habitus, da teoria da ação de Pierre Bourdieu, que não indica uma intenção pessoal mas informa as disposições sociais adquiridas pelos agentes, vê-se que para as pajens evangélicas a água fluidificada não era santificada, mas se aproximava de um produto diabólico. Aceitar a rotina da água fluidificada para ministrar aos residentes era aceitar uma ordem proveniente do mal. O argumento contrário acenava para um conflito: "Nós só estamos aqui porque devemos muito o nosso emprego aos Internos", declara com eufemismo o dirigente religioso da instituição.

Os eufemismos funcionam, segundo Bourdieu (1996), como uma estratégia punitiva designando um sentimento de inquietação ante um perigo real, no caso, a ameaça de perda do emprego. Resultou o eufemismo na subsunção das atividades espirituais em atividades de maternagem (o trabalho é de mãe e não de pajem). As pajens, na maioria de fé evangélica, tendiam a compreender a situação de modo adverso. O campo de lutas simbólicas pela escolha de crenças e teorias no espaço da saúde tinha no bojo o processo de legitimação da terapêutica médico-espírita. As bases materiais da produção de bens espirituais estavam dadas para o processo de produção e distribuição dos bens espirituais produzidos no espaço médico-religioso.

Foi perante essas condições que se concretizou o projeto de assistência espiritual organizado para a fundação de um Centro de Estudos Espirituais, como principal espaço oficial. Para implementar no espaço médico as terapias espirituais foi necessária violência simbólica (Bourdieu, 1996, p. 170), momento em que as relações de dominação e submissão se transformaram em relações afetivas. Pois, ao convidar os profissionais de saúde, exclusivamente espíritas, para o trabalho profissional no espaço médico e religioso, estava colocado em jogo a promoção das ações terapêuticas espirituais, que faziam sentido ao trabalho das pajens com convicções espiritualistas. O alvo para a incumbência do serviço terapêutico híbrido estava a cargo de se levar a efeito pela transformação da pajem em mãe, uma atividade carinhosa que, fora do contrato de trabalho, pode ser identificada a atuação familiar do interno residente.

A situação mais evidente na troca simbólica no interior do hospital estava dada: a menção da cura de Silva. Tratava-se de uma situação que subscrevia e validava a atividade terapêutica híbrida do médico espírita no espaço médico hospitalar. A comunicação do espírito do paciente Silva era uma forma que correspondia à realidade da enfermidade: aceitar a cura espiritual como um fato era aceitar o dilema das atividades terapêuticas híbridas, resultada do consenso entre a terapêutica médica e religiosa. Nessa situação ética, de escolha entre vários valores à vista, favoreciam-se os agentes religiosos espíritas quando adicionavam ao prontuário eletrônico a denominação terapia complementar para as terapias espirituais (energização, fluidificação da água, mensagens abertas via autofalante, desobsessão e cirurgias espirituais).

Em síntese, o Espiritismo no espaço hospitalar luta por reconhecimento das terapias espirituais através do reconhecimento científico, dado pela corporação médica não adepta dos dogmas da religião. Nesse contexto destaca-se a existência de uma economia de bens simbólicos espirituais em torno dos seguintes produtos em circulação no campo religioso: a) o exercício mediúnico para a doutrinação espírita e para a conversão dos não adeptos crentes ao espiritismo; b) o aspecto científico da doutrina espírita e a comprovação da eficácia das terapêuticas espíritas; c) o uso de

funcionamento complementar e integrado da terapêutica espírita em relação a terapêutica médica; d) a cura de doenças perispirituais; e) o caso de cura do interno Silva. São esses os bens simbólicos que circularam no hospital em busca de legitimidade da terapia espiritual no campo da saúde.

Não sendo considerado ilegal, por desfrutar legitimamente de um prestígio social inigualável, a empresa médico-espírita administra as doações, os trabalhos voluntários, as transações benemerentes como aspectos de uma empresa religiosa que luta por independência das relações com o Estado, embora essa condição de dependência seja uma característica importante para a manutenção da sua própria estrutura simbólica.

De fato, poder-se-ia entender a existência das instituições hospitalares administradas pelos espíritas no contexto das disposições sociais mais ampla da sociedade, que incorpora as estruturas de um mercado de bens simbólicos no campo religioso. Certamente, em interação com o campo da saúde, outras razões práticas colocam-se à vista. A violência simbólica se apóia na consonância entre as estruturas constitutivas do *habitus* no campo da saúde, que no Brasil atrela-se ao curandeirismo, bem simbólico que transita na sociedade via campo jurídico.

Pode-se afirmar, nesse contexto maior, que a produção intelectual dos médicos espíritas insere-se na lógica do campo religioso e do campo científico da medicina. A preconizada ciência espírita também é um produto que serve como mercadoria que legitima os bens de salvação no espiritismo. Os profissionais da saúde espíritas estruturam uma opção de estilo de vida aos adeptos da religião, baseada na busca incessante de reconhecimento e legitimações de bens religiosos de salvação.

Como se viu, o caso de cura do interno Silva, usado como mercadoria simbólica no mercado de assistência espiritual, rendeu o máximo de lucros simbólicos convertidos para a concretização do espaço terapêutico híbrido, na fundação do Centro de Estudos Espirituais dentro do hospital. Do campo religioso proveio o convite para o assentimento do valor maior da religião, a reencarnação, enquanto valor vinculado a outros preceitos religiosos como a sobrevivência do perispírito, a possibilidade de comunicação mediúnica, a prova científica das doenças e tratamentos perispirituais.

Foi nesses termos que os agentes religiosos espíritas participaram do campo da saúde quando disputavam os serviços espirituais como bens de salvação no campo religioso.

Nas relações com a medicina, o espiritismo busca reconhecimentos legais das práticas terapêuticas para lhes garantir, ao mesmo tempo, posicionamento contrário aos valores do curandeirismo incutidos na sociedade, favorecendo assim a perpetuação de uma estrutura cientificista. Considerando esses pontos, o espiritismo aparece em movimento distinto do curandeirismo jurídico, na medida em que se distingue das demais práticas de cura e curandeirices, quando associado aos benzedores, rezadores e outros agentes de cura (curandeiros ou charlatães) na sociedade. Consequentemente, o Espiritismo se distingue também dos sistemas terapêuticos de outras religiões, garantindo a concorrência simbólica no mercado de bens de salvação no interior do campo religioso. O espaço terapêutico híbrido aqui aparece, enfim, associado ao espaço de produção simbólica de bens de salvação no campo da saúde.

8.2. Espiritualidade como estratégia alternativa à prática médica

O entendimento cientifico, estando atrelado a valores, não é neutro (Lacey, 2008b). Pode-se, no entanto, fazer avançar o conhecimento de modo imparcial em relação às conquistas a cada domínio do conhecimento. Seguindo a filosofia da ciência de Hugh Lacey (2008a, p. 47-82), que afirma a importância dos valores relacionados a atividade científica, denota que o controle sobre a natureza não está isento das crenças, valores, juízos e perspectivas de valores.

No campo da saúde as terapias espirituais são valores considerados há décadas nos hospitais administrados por espíritas. As terapias espirituais, nesse contexto, revelam convicções religiosas de um grupo de médicos que, orientados por suas perspectivas terapêuticas embasadas por teorias médico-espíritas, cuja racionalidade provém, mais de uma gama de conhecimentos revelados por uma literatura ficcionista, mais do que de uma ciência espírita experimental com comprovações científicas.

Embora esses valores religiosos, revelados do campo religioso, tornam-se parte da ideologia científica espírita, cuja força fundamental a estrutura para fundação de uma rede de hospitais

apropriados à reprodução simbólica de bens de salvação, a proposta de medicina espírita reflete-se, no campo da ciência médica, como uma estratégia alternativa própria.

A teoria das manifestações físicas de Allan Kardec, que aparece como ponto crucial no projeto da ciência espírita, pretende ampliar a noção de Natureza, incluindo a ética reencarnacionista, embora a preocupação de Allan Kardec, no seu tempo, de adequar empiricamente os fenômenos espíritas ao campo religioso. As teorias espíritas ganharam notoriedade no Brasil diante da estruturação e funcionamento dos hospitais psiquiátricos, em cujos locais a principal terapêutica espiritual para a assistência psiquiátrica, inicialmente com o médico Bezerra de Menezes tem servido para promover a atualização das teorias médicos espíritas (Lotufo Neto, 1997; Dalgalarrondo, 2006; Leão e Lotufo Neto, 2003, 2007; Chibeni e Moreira-Almeida, 2009; Moreira-Almeida et al, 2006).

Enfim, se na atual referência da biomedicina não se disponibiliza as hipóteses da racionalidade médico-espírita para estudos clínicos com seres humanos é porque não se permitiu até o momento, diante das dificuldades das condições ambientais, a construção de metodologia científica própria, dadas as dificuldades mesmas de reunir grupos de pacientes para observar o controle de variáveis e intervenções provenientes da clinica médica espírita, que certamente seguindo os critérios quantificáveis e analisáveis estatisticamente poderiam apontar diferenças significativas entre diagnóstico e tratamento médico e aquele diagnóstico e tratamento espiritual. O hospital psiquiátrico espírita se transforma em local adequado para testar as teorias espíritas, principalmente aquelas na teoria das manifestações físicas, proposta por Allan Kardec: a teoria da mediunidade, a hipótese do perispírito, a teoria do éter, a eficácia da prece. Certamente esses são locais que se pode proceder a experimentos científicos, considerando as condições éticas para o estudo com seres humanos, de pacientes cuidadosamente selecionados que apresentam sintomas específicos e por onde se pode controlar variáveis clínicas e religiosas concomitantemente, pelas quais se verifiquem os resultados de suas respectivas influências.

Da constatação de uma arqueologia do curandeirismo no *habitus* do campo da saúde, considerando na cosmovisão espírita o

trânsito de bens de salvação no campo simbólico da saúde, levando em conta a institucionalização dos hospitais psiquiátricos espíritas no contexto da sociedade brasileira, considerando a legitimação dos espaços terapêuticos híbridos e as formas de produção de bens espirituais, considerando os saberes e prática médico-espíritas por décadas atuantes no cuidado às pessoas com deficiência e distúrbios mentais no Brasil, eis, portanto, as condições de possibilidades de uma ciência e medicina espíritas plausivelmente aplicadas no campo da saúde.

Conclusão

Espiritualidade no campo da saúde

Os usos de palavras expressam conceitos, quando correspondem adequadamente a objetos do mundo real. O uso devido de palavras, e seus significados, dependem de contextos referidos, que dirimem distorções semânticas e influem sobre o sentido dos objetos definidos.

O campo da saúde, permeado pela racionalidade médica, está contextualizado historicamente diante da política mundial de saúde desde 1946 na gestão da OMS (Organização Mundial de Saúde), que acompanha conteporaneamente o desafio de estabelecer aspectos fundamentais para a definição do termo saúde, destacando pois a importância do aspecto biopsicossocial como principal condição da definibilidade do conceito. O aspecto *espiritualidade* transforma-se em um controvertido valor que, ao expressar a crença espiritualista estabelece, para o termo saúde, limites com o campo religioso.

O termo espírito, no campo religioso, perfaz uma categoria semântica difusa e tende a significados distorcidos principalmente quando associado ao mundo real. O sentido do termo espírito, particular e dogmático, adquire significância aberta, uma vez que há variações nas cosmovisões, diante do entendimento sobre as correspondências supostas a objetos do mundo real, gerando imprecisões no uso do termo.

Na cosmovisão espírita, viu-se que o termo espírito descreve um sentido associado a uma entidade sensível (perispírito), presente na realidade concreta do organismo de uma pessoa (médium) e forma, com esse sentido, um conjunto de elementos

capazes de expressar a ontologia do espírito. Espírito, perispírito e mediunidade atrelam-se a expressões teóricas decorrentes: água fluidificada, passes magnéticos, cirurgias espirituais transpostas para o campo da saúde, são consequências de seu significado de espiritualidade. A espiritualidade, na ideologia espírita, concorre com duas condições derivadas para uma medicina espírita: 1ª) a associação necessária da prática da mediunidade; 2ª) a condição suficiente de adequação da prática da mediunidade na produção de bens espirituais (mediunidade, passe magnético, prece e água fluidificada, principalmente).

Diante da polissemia do conceito espírito (espiritual, espiritualidade), que profissionais de saúde interpretam por distintos significados em função de diversas cosmovisões, seja em estabelecimentos médicos ou não médicos, sugerem-se três diferenciações terminológicas, também para a pesquisa socioantropológica no campo da saúde: a) religiosidade, b) espiritualidade e c) assistência espiritual, que expressam respectivamente: 1) a valorização de preceitos provenientes do campo religioso; 2) o reconhecimento das concepções de vida, saúde e morte segundo diversas cosmovisões; e 3) a organização de ações assistenciais, respeitando os princípios éticos, próprios de cada cosmovisão.

Referências bibliográficas

ABRANTES, P.C.C. *Imagens de natureza, imagens de ciência*. Campinas: Papirus, 1998.

AGAMBEN, G. *Homo Sacer: o Poder Soberano e a vida nua*, Minas Gerais, Editora Ufmg, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.4, p.753-70, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. *ANVISA – Seminários temáticos permanentes*. Brasília, 2000b.

ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde? *Cad. Saúde Pública*, v.16, n.2, p. 300-1, 2000a.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.3, p.30-50, 2005.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCA, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.7, n.4, p.879-89, 2002.

ALMEIDA, Alexander Moreira de e LOTUFO NETO, Francisco. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2003, vol. 30, n.1 [citado 2011-09-25], pp. 21-28 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0101-60832003000100003elng=ptenrm=iso>. ISSN 0101-6083. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832003000100003.

ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). *Saúde e doença*: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
ALVES, P.C.; RABELO, M. C.; SOUZA, I. M. *Experiência da doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
ALVES, P.C.; RABELO, M.C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: _____. (Orgs.). *Antropologia da saúde:* traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Dumará, 1999.
ANDRÉA, Jorge. *Visão espírita nas distonias mentais*, Federação Espírita Brasileira Editora, Brasília, 1992.
ANTUNES, J.L.F. *Medicina, leis e moral*: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: Ed. Unesp, 1999.
ARAÚJO, A. M. *Medicina Rústica*, 3ª edição, São Paulo, Ed. Nacional, 1979.
ARAÚJO, M.A.M. Bactrins e quebra-pedras. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*., v.4, n.7, p. 103-10, 2000.
AUBRÉE, M. e LAPLANTINE, F. *La table, le livre et les sprits*. Paris: J.C.Lattés, 1990.
AUSTIN, J. L. *How to do Things with words*. New York: Oxford University Press, 1965.
AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A.(Orgs.). *Críticas e atuantes*: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 91-108.
BARBOSA, P.R. (coord.)et al. *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: BNDS, 2002.
BARROS, N. F. *A construção da medicina integrativa – um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
BARROS, N.F. *Medicina complementar*: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Anablume/Fapesp, 2000.
BARROS, N.F.; NUNES, E.D. Medicina alternativa e complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.10, p.2023-8, 2006.
BASTIDE, R. *As religiões africanas no Brasil*: contribuição a uma sociologia da interpretação de civilizações. São Paulo: Pioneira, 1960.
BASTIDE, R. La transe. In: BASTIDE, R. *Le rêve, la transe et folie*. Paris: Flamarion, 1972. p. 55-104.

BIRMAN, P. *A psiquiatria como discurso da modernidade*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DE SÃO PAULO, *Associação Médico Espírita de São Paulo (Amesp)*, São Paulo, vol. 3, n.3, dez. 1985.

BOURDIEU, P. "Uma ciência que perturba", entrevista a Pierre Thuillier, La Recherche, 112, junho de 1980, 1983c.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, P. Campo do poder, campo intelectual e *habitus* de classe. In: MICELI, S. (Org.). *A economia das trocas simbólicas*. 5.ed. São Paulo: Perspectiva; 1998. p.183-202.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu:* sociologia. São Paulo: Ática, 1983a. p.46-81.

BOURDIEU, P. O campo científico. In ORTIZ, R. (Org.). *Pierre Bourdieu*: sociologia. São Paulo: Ática, 1983b. p.122-55.

BOURDIEU, P. *Razões práticas*: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996.

BRANDÃO, C. R. Crença e identidade: campo religioso e mudança cultural. *Trabalhos em Antropologia*, n.3, p.7-75, 1988.

BRANDÃO, C. R. *Os deuses do povo:* um estudo sobre a religião popular. Cidade: São Paulo, Editora Brasiliense, 1980.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMARGO JR., K.R. The biomedicine. *Physis*, v.15, supl., p.177-201, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-73312005000300009elng=ptenrm=iso>. ISSN 0103-7331. doi: 10.1590/S0103-73312005000300009, Acesso em 01 out. 2007.

CAMARGO, C.P. *Católicos, protestantes e espíritas.* Petrópolis: Vozes, 1973.

CAMARGO, C.P. *Kardecismo e umbanda*: uma interpretação sociológica. São Paulo: Pioneira, 1961.

CAMPOS, J.Q. *O Hospital, a Lei e a Ética*. São Paulo: São Paulo Editora, 1976.

CANESQUI, A. M. (org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANESQUI, A.M. (Org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1995.
CANESQUI, A.M. *Ciências sociais e saúde no Brasil*. São Paulo: AderaldoeRothschild, 2007.
CANGUILHEM G. Aspects du vitalisme. In: _____. *La connaisssance de la vie*. Paris: J.Vrin, 2006a. p. 105-127.
CANGUILHEM G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.
CANGUILHEM G. *La formation du concept de réflexe aux xvii et xviii siècles*. Paris: PUF, 1955.
CANGUILHEM G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintuno, 1970.
CANGUILHEM G. Machine et organisme. In: _____. *La connaisssance de la vie*. Paris: J.Vrin, 2006b, p. 129-164.
CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978 (Campo Teórico).
CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 4, 2, p. 287-307, 1997.
CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*: A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. 25. ed. São Paulo: Cultrix, 1982.
CAPRA, Fritjop. *A teia da vida*: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2000.
CARVALHO, A.C.D. *Curandeirismo e medicina*: práticas populares e políticas estatais de saúde em São Paulo nas décadas de 1930 e 1940. Londrina: Ed. UEL, 1999.
CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica:* a idade do ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
CAVALCANTI, M.L.V.C. *O mundo invisível*: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no Espiritismo. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
CHALHOUB, S.; MARQUES, V.R.B.; SAMPAIO, G.R.; GALVÃO SOBRINHO, C.R. *Artes e ofícios de curar no Brasil:* capítulos de história social. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.
CHIBENI, S.S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigando o desconhecido: filosofia da ciência e investigação de fenômenos "anômalos" na psiquiatria. *Rev. psiquiatr. clín.,* São Paulo, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttextepid=S0101-60832007000700003elng=ptenrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2009. doi: 10.1590/S0101-60832007000700003.

COELHO, M.T.Á.D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*, v. 9, n. 2, p. 315-33, 2002.

CONCONE, M.H.V.B. *Umbanda:* uma religião brasileira. São Paulo: FFLCH/USP/CER, 1983.

CORRÊA, M. *As ilusões da liberdade*: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. 2.ed. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2000.

CORREA, M. *Morte em família*: representações jurídicas de papeis sexuais. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil:* um corte ideológico. 4.ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am. J. Public Health,* n.94, p. 1864-74, 2004.

CZERESNIA, D. e FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Rev. Bras. Psiquiatr*., São Paulo, v. 28, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1516-44462006000300006elng=ptenrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2009, doi: 10.1590/S1516-44462006000300006.

DANTAS, B.G. Repensando a pureza nagô. *Religião e Sociedade*, v.25, n. 3, p. 15-20, 1982.

DANTAS, B.G. *Vovó nagô e papai branco*: usos e abusos da África no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DANTAS, C.R.; PAVARIN, L.B.; DALGALARRONDO, P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev. Bras. Psiquiatr*., v.21,n.3, p.158-64, 1999.

DARNTON, R. *O lado oculto da revolução*: Mesmer e o final do Iluminismo na França. São Paulo: Cia. das Letras, 1988.

FACURE, N.O. *Muito Além dos Neurônios: conferências e entrevistas sobre a Mente e o Espírito*. 2ª edição, São Paulo: Associação Médico Espírita de São Paulo, 1999.

FACURE, Núbor O. "Repercussões dos paradigmas espíritas numa clínica de neurologia". In: *Boletim Médico Espírita*, no.10, 1999.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosity, coping and well-being in people living with HIV/Aids. *Psicol. Estud.*, v. 11, n. 1, p. 155-64, 2006.

FERNANDES, R.C. Religiões populares: uma visão parcial da literatura recente. *BIB - Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências sociais,* n. 18, p. 3-26, 1984.

FERREIRA, Claudia dos Santos; LUZ, Madel Therezinha. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0104-59702007000300010elng=ptenrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2009. doi: 10.1590/S0104-59702007000300010.

FERRETTI, S.F. Notas sobre o sincretismo religioso no Brasil – modelos, limitações, possibilidade. *Revista Tempo,* n. 11, p.13-26, 2001.

FERRETTI, S.F. Revisão da literatura sobre sincretismo religioso afro-brasileiro. In: FERRETTI, S.F. *Repensando o sincretismo*: estudo sobre a Casa de Minas. São Paulo: Edusp/Fapema, 1975. p. 41-75.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 3ª edição, 1987a.

FOUCAULT, M. *As verdades e formas jurídicas*: conferências de Michel Foucault na PUC-Rio de 21 a 25 de maio de 1973, Rio de Janeiro, Nau Ed., 1999.

FOUCAULT, M. *Nascimento da Clínica*, tradução de Roberto Machado. Editora Forense-Universitário, Rio de Janeiro, 1987b.

FRY, P. Prefácio. In: DANTAS, B.G. *Vovô nagô e papai branco*: usos e abusos da África no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p.13-17.

GIUMBELLI, E. *Em nome da caridade*: assistência social e religião nas Instituições Espíritas. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos da Religião (ISER), 1995.

GIUMBELLI, E. Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. *Rev. Antropologia*, v.40, n.42, p. 31-82, 1997b.

GIUMBELLI, E. O 'baixo espiritismo' e a história dos cultos mediúnicos. *Horizontes Antropológicos,* v. 9, n. 19, p. 247-81, 2003.

GIUMBELLI, E. *O cuidado dos mortos*: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997a.

GIUMBELLI, E. *O fim da religião*: controvérsias acerca das "seitas" e da "liberdade religiosa" no Brasil e na França. 2000. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GUEDES, J.S.; BARATA, L.R.B.; CORRÊA, M.C.M.M.A. *Os hospitais filantrópicos e beneficentes e sua inserção nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde-SUDS no Brasil*. Brasília: OPS, 1988.

HARING, B. *Medicina e Moral no Século XX*. RJ, Editora Verbo, 1974.

HESS, D.J. Disobsessing disobsession: religion, ritual, and the social sciences in Brazil. *Cultural Anthropology*, v. 4, n. 2, p. 182-93, 1989.

HESS, D.J. *Spirits and scientists*: ideology, spiritism and Brazilian culture. Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, 1991.

IBAÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.

KARDEC, A. *A Gênese*, Rio de Janeiro, FEB, 1995 (1868).

KARDEC, A. *O Céu e o Inferno*, Rio de Janeiro, FEB 1994a (1865).

KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. Rio de Janeiro: FEB, 1997 (1858).

KARDEC, A. *O Livro dos Espíritos*. Rio de Janeiro: FEB, 1993 (1857).

KARDEC, A. *O Livro dos Médiuns*, Rio de Janeiro, FEB, 1994b (1859).

KARDEC, A. *O que é o Espiritismo*. São Paulo, Lake, 1996.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. *Rev. psiquiatr*. clín. [online]. 2007, vol. 34 ISSN 0101-6083.

KOVACS, M.J. Bioethics concerning life and death. *Psicol. USP*, v. 14, n. 2, p. 115-67, 2003.

LACEY, H. Aspectos cognitivos e sociais das práticas científicas. Scientiae Studia, 6, 1, p. 83-96, 2008b.

LACEY, H. Valores e atividade científica. São Paulo: Associação Filosófica Scientiæ Studia/Editoria 34, 2008a. V. 1.

LACEY, H. Valores e atividade científica. São Paulo: Associação Filosófica Scientiæ Studia/Editoria 34, 2010. V. 2.

LANDIM, L. *Para além do mercado e do estado?* Filantropia e cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos da Religião (ISER), 1993.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.L. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

LAUCAS, C.R.; LUZ, M. A estrutura do campo médico homeopático do Rio de Janeiro – reflexões sobre a produção do conhecimento como elemento básico de estruturação institucional sistêmica do campo. *Estudos de Saúde Coletiva*, n. 178, p. 3-29, 1998.

LEÃO, Frederico Camelo e LOTUFO NETO, Francisco. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. *Rev. psiquiatr. clín. [online]*. 2007, vol. 34, ISSN 0101-6083.

LÉON, A.C.Dr. *Ética en Medicina*, Editora Científico-médica, Barcelona, 1973.

LEWGOY, B. *Os espíritas e as letras*: um estudo antropológico sobre a cultura escrita e a oralidade no espiritismo kardecista. 2000. Tese (Doutorado) –PPGS-FFLCH-USP (tudo por extenso), São Paulo.

LOTUFO NETO, F. Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. 1997. Tese (Livre Docência) - Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LOYOLA, M.A. *Médicos e curandeiros*: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, M. Contemporary culture and complementary medicine: new paradigm in health in the end of the century. *Physis,* v. 15, supl, p. 145-76, 2005a.

LUZ, M. *Medicina e racionalidades médicas:* estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: Canesqui, A.M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

LUZ, M. Natureza e razão no tempo e no espaço mecânicos. In: _____. *Natural, racional, social:* razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Editora Campus, 1988b, p. 42-55.

LUZ, M. Novas práticas em Saúde Coletiva. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÙNIOR, C.E.A.(Orgs.). *Críticas e atuantes*: Ciências

sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b.
LUZ, M. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1993.
LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988a.
MACHADO, R.; Loureiro, A.; Luz, R.; MURICY, K. *Danação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
MAGGIE, Y. Cultos afro-brasileiros: consenso e diversidade. In: LANDIM, L. (Org.). *Sinais dos tempos*: igrejas e seitas no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos da Religião, 1989, p. 77-82.
MAGGIE, Y. *Medo do feitiço*: relações entre magia e poder no Brasil. Rio de janeiro: Arquivo Nacional, 1992.
MAGGIE, Y. O medo do feitiço: verdades e mentiras sobre a repressão às religiões mediúnicas. *Religião e Sociedade,* v. 13, n. 1, p. 72-86, 1986.
MAGNANI, J.G.C. *Mystica Urbe*: um estudo antropológico sobre o circuito neo-esotérico na metrópole. São Paulo: Studio Nobel, 1999.
MAIO, M.C. A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cad. Saúde Pública*, v.11, n.2, p.226-37, 1995.
MAIO, M.C.; SANTOS, R.V. Política de cotas raciais, os "olhos da sociedade" e os usos da antropologia: o caso do vestibular da Universidade de Brasília (UnB). *Horiz. Antropol.*, v.11, n.23, p.181-214, 2005.
MARTINS, A. Philosophy and health: genealogical and philosophical-conceptual methods. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.4, p. 950-8, 2004.
MAUÉS, R.H. Medicinas populares e "pajelança cabocla" na Amazônia. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). *Saúde e doença*: um olhar antropológico.Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.73-82.
MENEZES, A. B. de. *A Loucura sob novo prisma: estudo psíquico-fisiológico*, Federação Espírita Brasileira Editora, Brasília, 6ª edição, 1988.
MENEZES, R.A. *Em busca da boa morte*: antropologia dos cuidados paliativos. 1.ed. Rio de Janeiro: Garamond/ Fiocruz, 2004. v.1..
MESTRINGER, M.L. *Estado entre a filantropia e a assistência social.* São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, M.C.S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). *Saúde e doença:* um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 57-71

MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na Umbanda*. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1985.

MONTERO, P. *Magia e pensamento mágico.* 2.ed. São Paulo: Ática, 1990.

MONTERO, P. Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil. *Novos Estud. – CEBRAP*, n.74, p.47-65, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0101-33002006000100004elng=ptenrm=iso>. Acesso em: 05 out. 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H.G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Rev. Bras. Psiquiatr.,* v.28, n.3, p.242-50, 2006.

NEGRÃO, L.N. *Entre a cruz e a encruzilhada*: formação do campo umbandista em São Paulo. São Paulo: Edusp, 1996.

NEVES, D.P.; SEIBLITZ, Z. Saúde e doença: merecimento e castigo. *Médico Moderno*, v.3, n.7, p.57-74, 1984.

NEVES. D.P. *As "curas milagrosas" e a idealização da ordem social*. Niterói: UFF, 1984.

NOBRE, M. R. S. *A obsessão e suas máscaras: um estudo da obra de André Luiz*, São Paulo: Editora Jornalística Fé, 2000.

ODA, A.M.G.R. *Alienação mental e raça*: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ORTIZ, R. *A morte branca do feiticeiro negro*: umbanda, integração de uma religião numa sociedade de classes. Petrópolis: Vozes, 1978.

PEIXOTO, I.D. *Superstição e Crime no Brasil.* São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1980.

PERES, Mario F. P.; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva e CAOUS, Cristofer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2007, vol. 34 ISSN 0101-6083.

PÉREZ, M. L. P. e RIONDA, R. J. F. Descartes desde Canguilhem: el mecanicismo y el concepto de reflejo. *Ciencia Ergo Sun*, 002, p. 161-71, 2007.

PESSOTI, I. *O século dos manicômios*. São Paulo, Edições 34, 1996.

PINTO, L. *Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS – PNPIC-SUS. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

PORTELA, M.C.; LIMA, S.M.L.; BARBOSA, P.R.; Vasconcelos, M.M.; Ugá, M.A.D.; Gerschman, S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev. Saúde Pública,* v.38, n.6, p.811-8, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0034-89102004000600009elng=ptenrm=iso>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102004000600009. Acesso em 01 out. 2007.

PRANDI, R. *Os candomblés de São Paulo*. São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991.

PUTTINI, R.F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 12, n. 24, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1414-32832008000100008elng=enenrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832008000100008.

PUTTINI, R.F. Curandeirismo, curandeirices, práticas e saberes terapêuticos: reflexões sobre o poder médico no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, v. 11, p. 32-49, 2010.

PUTTINI, R.F. *O poder médico e sua relação com outras práticas de cura*. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Unicamp, 1989. [Relatório de Pesquisa]

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública,* v. 16, n. 2, p. 363-75, 2000.

QUEIROZ, M.S. *Representações sobre saúde e doença*: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Editora da Unicamp, 1991.

RABELO, M.C. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). *Saúde e doença:* um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 47-56.

REBOLLO, R. A. Ciência e metafísica na homeopatia de Samuel Hahnemann. São Paulo: Associação Filosófica Scientiæ Studia/ Parque CienTec, 2008.

REBOLLO, R.A. *Exame de bases científicas e metafísicas da homeopatia de Samuel Hahnemann,* 1993. Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIVERO, D.A.T. Alma-Ata: 25 años después. *Rev. Perspec. Salud,* v. 8, n. 2, p. 2-7, 2003.

RIZZI, N.D. *Visões do transe religioso*. 1995. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RODRIGUES, R.N. *O animismo fetichista dos negros baianos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1935 [Prefácio e notas de Arthur Ramos].

ROSENBAUM, P. *A homeopatia como medicina do sujeito*: raízes históricas e fronteiras epistemológicas. 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROSENBAUM, P. *Homeopatia:* medicina interativa, história lógica da arte de cuidar. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

SAMAJA, J. *Fundamentos epistemológicos de lãs ciências de la salud*. 1997. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANTOS FILHO, L. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1977.

SCHRITZMEYER, A.L.P. *Sortilégio de saberes*: curandeiros e juizes nos tribunais brasileiros (1900-1990). São Paulo: IBCCRIM, 2004.

SCHWARCZ, L.K.M. *O espetáculo das raças:* cientistas, instituições e pensamento racial no Brasil, 1870-1930. São Paulo: Cia. das Letras, 1993.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.5, p.538-42, 1997.

SEIBLITZ, Z.M.L. *Dentro de um ponto riscado*: estudo de um centro espírita na zona norte do Rio de Janeiro. 1979. Dissertação

(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SERAPIONI, M. The role of family and primary network in the reform of social policies. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, supl., p.243-53, 2005.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.31-41, 2004.

STEPAN, N.L. *A hora da eugenia*: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

STOLL, S.J. *Entre dois mundos:* o Espiritismo da França e no Brasil. 1999. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

STOLL, S.J. Religião, ciência ou auto-ajuda? Trajetos do Espiritismo no Brasil. *Rev. Antropol.,* v.45, n.2, p.361-402, 2002.

TEIXEIRA, M.Z. Homeopatia: ciência, filosofia e arte de curar. *Rev. Med.,* v.85, n.2, p.30-43, 2006.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* , São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0034-89102008000500018elng=enenrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102008000500018.

URQUIZA, L.M.F.P. *Um tratamento para a loucura*: contribuiçãoà história da emergência da prática psiquiátrica no estado de São Paulo. Dissertação no Programa de Saúde Mental, FCM/Unicamp, Campinas, 1991.

VALLA, V.V. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. (Orgs.). *Críticas e atuantes*: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 77-89.

VASCONCELOS, E.M. (org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad. Saúde Pública,* v. 14, supl.2, p. 39-57, 1998.
VASCONCELOS, E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família, 4ª edição, São Paulo, Hucitec, 2008.
VELHO, Y.M.A. *A guerra de Orixá:* um estudo de ritual e conflito. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
WARREN, D. A medicina espiritualizada: a homeopatia no Brasil do século XX. *Religião e Sociedade*, v.13, n.1, p.88-107, 1986.
WARREN, D. A terapia espírita no Rio de Janeiro por volta de 1900. *Religião e Sociedade,* v.13, n.1, p.56-83, 1984.
WHO. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional da Saúde. New York: WHO, 1948. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em 01 out. 2007.
WHO/UNICEF. WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *Primary health care*: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12, sept. 1978. Geneve: WHO, 1978, Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 01 out. 2007.
WHO/EUROPE. WORLD HEALTH ORGANIZATION/EUROPE. *Health promotion*: a discussion document on the concepts and principles. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe, 1984.
XAVIER, F. C. e Vieira, W. *Evolução em dois mundos*, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1958.
XAVIER, F. C. *Mecanismos da Mediunidade*, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1959.
XAVIER, F. C. *Missionários da Luz*, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1945.
XAVIER, F. C. *Obreiros da Vida Eterna*, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1946.
XAVIER, F. C. *Os Mensageiros*, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1944.

Como se caracterizam certas instituições no campo da saúde, especificamente hospitais psiquiátricos administrados por religiosos do espiritismo, que utilizam em seu interior terapias espirituais sem serem enquadradas ao Código Penal brasileiro pelo crime de curandeirismo? Como se caracterizam esses hospitais espíritas no atual contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)? Essas questões são investigadas por Rodolfo Puttini ao longo deste estudo com intuito de produzir um olhar crítico sobre as questões de saúde pública e religiosidade no Brasil. Por outro lado, o livro pretende contribuir para a definição de campo da saúde, partindo de uma orientação epistemológica, cujo pensamento crítico do autor apresenta o problema das práticas de cura não médicas inseridas no campo de conhecimento da Saúde Coletiva.

ISBN: 978-65-5067-064-1
9 786550 670641
C3L