

Frederico Camelo Leão

**Uso de práticas espirituais em instituição para
portadores de deficiência mental**

Dissertação apresentada ao Departamento
de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2004

Frederico Camelo Leão

**Uso de práticas espirituais em instituição para
portadores de deficiência mental**

Dissertação apresentada ao Departamento
de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2004

Ficha catalográfica

Dedicatória

Dedico essa pesquisa a Lucia, Augusto, Sofia, aos meus pais, a minhas irmãs, a todos aqueles que investigam as interfaces entre ciência e religião, aos assistidos e trabalhadores das Casas André Luís.

Agradecimentos

Esta dissertação de Mestrado não seria possível sem o apoio inestimável de meu orientador, Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto. Coragem, dedicação e rigor científico são apenas algumas das virtudes que fazem de Lotufo Neto um Mestre ímpar na arte da pesquisa.

Agradeço a todos os professores com os quais estudei na pós-graduação da FM-USP. Prof. Dra. Laura H.G.Andrade, Prof. Dr. Jorge W. F. Amaro, Prof. Dr. Paulo R. Menezes e Prof. Dr. Jose Eluf Neto. O contato com vocês muito me ensinou sobre o que é fazer uma pesquisa.

Gostaria de agradecer também aos membros da banca de qualificação: Prof. Dr. Homero Vallada Filho, Prof. Dr. Paulo Correa Vaz de Arruda e Prof. Dr.Mário Fernando Prieto Peres. Homero, a qualidade de seu trabalho é um exemplo para mim e suas leituras precisas e pontuais muito me ajudaram no desdobramento da pesquisa. Paulo Correa, sua experiência acadêmica e sua ampla cultura me iluminaram vários novos territórios a seguir. Mário, aprendi muito com seus comentários e suas sugestões foram decisivas nesse trabalho. A todos vocês sou imensamente grato.

Uma pesquisa não se faz sem diálogo. Nesse sentido, sou muito grato aos companheiros do NEPER - Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos, do Instituto de Psiquiatria da USP. Alexander M. de Almeida, Sérgio P. Rigonatti, Vivian E. P. De Albuquerque, Julio P. Peres, Manuel J. P. Simão, Rodolfo Puttini e Franklin Ribeiro.

Agradeço também ao trabalho dos estatísticos: Lurdes Conceição, Frederico Rafael Moreira e Marcus Vinicius Estandislau.

Agradeço também aos amigos: Eduardo Mendes Machado, Ana Luísa Machado, Nadine Fajerman, Carmen Lúcia A. de Santana e Manuela Ferreira de Sousa.

Sou muito grato às Casas André Luís, pela oportunidade do convívio em um ambiente de assitência multidisciplinar associado às práticas religiosas. Meu muito obrigado se estende a todos desta instituição, em especial como representante de todo o grupo, gostaria de agradecer ao Presidente da Fundação, Onofre Astinfero Batista. Onofre, você é um grande incentivador de vários desafios. Muito obrigado pela oportunidade!

Um agradecimento especial aos meus pais, que sempre valorizaram o estudo e me apoiaram em todos os momentos da minha vida.

Finalmente, quero agradecer a meus filhos, Augusto, Sofia e a minha esposa

Lucia. Sei que furtei de vocês muito tempo de convívio, ao me dedicar a essa pesquisa. Obrigado pela compreensão e paciência, meus queridos. Obrigado querida Lucia por ter sido uma luz em vários labirintos. Seu exemplo de dedicação à pesquisa me entusiasmou e foi fundamental nos momentos difíceis.

Sumário

Prefácio	01
Introdução	18
Justificativa	41
Objetivos e Hipótese	43
Métodos	44
Resultados	50
Discussão	54
Conclusões	65
Referências bibliográficas	67
Índice de centros de pesquisas citados	78

Resumo

Leão FC. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 78p.

OBJETIVO: avaliar o impacto de práticas espirituais na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental internos em Instituição de saúde.

MÉTODO: ensaio controlado comparando grupo experimental submetido à prática espiritual com grupo controle. O instrumento utilizado para obtenção dos dados foi a Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados – EOIPPI.

RESULTADOS: a comparação do grupo controle (N=20) com o grupo experimental (N=20) verificou a diferença de variação entre os grupos ($p=0,045$), demonstrando possíveis benefícios de tal intervenção.

CONCLUSÕES: A análise dos resultados obtidos no experimento confirmou a hipótese de que o uso das práticas espirituais apresenta resultados positivos na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental.

Descritores: Utilização de práticas espirituais; Religião e Medicina; Retardo Mental; Saúde Mental.

Summary

Leão FC. Spiritual practices uses in institution for mental disabilities [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 78p.

OBJECTIVE: to evaluate the impact of spiritual practices in the clinical and behavioral evolution of internal patients with mental disabilities in a Health Institution.

METHOD: two groups of patients were compared: The experimental group submitted on spiritual practices and the control group. The Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients (IOSPI) was employed to evaluate the outcome.

RESULTS: the comparison of controlled group (N=20) with the experimental group (N=20) verified the difference of variation between the groups ($p=0,045$), what demonstrates possible benefits of such intervention.

CONCLUSIONS: the research confirmed the hypothesis that practical spirituals uses presents positive results in clinical and behavioral evolution of internal patients with mental disabilities.

Keywords: Spiritual Practices uses; Religion and Medicine; Mental disabilities; Mental Health.

Prefácio: introdução à pesquisa

“Nós devemos praticar e defender o fato que os psiquiatras são médicos da alma tanto quanto do corpo”. Com essas palavras, a editora-chefe do *American Journal of Psychiatry*, Nancy Andreasen, aponta para uma paisagem que havia sido relegada pela pesquisa científica (Andreasen, 1996). Na Inglaterra, o *British Journal of Psychiatry* apresenta um artigo que propõe uma introdução aos cuidados espirituais realizados durante tratamento psiquiátrico (Culliford, 2002). Em contraste com a separação e conflito que tem caracterizado o relacionamento entre religião e a psiquiatria, (Zilboorg e Henry, 1941), Koenig afirma que o século XXI traz a promessa de reaproximação e colaboração entre essas duas disciplinas (Koenig, 2000a: 169).

Quando se pensa na associação entre religião e saúde, talvez, a primeira idéia que vem à mente diz respeito aos efeitos negativos advindos da religiosidade exarcebada. O fanatismo, por exemplo, faz com que pessoas religiosas muitas vezes excluam ou neguem condutas médicas. É bastante conhecido o fato de que seguidores de determinadas religiões se neguem a realizar transfusão de sangue ou aceitar transplantes de órgãos. Além disso, vários indivíduos desenvolvem sintomas derivados de uma interpretação distorcida de preceitos religiosos. Entre os efeitos psicológicos negativos mais comuns, observa-se: geração de culpa; diminuição de auto-estima; repressão de raiva, ansiedade e medo através de crenças punitivas;

favorecimento de dependência, conformismo e sugestionabilidade; desenvolvimento de intolerância e hostilidade aos que não seguem a mesma religião etc (Koenig, 2001).

Vimos surgir em diversas pesquisas uma busca de reaproximação entre ciência e religião (Peters, 2003). Esses dois campos de investigações têm se relacionado de maneira diversa na história da humanidade. No estudo realizado por Peter Hess, diretor associado do Programa de cursos de ciência e religião da Universidade de São Francisco, são apresentados elementos da história da ciência ocidental reveladores da união intrínseca que existia anteriormente (Hess, 2003). A partir do iluminismo, devido à consolidação de um modelo de pesquisa científico clássico, cria-se uma ruptura entre Ciência e Religião, embora anteriormente esses tenham sido campos de pesquisa complementares (Boehnlein, 2000).

Alguns autores que buscam construir as pontes entre esses dois campos de saber afirmam a importância de refletir quanto ao método de aproximação empregado (Russell e Wegter-Mcnelly, 2003-46). A tipologia metodológica proposta pelo físico Ian Barbour apresenta quatro tipos de associações entre ciência e religião: conflito (com posturas do materialismo científico e do literalismo bíblico); independência (paradigma que afirma as diferenças entre os métodos da ciência e da religião); diálogo (inclui questões limítrofes e paralelos metodológicos) e integração (Barbour, 1990). Observa-se uma

tendência de integrar ciência e religião até mesmo nos pronunciamentos da Organização Mundial de Saúde:

Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão "não material" ou "espiritual" de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de "saúde" da Organização Mundial de Saúde para "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença" (WHO/MAS/MHP/98.2). (FLECK, 2003).

Atualmente existem diversos centros de pesquisa científica que se dedicam a conduzir investigações sobre as relações entre saúde e espiritualidade. Nos EUA, por exemplo, as universidades George Washington e Duke têm centros de pesquisa em espiritualidade e saúde. Outros centros como Harvard Medical School e o Mind/Body Medical Institute¹ of Deaconess Hospital em Boston conduzem cursos destinados a examinar as relações entre práticas médicas e religião. Outra referência importante é o curso oferecido pelo Johns Hopkins Medicine: Spirituality and Medicine Institute².

Na Europa, The Spirituality and Psychiatry Special Interest Group do Royal College of Psychiatrists³ se dedica a pesquisas sobre as interferências espirituais na saúde mental. Fundado em 1999, tem 675 pesquisadores associados e é dirigido por Andrew Sims⁴. Em recente artigo, Sims

¹ <http://www.mbmi.org/pages/bio1.asp>

² <http://www.hopkinscme.org/cme/events/spiritmed04.html>

³ www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit

⁴ http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/publications/n18_index.htm

apresenta um estudo histórico das relações entre psiquiatria e espiritualidade na Inglaterra. Sua argumentação inicia a partir de uma frase do poeta do século XVIII, William Cowper (1731-1800): *Deus move-se de forma misteriosa*⁵. Muitos dos médicos psiquiatras da primeira metade do século XX adotam essa frase como premissa básica em suas condutas e evitam desenvolver pesquisas investigativas das relações entre saúde mental e fenômenos religiosos. O panorama desenvolvido por Sims revela que houve uma série de mudanças no paradigma de conduta psiquiátrica em relação a hábitos e crenças religiosas. Nos anos 50, a psiquiatria via os interesses espirituais dos pacientes com suspeita e freqüentemente com hostilidade. Os psiquiatras acreditavam que a religião, muitas vezes, era prejudicial à saúde. A igreja, por outro lado, desacreditava a psiquiatria, por esta “desencaminhar as pessoas”. Sims nos conta que o preconceito da igreja contra os psiquiatras está presente até mesmo nas escrituras. Tal conflito pode ser visto na prescrição de remédios. A palavra *farmacologia* vem grego *pharmakeia*. No livro do Apocalipse 18:23, o termo *pharmakeia* é usado com o significado de feitiçaria, magia negra (sorcery). Na década de 60, o sentimento religioso foi freqüentemente igualado com a neurose. A opinião religiosa dos pacientes não era considerada importante, e havia poucas tentativas de colaboração entre psiquiatras e líderes religiosos na ajuda a pacientes. As primeiras mudanças nesse cenário surgem nos anos 70 quando alguns pesquisadores começam a se especializar na investigação das inter-relações entre a conteúdos religiosos e a prática

⁵ ‘God moves in a mysterious way’.

psiquiátrica. Durante os anos 80, um pequeno grupo de pesquisadores já passa a considerar o estudo da sobreposição entre a fé religiosa e sintomas psiquiátricos um campo de investigação legítimo (Sims, 2003).

Entre os pioneiros da área, destaca-se David B. Larson que dedicou vinte anos à pesquisa dos efeitos que a fé exerce na saúde. Suas pesquisas revelaram que pacientes com fé cristã têm menos stress, e menor taxa de ataque cardíaco, e são menos propícios a cometer o suicídio. Foi presidente do *National Institute for Healthcare Research* e idealizador do *The International Center for the Integration of Health & Spirituality*. Larson foi autor de mais de 200 artigos na área e também co-autor (com Harold George Koenig⁶ e Michael E. McCullough) de uma das mais abrangentes publicações: *Handbook of Religion and Health: A Century of Research Reviewed*. Antes de mais nada, é importante ressaltar o fato de que no início das pesquisas de Larson, havia ainda mais preconceito contra as manifestações de religiosidade entre os pacientes que do que hoje em dia. Nesse sentido, a revisão bibliográfica de textos médicos realizada por Larson foi de extrema importância. Seus estudos contribuíram para mudanças na insensibilidade quanto às representações de experiências religiosas e espirituais presentes na versão 3 do *Diagnostic and Statistical Manual*, (DSM-III-R) em relação à versão DSM-IV.

⁶ <http://www.dukespiritualityandhealth.org/hkoenig.html>

Um dos mais fecundos pesquisadores atuais nesse campo é, o já citado, Harold G. Koenig, da Universidade de Duke, Carolina do Norte. Editor das revistas científicas *International Journal of Psychiatry in Medicine* e *Research News & Opportunities in Science and Theology*, Koenig é também autor de verdadeiros tratados na abordagem interdisciplinar saúde, religião e espiritualidade. *Handbook of Religion and Health: A Century of Research Reviewed*, coletânea organizada por Koenig em conjunto com Michael E. McCullough e David B. Larson, reúne vários artigos que discutem de forma crítica as relações entre religião e saúde física e mental. Entre as patologias analisadas estão: ansiedade, depressão, câncer, doenças coronárias, hipertensão, disfunção no sistema auto-imune, entre outras. Este livro fornece uma revisão detalhada e crítica das pesquisas conduzidas entre os anos de 1990 e 2000 e avalia o relacionamento entre a religião e efeitos mentais e físicos na saúde (Koenig, 2001). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*, um dos livros de Koenig, tem por objetivo ser um guia de auxílio direcionado à classe médica. Entre as questões mais polêmicas do livro estão: quando e porque se deve direcionar um atendimento espiritual, respeitando as crenças do paciente; deve o médico indagar a respeito das crenças espirituais na avaliação clínica; existem casos nos quais crenças religiosas interferiram de fato no estado de saúde, podendo inclusive acarretar em pioras de sintomas etc (Koenig, 2002).

Além das publicações, Koenig é diretor e fundador do Centro para o Estudo da Religião/Espiritualidade e Saúde (*Center for the Study of*

*Religion/Spirituality and Health*⁷), na Duke University, que tem por objetivo ampliar a compreensão a respeito da saúde e bem estar. Nesse sentido, promove debates interdisciplinares nas áreas de saúde, religião, ética e espiritualidade. A abordagem de pesquisa é holística e inclusiva.

O Instituto Mind/Body Medical da Universidade de Harvard se destaca por conduzir pesquisas a respeito das relações entre stress e saúde. O presidente fundador, Herbert Benson, M.D., é autor de mais de 170 artigos e 10 livros. Um dos pioneiros nos estudos das relações corpo/mente na medicina, Benson enfatiza a importância do relaxamento para neutralizar os efeitos prejudiciais do stress. Além disso, Benson também aponta as relações entre espiritualidade e cura (Benson, 1998, 1999).

*The George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish)*⁸ é outro centro que se dedica a investigar as inter-relações entre saúde e espiritualidade. Fundado e dirigido por Christina Puchalski, o Gwish tem entre seus objetivos estabelecer mudanças no atendimento médico. Assim, o Gwish estimula que se inclua, no atendimento ao paciente, além dos cuidados físicos, atenções quanto às suas necessidades emocionais, sociais e espirituais.

Outro pesquisador que tem atuado nessa linha de investigação é William Harris do Saint Luke's Hospital, cidade de Kansas. Harris dirigiu uma

⁷ <http://www.dukespiritualityandhealth.org/>

⁸ <http://www.gwish.org>

pesquisa sobre a evidência científica dos efeitos de preces intercessórias no resultado da evolução clínica de pacientes numa unidade de cuidados coronarianos. A pesquisa foi publicada em 1999 no Arch Intern Med. no artigo “A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit” (Harris, 1999).

John Astin, do Stanford University Center for Research in Disease Prevention, atua na área da psicologia da saúde. Astin fez uma revisão sistemática da cura à distância para todo tipo de tratamento médico. Em 57% dos ensaios clínicos, encontrou efeitos positivos (Astin,2000).

No Brasil, a tese de Livre-Docência de Lotufo Neto afirma que ter uma orientação religiosa intrínseca pode ser benéfico à saúde mental. Apesar disso, a psiquiatria tem negligenciado avaliar os efeitos de uma atitude religiosa em seus pacientes. Observa-se que, na pesquisa dos tratamentos médicos, a variável religiosa tem sido pouco estudada. Lotufo Neto atenta para o fato de que os tratamentos psiquiátricos devam respeitar as inclinações espirituais de seus pacientes e que para isso, o médico deve estar familiarizado com os diferentes temas da religião e as atitudes religiosas de seus pacientes (Lotufo Neto, 1997).

O psiquiatra Paulo Jacomo Negro, autor da Tese de Doutorado defendida na Universidade São Paulo, *A natureza da dissociação: um estudo sobre*

experiências dissociativas associadas a práticas religiosas, é outro pesquisador nesse campo. Segundo sua pesquisa, muitas pessoas portadoras de comportamentos dissociativos, relacionados às práticas religiosas, tinham bons índices de desempenho social, educação e trabalho. Seu trabalho invalida a existência de uma relação direta entre comportamentos dissociativos, relacionados às práticas religiosas e transtornos mentais (Negro, 1999).

O Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos (NEPER), do Instituto de Psiquiatria da USP reúne vários dos pesquisadores nessa área. Entre eles, estão: Alexander Moreira de Almeida, Jorge W. F. Amaro, Francisco Lotufo Neto. Na UNICAMP, na área de saúde mental e espiritualidade, Joel Giglio é líder do grupo de pesquisa em Psicologia e Religião (Giglio, 1991). Outro pesquisador nessa linha de investigação é Paulo Dalgalarrodo (UNICAMP). Suas pesquisas associam vivências religiosas, aspectos culturais e psiquiatria (Dalgalarrodo, 1991).

O doutorado realizado por Rodolfo Franco Puttini na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas investiga hospitais psiquiátricos mantidos por instituições espíritas. Seu foco de atenção se concentra nas relações entre práticas médicas e religiosas num mesmo espaço. Seu amplo estudo abrange também as concepções de mundo na visão da religião espírita (Puttini, 2004).

A pesquisa de doutorado de Alexander Moreira de Almeida, *Mediunidade: uma experiência dissociativa num contexto religioso (em andamento)* também se situa entre os campos da psiquiatria e religião tem por objetivo determinar a prevalência de transtornos mentais em médiuns de centros espíritas de São Paulo. Faz parte do escopo de sua pesquisa o estudo das dimensões espirituais e religiosas da cultura em relação à saúde mental (Almeida, 2003).

Na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o psiquiatra Marcelo Fleck tem desenvolvido pesquisas sobre qualidade de vida, no programa da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL). Suas investigações apontam que existe uma relação entre elevados escores em escalas que medem Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais (SRPB/RECP) e melhores condições de saúde. Fleck ressalta também a importância de considerar aspectos das dimensões religiosas no atendimento dos pacientes (Fleck, 2003).

A utilização de terapêuticas como a aplicação de preces é assunto polêmico que exige um exame cuidadoso. Existem vários argumentos contra a aplicação de terapêuticas complementares. No estudo apresentado por E. Ernst temos: a medicina complementar é “não científica”; é “ineficaz”; é um tipo de “placebo”; entre outros. Porém, o próprio Ernst, aponta em seguida fatos relevantes como: a medicina complementar apresenta resultados

positivos todos os dias; ajuda a economizar recursos; e oferece menos riscos à saúde (Ernst, 2000).

Por outro lado, a aplicação de preces e sua eficácia em processos de cura têm sido defendidas por vários pesquisadores. Entre os mais conhecidos está Herbert Benson, Professor da Universidade de Harvard (Benson, 1998). Atwood, do Newton-Wellesley Hospital, em *The efficacy of spiritual healing*, discute problemas metodológicos em estudos de avaliação de eficácia de curas a distância (Atwood, 2001).

O autor da presente pesquisa trabalha há cinco anos em uma instituição espírita e observou empiricamente alterações positivas na evolução clínica e no comportamento de pacientes que supostamente teriam participado de práticas espíritas (reuniões mediúnicas), mesmo sem estarem presentes fisicamente. A proposta é estudar os efeitos da utilização desta prática religiosa em pacientes portadores de deficiência mental em uma instituição de saúde. A instituição a ser estudada é composta por um hospital filantrópico que presta assistência multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas). Em paralelo a essa assistência multidisciplinar, é oferecida uma assistência espiritual baseada nos princípios da doutrina espírita. Pretende-se avaliar os possíveis benefícios observados em pacientes que participaram de práticas espirituais.

Nesse sentido, é importante que façamos uma breve introdução, apontando as características distintivas entre os conceitos de terapia complementar e terapia alternativa. Considera-se terapia complementar os tratamentos empregados em conjunto com a medicina convencional. Numa outra linha de abordagem, existem as terapias alternativas. São propostas terapêuticas com características específicas. Enquanto as terapias complementares trabalham lado a lado com as práticas médicas ortodoxas, as terapias alternativas muitas vezes partem da premissa de que podem prescindir dos métodos convencionais.

A Associação Brasileira de Medicina Complementar e Estratégias Integrativas em Saúde, fundada durante o I Congresso Brasileiro de Medicina Complementar e VI Congresso Brasileiro de Medicina Biomolecular, no dia 25 de novembro de 2000 estabelece como Medicina Complementar:

... a medicina praticada por médicos que utilizam todos os recursos disponíveis da medicina convencional e a complementam utilizando métodos terapêuticos e propedêuticos não convencionais, porém de eficácia comprovada, sempre colocando as necessidades individuais do paciente em primeiro lugar e empregando técnicas seguras, sob sua responsabilidade profissional e com o pleno conhecimento e consentimento do paciente. Não utilizamos o termo "alternativa", porque ele dá a idéia de exclusão e na verdade o objetivo principal é somar conhecimentos e estratégias terapêuticas para atingirmos a meta final, que é o bem estar do paciente. A medicina acadêmica (ou tradicional) sempre deve ser usada em

primeiro lugar, porém, quando chegamos ao ponto onde já empregamos todo o seu conhecimento, devemos dispor e usar todos os recursos disponíveis. Trata-se de uma medicina, ética e humana, a procura de soluções.

Em geral, quem opta pela terapia alternativa, parte da premissa de que pode prescindir da medicina ortodoxa. Nesse sentido, à medida que negam e excluem procedimentos clássicos, os adeptos da terapia alternativa consideram suas práticas únicas e não as submetem a metodologias de investigação sobre eficácias. Os praticantes de métodos alternativos na verdade desprezam a ciência em nome da fé e do pensamento mágico.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a utilização de práticas complementares por trazerem bem estar aos pacientes a um custo relativamente baixo. Assim, são consideradas terapias complementares, práticas como: arte-terapia, musicoterapia, reflexologia, e práticas espirituais tais como preces, meditações e reuniões mediúnicas, desde que realizadas em conjunto com a medicina ortodoxa e sob um acompanhamento científico das eficácias.

As terapias complementares estimulam o equilíbrio emocional e espiritual favorecendo a reintegração psicossocial do paciente. Cabe frisar que as terapias complementares não negam as causas orgânicas nem a necessidade de um tratamento médico convencional. Numa visão holística,

as terapias complementares abrangem também a etiologia espiritual nos transtornos clínicos e comportamentais.

O livro *Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica* de Nelson Felice de Barros (2000), mostra que a aplicação de terapias complementares tem sido um caminho percorrido por vários médicos. Também vale citar o livro organizado por Edzard Ernst, *Medicina Complementar*, que reúne dez artigos, escritos por especialistas de diferentes países e com opiniões bastante divergentes (Ernst 2000).

Cathy Malchiodi (1998), por exemplo, em seu livro sobre arte-terapia, demonstra como a utilização da arte pode ajudar no tratamento de pacientes. As técnicas apresentadas pela autora partem do princípio de que existe uma criatividade natural em todas as pessoas. A partir de estímulos à criatividade, o ser humano expressa suas angústias, encontrando alívio de sofrimento e equilíbrio.

O livro de Barrie Cassileth (1999), *The Alternative Medicine Handbook: The Complete Reference Guide to Alternative and Complementary Therapies* membro fundador do Advisory Council to the National Institutes of Health Office of Alternative Medicine (OAM), descreve 53 tipos de terapias alternativas e relata algumas evidências científicas.

O livro *Spiritual Healing, Scientific Validation of a Healing Revolution* é uma referência importante no campo das curas espirituais. O autor, Daniel Benor (2001), apresenta 124 de estudos científicos realizados a partir de diferentes métodos de cura espiritual.

Assim, no decorrer dessa dissertação, as práticas mediúnicas foram estudadas a partir do paradigma das terapias complementares, isto é, como exercícios que ocorrem paralelamente às terapias convencionais.

Não negamos as dificuldades inerentes a presente pesquisa. O primeiro grande obstáculo a ser vencido diz respeito aos preconceitos enraizados durante os vários anos em que predominou uma idéia que separava a ciência dos assuntos relacionados à fé. Fundamentados por uma lógica clássica (Da Costa, 1994), que postula a existência de extremos opostos no qual algo é verdadeiro ou falso, os cientistas deixavam de lado os assuntos considerados místicos. No entanto, a ciência nem sempre foi assim.

Segundo Gaston Bachelard, o que determinou o desenvolvimento científico em suas origens a necessidade humana de avançar sobre territórios desconhecidos. Segundo ele, o que diferencia o homem de outros animais é sua capacidade de observação e o prazer que obtém de extrair conhecimento a partir desse processo. Isso Bachelard caracterizou como nosso lado *homo luddens*. Para o filósofo da ciência, a curiosidade foi o motor que nos impulsionou em direção espírito da descoberta (Bachelard, 1984).

Hoje a ciência retoma a postura investigativa de mistérios complexos e incorpora em sua metodologia uma lógica de incertezas: a lógica nebulosa (*fuzzy logic*). De modo resumido, pode-se dizer que a lógica nebulosa permite que se estude fenômenos imprecisos, repletos de gradações. Encontramos diversos exemplos na prática médica. Embora se busque a maior precisão possível de diagnóstico, e, apesar de se considerar n variáveis, dificilmente se chega a um resultado 100% absoluto (Haack, 2002).

Outro ponto nevrálgico, na presente pesquisa, se situa nos conceitos de corpo, mente, espírito e alma. Diversas concepções povoaram o imaginário até chegarmos à visão contemporânea, esta também múltipla e polissêmica. Entretanto, observa-se em várias épocas a presença de uma visão na qual o corpo é algo que se opõe a alma. A essa visão, dá-se o nome de dualismo. Entre os dualismos mais marcantes, temos: dualismo antropológico de Platão para quem o homem é corpo e “alma” (morada das idéias); dualismo teológico de Santo Agostinho, que afirma que o homem é corpo e alma (espírito) sendo que o corpo é a prisão do espírito; dualismo proposto por Descartes que considera o homem como um conjunto corpo e mente (raciocínio) mas que coloca o corpo como máquina. Para Descartes, a mente seria algo imaterial, separada do cérebro, mas interligada ao corpo físico (Gardner, 1995). Willian James postula que a consciência não é uma entidade mas sim fruto de um processo. O neurocientista Eccles afirma que

a mente é algo distinto do corpo (Eccles, 1979). Atualmente, no entanto, vários neurocientistas partem do pressuposto que é possível explicar a mente a partir do comportamento das redes neuronais.

O grande enigma permanece sendo definir as relações entre corpo e mente. Para alguns, a mente é um produto do cérebro (Crick, 1994). Para outros, a mente se localiza no corpo como um todo (Varela, 1991). Nesse cenário é importante apresentar a visão de W. Penfield. O neurocirurgião realizou diversos experimentos no cérebro através da utilização de eletrodos que estimulavam neurônios específicos. A partir dessas pesquisas, Penfield contradiz as teorias que pretendiam localizar a mente no cérebro. Em seu último livro, Penfield confessa não ter obtido provas de que a mente estaria localizada no cérebro (Penfield, 1975).

Introdução

1. Espiritismo e movimento espírita no Brasil

A história do espiritismo é uma história de nomes e de vertentes. Conan Doyle, em seu estudo sobre o tema, revela que o sueco Emmanuel Swedenborg (1688), engenheiro, economista foi um médium que deixou numerosos escritos que documentam suas experiências paranormais. Outro nome de destaque foi Franz Anton Mesmer (1734-1815), cujas pesquisas na área do magnetismo, partem do pressuposto da existência de um fluído invisível por entre corpos (Doyle, 2002).

A gênese do espiritismo, contudo, tem sido associada às irmãs Fox. Em 1847, acontecimentos insólitos foram registrados em Hydesville, EUA, e geraram grandes repercussões. O interesse pelas manifestações 'sobrenaturais' se propagou até a Europa. Na França, ficaram famosas as reuniões em torno de mesas girantes. Esses encontros eram realizados por curiosidade e passatempo (Doyle, 2002).

Nessa época, o assunto atraiu interesse de intelectuais como Balzac, Victor Hugo, Flaubert, Edgard Alan Poe, Nataniel Hawthorne, entre outros.

Também nessa época Hippolyte Leon Denizard Rivail, professor, começou a estudar sonambulismo e magnetismo. Na evolução de suas pesquisas, Rivail passou a se interessar por manifestações espíritas. O conjunto de suas

investigações acabou por gerar um corpo teórico que atualmente compõe os fundamentos da doutrina espírita. Rivail organizou vários livros e assumiu o pseudônimo de Allan Kardec.

Segundo os preceitos da religião espírita, os livros de Kardec são baseados em diálogos com espíritos através de comunicações mediúnicas. Os livros de Kardec são: O livro dos espíritos (1857), O livro dos médiuns (1861), O evangelho segundo o espiritismo (1864), O céu e o inferno (1865), A gênese (1868), O que é o espiritismo. Em 1858 foi fundada a revista *Revue Spirit* e a *Société d'études spirites*.

A partir da codificação de Kardec, o espiritismo foi se difundido para vários países, inclusive o Brasil. Na Itália, um grande pesquisador do espiritismo foi Ernesto Bozzano que privilegiava o aspecto psíquico. Suas pesquisas geraram vários trabalhos científicos sobre a existência dos espíritos. Outro italiano que atuou nesse campo de investigação foi Cesare Lombroso. Médico, higienista, psiquiatra e antropólogo, Lombroso propôs teorias sobre hipnotismo e mediunidade (Silva, 1999).

No Brasil, o espiritismo assumiu características próprias. Os mais famosos nomes do espiritismo brasileiro se dedicaram a realizar obras com ênfase no aprimoramento moral. Entre os mais populares estão os médiuns Francisco Cândido Xavier e Divaldo Pereira Franco. O legado de Chico Xavier se estende por mais de 406 livros, ditos psicografados (ditados por espíritos). Seu foco de atenção é sempre o amor ao próximo. Divaldo Pereira Franco,

por sua vez, atua na área do aconselhamento psicológico, dentro de uma abordagem que poderíamos caracterizar como “auto-ajuda”, realiza seminários e debates em vários países, e escreveu várias obras. Sua obra assistencial em Salvador, Bahia, tem repercussão internacional (Stoll, 1999).

Os brasileiros Bezerra de Menezes e Inácio Ferreira, ambos médicos, foram fundamentais para a difusão das idéias kardecistas. Bezerra de Menezes, por exemplo, escreveu um livro, *A loucura sobre um outro prisma* (1988), que propõe a aplicação das idéias de Kardec para a compreensão e tratamento de transtornos mentais (Menezes, 1988). O psiquiatra Inácio Ferreira, diretor do Sanatório Espírita de Uberaba, aplicou várias das teorias de Menezes.

Em resumo, pode-se dizer que o espiritismo brasileiro se caracteriza por ser uma religião cristã que valoriza sobremaneira a caridade. Entre os fundamentos desta religião está a crença na imortalidade da alma. Segundo os princípios espíritas, a alma contém a essência da individualidade humana. Outra proposição fundamental nesta religião é a concepção dualista espírito-corpo na qual o espírito é independente do corpo, podendo inclusive se desprender. O terceiro princípio fundamental desta religião é a crença na reencarnação. Para os espíritas, a reencarnação é a possibilidade de renascimento na vida material. Finalmente, o quarto princípio é a mediunidade. Dentro dos paradigmas espíritas, mediunidade se define como a capacidade de comunicação com espíritos.

O livro dos antropólogos franceses François Laplantine e Marion Aubrée, *La Table, le livre e les esprits*, é um extenso trabalho que trata do espiritismo desde seu nascimento, passando pelas transformações que sofreu, chegando aos dias atuais. Nessa obra, os autores apontam as principais diferenças entre o movimento espírita na França e no Brasil. Na visão dos autores, o espiritismo francês do século XIX, é fruto de uma visão contaminada pelas idéias do positivismo. Tais características foram perdidas na assimilação que o Brasil fez da doutrina (Aubrée e Laplantine, 1990).

O assunto é retomado na pesquisa de doutorado da antropóloga Sandra Jacqueline Stoll. Segundo a autora, toda religião é re-interpretada ao mudar de seu país de origem, pois sofre influências das culturas locais. No Brasil, crenças indígenas, africanas e até mesmo católicas, re-inventaram as premissas de Kardec. Assim, na visão de Stoll, o espiritismo no Brasil não é uma mera deturpação do original francês, como afirmam Laplantine e Marion Aubrée, mas sim, um sistema filosófico e religioso com características próprias (Stoll, 2003).

Como se sabe, a cultura brasileira é fruto de várias contaminações: das culturas indígenas e africanas, além das influências européias. Apesar haver rituais de comunicação através de médiuns com espíritos tanto nas religiões afro-brasileiras como no espiritismo kardecista, cada uma dessas práticas tem particularidades distintivas (Hess, 1989). Na presente pesquisa, não

iremos nos adentrar nas diferenças entre essas práticas, mas sim nos focar nas atividades realizadas dentro dos preceitos do espiritismo kardecista.

No Brasil, várias pesquisas acadêmicas se dedicam a estudar o fenômeno do espiritismo. Na área de Educação, a tese de Doutorado defendida na Universidade de São Paulo por Dora Alice Colombo: *Pedagogia Espírita: um projeto brasileiro e suas raízes histórico-filosóficas* (Colombo, 2001). Pode-se citar também, na área de sociologia e antropologia, por exemplo, Claudio Murilo Pimentel Gama realizou uma dissertação de mestrado na Universidade Federal do Rio de Janeiro O espírito da medicina: médicos e espíritas em conflito (Gama, 1992).

Outra importante pesquisa foi realizada por Emerson Giumbelli. “Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais”, nos revela que o espiritismo, na segunda metade do século XIX, era relacionado a charlatanismo, sendo inclusive apontado como "crime contra a saúde pública” pelo primeiro código penal republicano (1890), (Giumbelli, 1997).

A visão negativa quanto ao espiritismo só será modificada a partir dos estudos de cunho sociais e antropológicos. Entre os nomes que realizaram estudos sobre o tema, se destacam Roger Bastide e Arthur Ramos. Este último apresentou um trabalho no I Congresso Médico Sindicalista, que criticava os preceitos da Medicina Legal da época. Arthur Ramos

desenvolveu uma distinção entre "curandeirismo" e "charlatanismo" (Ramos, 1931).

Roger Bastide, por sua vez, desenvolveu uma distinção entre três formas de "espiritismo". A primeira, denominada "espiritismo-ciência" encontrada nas classes altas; uma segunda, o "espiritismo religioso", realizado em centros, fundado sobre a dogmática kardecista, praticada por membros das classes médias e brancas; e o "espiritismo de Umbanda", composto por práticas diversas e rituais, exercida por indivíduos provenientes de camadas mais pobres da sociedade (Bastide, 1967).

2. Espiritismo e saúde mental

A psiquiatria tradicional costumava, até há pouco tempo atrás, ter uma visão negativa com relação a práticas religiosas, chegando inclusive a diagnosticar como patológicas as dimensões espirituais dos indivíduos (Lukoff, 1992; King, 1998). Recentes pesquisas, no entanto, comprovam que não existe uma associação direta entre vivências religiosas e psicopatologias, muito pelo contrário, pesquisas científicas relatam que pessoas com comportamento religioso pontuam menos em psicopatologias e mais em bem-estar (Lotufo Neto, 1997).

Vários estudos científicos têm sido documentados em centenas de artigos, demonstrando as implicações da espiritualidade na saúde. Tem sido

reconhecido que a saúde de indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais (Saad, 2001).

O exame das práticas religiosas e curas desenvolvidas deve ser feito a partir de metodologia científica rigorosa. O uso freqüente de terapias complementares (Eisenberg, Kessler, Foster, 1983; Joyce, 1994), as pesquisas já realizadas sobre curas espirituais (Hodges, 1995, Rizzi, 1995) e os relatos feitos por médicos espíritas (Ferreira, 1990) apontam para a necessidade de avaliação da validade e eficácia terapêutica destas práticas espirituais, tão comuns em nosso país.

O espiritismo kardecista tem uma visão bastante específica e pontual a respeito de doenças mentais. Segundo essa doutrina, a doença é um resultado do desequilíbrio entre corpo/mente/espírito. No caso específico dos deficientes mentais, o espiritismo afirma existirem causas espirituais para o sofrimento. Alan Kardec apresenta uma narrativa na qual o espírito de um deficiente mental vivo é evocado. Vejamos alguns trechos do diálogo entre Kardec e o espírito do jovem portador de deficiência mental Charles, de 13 anos:

... 6. – Como espírito experimentais um sentimento penoso do estado corporal? – Sim, pois é uma punição...

13. - No estado de vigília tendes consciência do que se passa em vosso redor, a despeito da imperfeição dos órgãos? – Vejo, entendo, mas o corpo não compreende nem vê (Martins, 1999:29).

Em trecho redigido pelo Kardec, apresentado logo após a narração, o codificador do espiritismo afirma que o espírito do doente goza de todas as faculdades da consciência, porém sofre as limitações do corpo material. Tal situação, segundo as crenças espíritas, se relaciona a punições geradas por atitudes desequilibradas de vidas anteriores. Nesse sentido, o espiritismo orienta que os portadores de deficiência mental devam ser tratados com benevolência, pois seus espíritos, conscientes dos limites corporais, são sofrendores e necessitam de amparo. Outra característica importante dessa doutrina reside no fato de que se acredita na possibilidade de se evocar o espírito portador dessa doença tal como se evocaria o espírito de um morto:

- Sim. Sua alma se liga ao corpo por laços materiais, mas não espirituais.

Ela pode desprender-se. (Martins, 1999:28)

3. Mediunidade

Para vários pesquisadores, as experiências mediúnicas são consideradas psicopatologias (Mulhern, 1991; Pimentel, 1919; Horton, 1974). O espiritismo, no entanto, tem outra visão. A mediunidade é um tipo de habilidade psíquica que permite tipos de comunicação especiais. Pode-se também definir mediunidade como um tipo de capacidade perceptiva ampliada. Segundo o espiritismo, os médiuns são intermediários entre dois mundos ou espaços diferentes. Para o codificador do pensamento espírita,

Alan Kardec, a mediunidade é algo natural, espontânea e pode ser de dois tipos: a inspirativa, mais sutil e a ostensiva, que se traduz em efeitos físicos.

No Brasil, o espiritismo aceita, estimula e valoriza experiências dissociativas, tais como: incorporação espiritual e experiências fora do corpo. Existem várias instituições filantrópicas para o tratamento de transtornos mentais que visam associar práticas médicas e religiosas. Os procedimentos utilizados são: preces, energização e uso de mediunidade, segundo os princípios da doutrina espírita (Negro, 1999).

As atividades referentes à mediunidade de cura são aceitas e estimuladas, porém devem ser realizadas de acordo com preceitos da doutrina espírita. Entre as considerações básicas estão: gratuidade dos serviços, vinculação a um centro espírita, humildade na postura dos médiuns, e estudo constante dos textos do evangelho.

Segundo o espiritismo, existem vários tipos de mediunidade que são geralmente classificadas de acordo com a ordem de fenômenos que produzem. As principais são: mediunidade de efeitos físicos que produzem fenômenos como movimento de corpos inertes e ruídos; escreventes ou psicografias, das quais a escrita manual é a mais simples; e as auditivas ou psicofônicas. Esta última, algumas vezes, é espécie de voz interior que se faz ouvir no íntimo do ser, outras vezes é uma voz externa com o propósito

de comunicação e o médium, sujeito portador desta capacidade, traduz verbalmente as impressões sentidas (Kardec, 1991).

No estudo histórico sobre a mediunidade conduzido por J. H. Pires em *O Espírito e o Tempo* temos um amplo panorama que retrata as mudanças que a experiência mediúnica sofreu no decorrer das transformações culturais. Em uma primeira fase da humanidade, o mediunismo se relaciona com a crença em uma força que impregna toda a natureza. Nesta fase, também conhecida como totêmica, o médium tem importante ação nas tribos. Após esse momento, denominado mediunismo primitivo, temos uma fase agrícola, na qual predomina o animismo e culto aos ancestrais. Nesse momento de vida social sedentária, surge a concepção fetichista que inter-relaciona a idéia de Terra-mãe e Céu-Pai. Exemplos bem conhecidos existem na mitologia egípcia onde Osíris, força original masculina, fecunda Ísis, deusa terra. A fase seguinte, o mediunismo oracular, caracteriza-se pela crença de que é possível se comunicar com as divindades através da utilização de oráculos. Na Grécia antiga, santuários oraculares, tais como o famoso Templo de Delfos, atraíam multidões. Já nessa época, pessoas que recebiam uma formação especial e tinham uma vida extremamente disciplinada podiam se tornar pitonisas. Nesses templos, o viajante buscava por respostas às suas dúvidas através do médium.

Encontra-se um outro tipo de mediunidade na Bíblia. Os profetas eram seres capazes de se comunicar diretamente com a divindade. Nesse caso de

mediunidade bíblica, as comunicações se caracterizam por trazerem explicações que comporiam o futuro código de conduta moral judaica. Somente na Idade Média, é que o fenômeno mediúnico passa a ser associado à idéia de possessão, ou seja, como uma manifestação demoníaca.

A fase em que o espiritismo se desenvolve, no século XIX, apresenta um tipo de mediunidade totalmente diversa dessas anteriores. Entre as diferenças que se destacam temos agora um tipo de mediunidade que concebe a comunicação entre seres da mesma natureza. É importante observar contudo que o termo mediunidade só surge no séc. XIX. Nos estudos de parapsicologia, esse fenômeno recebe o termo *canalização* (*channeling*) e o médium recebe a denominação de *sensitivo*.

As comunicações recebidas pelos médiuns podem ter duas origens: um espírito desencarnado ou um espírito encarnado (Bozzano, 1940). Traçando-se um paralelo entre esse tipo de comunicação e a telepatia pode-se afirmar que existem diferenças significativas. A telepatia refere-se à transmissão de pensamentos. Para compreendermos melhor as complexidades que permeiam o fenômeno da comunicação mediúnica entre vivos, vejamos o estudo desenvolvido por Bozzano. O médico professor de Torino dedicou vários anos ao estudo experimental sobre a mediunidade, chegando a pesquisar 76 médiuns. Sobre o fenômeno da comunicação mediúnica entre vivos, Bozzano define várias categorias. A primeira consiste em uma simples comunicação de pensamentos e não envolve a posse temporária do

organismo do médium pelo espírito comunicante. Essa posse corporal pode ser observada em alterações no tom de voz, redação de textos, fala de línguas estrangeiras, entre outros. A segunda refere-se a mensagens transmitidas inconscientemente ao médium por pessoas imersas no sono. Bozzano salienta que nesta categoria pode-se observar o desenvolvimento de uma conversa na qual o agente (espírito comunicante) de fato participa. Tal fenômeno não ocorre nos processos meramente telepáticos uma vez que nestes não ocorre o encontro de duas personalidades integrais. Em outras palavras, no processo de telepatia, alguém está reportando sobre algo que sabe a respeito de um terceiro (o comunicante). No fenômeno da comunicação mediúnica entre vivos, o próprio agente comunicante fala por si mesmo. Na terceira, temos mensagens transmitidas de forma consciente por pessoas em estado de vigília. É importante mencionar uma outra categoria na qual as mensagens são transmitidas com o auxílio de manifestações de mortos (Bozzano, 1923:116).

Embora existam controvérsias, o presente estudo parte da premissa de que as capacidades mediúnicas não se confundem com transtornos mentais. Segundo pesquisas nessa área, é possível delimitar diferenças entre condições mentais saudáveis e distúrbios patológicos como alucinações auditivas, e/ou visuais. Em geral, observa-se que os portadores de transtornos mentais apresentam vários outros sintomas concomitantes. Por outro lado, as pessoas com habilidades mediúnicas tem apresentado melhor

pontuação nas escalas de avaliação de qualidade de vida em relação com a população geral (Negro, 1999).

As práticas espirituais partem da premissa de que existe um desequilíbrio na tríade orgânico-emocional-espiritual. Na prática espiritual kardecista, é essencial a mudança de conduta do paciente. Tal atitude impede a sintonia com pensamentos negativos. Além disso, os passes e a prece também visam o re-equilíbrio.

Kardec publicou vários relatos de casos descrevendo curas através de evocações de espíritos. Ele nega que sejam curas espontâneas, pois os casos foram numerosos. Também descreve diversas situações em que a melhora do paciente começa a se dar a partir de uma reunião mediúnica (Kardec, 1993).

Estudos randomizados e com grupos controle sobre a eficácia das preces intercessoras têm sido publicados em jornais de investigação clínica, com demonstração de resultados positivos (Astin, 2000).

Segundo a doutrina espírita, a mediunidade seria uma condição natural humana, pela qual seria possível se estabelecer relações entre mentes. O intercâmbio mediúnico se realizaria através da ação entre médium e espírito comunicante. Todo processo mediúnico atuaria sobre a mente do médium e

a soma das inter-relações de influências entre essas duas mentes se traduz como a mensagem final (Pires, 1984).

Recentes estudos têm demonstrado que experiências extra-sensoriais dissociativas são comuns na população geral (Ross, 1990; Ross, 1992; Levin, 1994) e, freqüentemente, não estão associadas a transtornos psiquiátricos em populações não clínicas (Heber, 1989).

4. Hospitais espíritas

No mundo inteiro, instituições religiosas se associam historicamente à assistência a saúde. Por volta de 1500, surgiram as Santas Casas de Misericórdia que tinham por objetivo atender a população carente. São Camilo de Lellis (1550-1614), considerado o primeiro administrador hospitalar, é nomeado pela Igreja Católica celeste padroeiro dos hospitais, doentes e profissionais de saúde (Cherubin, 1997).

Historicamente, organizações religiosas têm fundado e mantido serviços de saúde mental em diversas regiões do planeta (Larson, 1997).

As sociedades, em geral, se constituem por três âmbitos ou setores: o Primeiro Setor corresponde à emanção da vontade popular, pelo voto, que confere o poder ao governo; o Segundo Setor corresponde à livre iniciativa, que opera o mercado, define a agenda econômica usando o lucro como instrumento; o Terceiro Setor corresponde às instituições com preocupações

e práticas sociais, sem fins lucrativos, que geram bens e serviços de caráter público, tais como: ONGs, instituições religiosas, clubes de serviços, entidades beneficentes, centros sociais, organizações de voluntariado etc. Entre as práticas do Terceiro Setor podemos citar: voluntariado, iniciativas beneficentes, cooperativismo, humanismo, subsidiariedade, partilha etc.

Segundo levantamento feito pelo ISER (Instituto Superior de Estudos da Religião - RJ) em parceria com a Universidade Johns Hopkins, apurou que o Brasil tem em torno de 220 mil instituições beneficentes, sem fins lucrativos, congregando 10 milhões de voluntários, prestando atendimento direto a cerca de 40 milhões de pessoas, isto é, 1/4 da população brasileira.

Historicamente visto como uma reunião de instituições de caridade, o terceiro setor vem se desenvolvendo a enormes proporções. No entanto, falta ao terceiro setor incorporar o conhecimento dos processos e incentivos gerenciais que norteiam a iniciativa privada. O problema é ainda maior nas instituições de assistência a saúde. É necessário que o terceiro setor mude seus paradigmas organizacionais (Bradley, 2003).

A religião espírita se caracteriza por ter como fundamento a prática da caridade. Nesse sentido, as práticas características do terceiro setor, isto é, aquelas que se associam ao trabalho voluntário, são estimuladas pelos princípios desta religião.

5. A Instituição Espírita Casas André Luís

A instituição Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz, é um hospital de longa permanência, onde os pacientes são moradores. A instituição assiste 650 pacientes internados aos quais prestam atendimento multidisciplinar na cidade de Guarulhos, São Paulo.

O Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz tem por sede e foro jurídico a cidade de São Paulo, objetiva a prática da caridade tanto espiritual como moral e material, com atendimentos e a realização de eventos culturais, além da assistência em especial a pessoas portadoras de deficiência mental e múltipla associadas, sem qualquer distinção de crença religiosa, nacionalidade, cor, sexo ou faixa etária.

A instituição conta em sua estrutura física com três unidades de assistência espiritual, localizadas nos bairros de Santana, Vila Gustavo e Vila Galvão; duas unidades de assistência social, localizados nos bairros Picanço e Vila Galvão, em Guarulhos, duas centrais de telemarketing – São Paulo e Santos/SP – para captação de recursos; e três Mercatudos (bazares nos quais são comercializadas doações que não atendam a demanda da Casa), localizados em Guarulhos, Osasco e São Miguel Paulista.

As Casas André Luiz mantém duas Unidades de Saúde, nas quais capacitado corpo clínico, formado por profissionais da área médica (de

diversas especialidades) e equipe multidisciplinar, atuam proporcionando saúde, educação, cultura e socialização a cerca de 650 internos e 550 pacientes ambulatoriais. As duas unidades se localizam em Guarulhos. Uma unidade é de longa permanência e outra é ambulatório.

A unidade de Longa Permanência está localizada numa área de 70.046 m², sendo 35.000 m² de área construída. O complexo possui cinco prédios comportando a Administração, a direção Técnica e Clínica, Departamento de Atividades Interdisciplinares, Departamento de Ensino e pesquisa, Serviço de Documentação Científica, enfermarias gerais e de cuidados intensivos, salas para terapias especializadas, sala de RX, consultórios dentários, biblioteca e setores de apoio.

A área técnica contempla os seguintes atendimentos: Fisioterapia; Fonoaudiologia; Psicologia; Pedagogia; Educação Física; Serviço Social; Terapia Ocupacional; Serviço de Nutrição e Dietética; Radiologia; Odontologia; Enfermagem; Farmácia; Saúde Ocupacional e Área Médica. Esta última com as seguintes especialidades: Psiquiatria, Neurologia, Clínica geral, Pediatria, Gastroenterologia, Urologia, Acupuntura, Fisiatria, Pneumologia, Ginecologia, Dermatologia, Homeopatia e Acupuntura.

Além disso, as Casas André Luiz conta com as seguintes Comissões: Comissão de Ética Médica; Comissão Científica; Comissão de Ética e Pesquisa em Seres Humanos; Comissão de Óbitos; Comissão de Controle

de Infecção Hospitalar; Comissão de Resíduos; Comissão de Padronização de Medicamentos; Comissão de Prontuários; e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.

No dia da cerimônia de inauguração, em 28 de janeiro de 1949 foi criado o primeiro estatuto da instituição, cuja finalidade é promover a caridade espiritual e material, sem qualquer distinção de crença religiosa, nacionalidade, cor, sexo ou faixa etária. O trabalho do Centro foi intensificado nos cuidados às crianças órfãs. Uma mensagem espiritual muda o curso dos trabalhos, enfatizando que deveria cuidar de crianças portadoras de deficiência física e mental. Em 1958, é inaugurada a Casa da Criança e somente após quatro anos a personalidade jurídica da Entidade muda para Centro Espírita Nosso Lar Casas André Luiz. As diretrizes da instituição são conseqüências do estudo e prática da Doutrina Espírita.

A atuação não abrange limites geográficos, pois oferece atendimento especializado, seguindo os mais modernos preceitos terapêuticos, a pessoas de todo o Brasil. Preocupam-se também em ser um pólo de trabalho comunitário, de desenvolvimento de programas de prevenção da deficiência, de integração do portador de deficiência à sociedade, de formação de profissionais (visto que em nas universidades não se tem graduação com habilitação voltada para portadores de deficiência), de promoção de intercâmbios, convênios e estágios, através do Departamento de Ensino e Pesquisa.

A Direção da instituição é exercida por Órgãos de atividades diversas, porém interligados:

- 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.

- Conselho Deliberativo: é o órgão que tem competência para resolver todos os assuntos relativos às finalidades 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.

- Conselho Doutrinário: é o órgão de Cunho Doutrinário, a quem cabe coordenar as atividades estabelecidas pela Assembléia, no cumprimento dos objetivos Espirituais e Assistenciais da instituição, conforme Regulamento Específico.

- Conselho Diretor: é o órgão administrativo, a quem cabe dirigir as atividades da instituição, como representante do Conselho Deliberativo.

A Assistência Médico-Hospitalar e Multidisciplinar visa desenvolver as potencialidades do portador de deficiência mental, através de ações preventivas e profiláticas.

6. Sessão mediúnicas nas Casas André Luiz

A instituição Casas André Luiz tem como um de seus fundamentos as práticas religiosas do espiritismo. Assim, a aplicação de preces e a realização de reuniões mediúnicas são práticas que acompanham a instituição há vários anos. Essas práticas não entram em conflito com os procedimentos da medicina convencional. Nessa pesquisa iremos nos focar nas atividades de assistência espiritual ao paciente realizadas nas reuniões mediúnicas.

A reunião mediúnica é composta por um grupo de doze pessoas, em média, onde cada um tem uma função específica. Aproximadamente metade do grupo é constituída por médiuns e os demais atuam como: dirigente, orientadores e apoio. Várias das atividades têm função de gerar uma harmonização do ambiente, de acordo com os preceitos espíritas. Os procedimentos das reuniões mediúnicas, todos amparados no espiritismo, compreendem várias etapas. É importante lembrar que, segundo a religião espírita, médiuns são pessoas dotadas de capacidade de comunicação com os espíritos (encarnados e desencarnados). Após uma leitura inicial, ocorre uma prece de abertura para harmonização dos participantes. Em seguida, os

médiuns ficam receptivos à comunicação mediúnica, que ocorre de um modo espontâneo. Muitas vezes, essas comunicações ocorrem com espíritos de pacientes internados na Instituição (daqui para frente denominados *comunicantes*). Cabe ressaltar que os médiuns não conhecem os pacientes e não há evocação dos mesmos. A maioria das comunicações revela conteúdo aflitivo. A conversa que se estabelece visa ajudar o comunicante a superar a condição aflitiva em que se encontra. Para isso, utiliza-se argumentos do paradigma cristão. Tal diálogo recebe o nome de conversa fraterna no espiritismo. O comunicante não está fisicamente presente na reunião e sua identificação nem sempre é possível. As reuniões mediúnicas são realizadas semanalmente, com duração de duas horas cada e produziram resultados positivos. Veremos um estudo de caso a seguir.

7. Relato de caso

Nas Casas André Luiz, em janeiro de 2001, após uma comunicação realizada em reunião mediúnica, ocorreu um caso de modificação profunda e significativa na evolução de um paciente. O paciente em questão tinha diagnóstico de síndrome epiléptica associado à deficiência mental profunda. Na época, as características deste paciente eram: deambulava; ouvia, mas não falava; e tinha uma pequena perda visual, há um ano, em função de catarata. Desde 2000, o paciente necessitava de intervenção médica com cuidados intensivos por estar apresentando regurgitações constantes seguidas de vômitos. Isto acarretou perda considerável de peso e gerou um

quadro de caquexia e risco nutricional terciário. Os exames de raios-X e endoscopia apresentaram dilatação do esôfago e gastrite. A equipe médica, após inúmeras tentativas clínicas de reversão do quadro, optou por um procedimento cirúrgico de jejunostomia. Embora tal procedimento envolvesse alto risco cirúrgico, devido às condições clínicas do paciente, esse parecia ser o último recurso para evitar a morte do paciente.

Enquanto eram realizados os exames pré-operatórios, um fato novo aconteceu. Durante uma reunião mediúnica da instituição, ocorreu uma comunicação através de transe mediúnico. Nesta, o sujeito comunicante se identificou com sendo o paciente que se encontrava na enfermaria central, R.C. Embora não estivesse fisicamente presente, na comunicação expressa através do médium, o *sujeito comunicante R.C.* afirmou que se sentia desrespeitado na sua privacidade e que estavam lhe tirando o direito de abreviação de sua própria vida.

Decorreu-se um diálogo no qual tentou-se persuadi-lo de suas intenções suicidas através de uma abordagem baseada em técnicas de psicologia positiva. O *sujeito comunicante R.C.* reagiu inicialmente de uma maneira resistente e relutante, mas foi cedendo às argumentações e, no final da conversa, concordou em mudar sua atitude e passar a contribuir nos esforços pela sua própria vida.

Constatou-se, após esse evento mediúnico, que o paciente R.C. começou a apresentar de fato mudanças no seu comportamento alimentar o que gerou uma reversão significativa na sua trajetória clínica. Com os progressos alcançados, a equipe médica suspendeu a indicação cirúrgica. Além disso, foi possível retomar os cuidados de assistência multidisciplinar que até então estavam sendo infrutíferos. Com o decorrer do tempo, o quadro evoluiu para uma estabilidade, o paciente adquiriu 17 quilos e pode retornar às atividades habituais. Casos com esse não são incomuns o que levou o autor a se interessar pelo desenvolvimento da aplicação de métodos de avaliação da eficácia terapêutica de tais procedimentos.

Justificativa

O objetivo principal desta pesquisa é estudar os efeitos da utilização de prática religiosa em pacientes portadores de deficiência mental em uma instituição de saúde. Como se sabe, apesar do crescente interesse científico em associar religião e medicina, existem poucos estudos que atuem nessa área interdisciplinar (Lotufo Neto, 1997). Além disso, observa-se problemas de inconsistência metodológica e vários deles apresentam resultados inconclusivos (Sloan, 2000). É necessário que se reconsidere as interfaces entre medicina e espiritualidade a partir de uma metodologia científica (Scheurich, 2003).

Lancet, New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, JAMA e outras publicações médicas têm aberto espaço para artigos que discutem essas associações. Contudo, observa-se as dificuldades inerentes a esse tipo de investigação. As ciências médicas operam a partir de métodos rigorosos que muitas vezes são incompatíveis com as peculiaridades das experiências religiosas.

Em outras palavras, apesar de alguns cientistas estarem realizando investigações quanto aos efeitos da religiosidade sobre a saúde, as dificuldades metodológicas que esse tipo de pesquisa e a carência de resultados conclusivos desvela a necessidade de que se continuem realizando outros estudos.

A presente pesquisa surgiu dessa constatação, da observação da aplicação de práticas espirituais e da necessidade de submeter os resultados obtidos através dessas práticas a uma análise científica.

Observa-se uma melhora significativa no comportamento dos pacientes a partir da utilização de práticas espirituais. Entre as alterações observadas estão: diminuição da agressividade, melhor adaptação das atividades de vida diárias e uma maior disposição para o convívio social.

O motivo da escolha desta população específica se deve basicamente a dois fatores: o primeiro pelo fato do autor, que trabalha há sete anos em uma instituição espírita, ter observado empiricamente uma melhora em pacientes que supostamente participaram dessas reuniões mediúnicas, mesmo sem estarem presentes fisicamente. Esses casos foram numerosos e tinham como variável dependente situações em que a melhora do paciente começa a se dar a partir de uma reunião mediúnica.

Objetivo Geral

Estudar os resultados terapêuticos da aplicação de práticas espirituais em pacientes portadores de deficiência mental.

Objetivo Específico

Avaliar o impacto de uma reunião mediúnica na evolução clínica e comportamental dos pacientes portadores de deficiência mental.

Hipótese

Pacientes portadores de deficiência mental que participam de sessão mediúnica apresentam melhora de seus problemas clínicos e ou comportamentais.

Métodos

1. Casuística

De um total de 650 pacientes portadores de deficiência mental, segundo CID 10, internados nas Unidades de Longa Permanência das Casas André Luiz foram constituídos dois grupos (experimental e controle) com 20 pacientes cada.

2. Instrumentos

2.1. Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados - EOIPPI

O instrumento escolhido para obtenção dos dados foi a Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados - EOIPPI (Zuardi, 1989) (anexo). A EOIPPI é um instrumento de avaliação de alterações clínicas e comportamentais dos pacientes por combinar observação direta e julgamento clínico. Os fatores que envolvem cuidados especiais, interesse e competência social são encontrados na escala de observação direta do comportamento. A EOIPPI tem uma graduação de itens que lida com a relação avaliador/paciente. É uma escala que tem dezesseis itens de avaliação e para cada um há apenas uma graduação possível (0,1 ou 2), devendo ser escolhida a que descrever melhor a

observação. Caso não seja possível a classificação e/ou acontecerem situações novas e/ou o paciente apresente limitação física que interfira na execução dos itens 1,2,3 e 4, existe a opção NA (não avaliado) e anota-se o motivo (ver anexo).

A validade da EOIPPI foi estabelecida em pacientes internados na Unidade Psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Trinta e quatro (34) pacientes psiquiátricos adultos foram avaliados semanalmente, durante as primeiras três semanas de internação, por duas auxiliares de enfermagem, previamente treinadas no uso da EOIPPI, produzindo um total de 186 observações. Os mesmos pacientes foram entrevistados por dois psiquiatras, nas tardes dos mesmos dias da observação de enfermagem. Verificou-se que a EOIPPI mostrou fidedignidade interobservador significativa. Os critérios de validade preditiva também foram satisfeitos, uma vez que os pacientes que tiveram alta, em até uma semana após a última avaliação, apresentaram escores da EOIPPI significativamente menores que os pacientes que não tiveram alta nesse período (Zuardi, 1995). O conjunto das observações mostra que a EOIPPI satisfaz os critérios de confiabilidade e validade, exigidos para uma escala de avaliação, estando em condições de ser utilizada para finalidade da avaliação das possíveis alterações clínicas e comportamentais.

2.2. Prontuário informatizado da Instituição

Outro instrumento que também foi utilizado é o prontuário do paciente, hoje informatizado na instituição, onde estão registrados, além das informações de identificação e clínicas, eventuais participações em atividades interdisciplinares e as relacionadas à práticas religiosas, tais como: preces, energização etc. Há uma comissão de avaliação de prontuário que segue padrões rigorosos.

3. Procedimentos

Todos os sujeitos internados na Unidade de Longa Permanência das Casas André Luiz (N=650) foram submetidos duas vezes à escala EOIPPI para avaliação das eventuais alterações clínicas e comportamentais. Uma no início do estudo e outra seis meses depois. A primeira coleta de dados foi realizada em julho de 2002 e a segunda em janeiro de 2003. As duas coletas foram realizadas por profissionais de nível superior após prévio treinamento. Ao todo, participaram dez profissionais (4 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 2 fonoaudiólogos) em sua rotina de trabalho.

O grupo experimental foi formado por 20 pacientes que ao longo deste período supostamente participaram das reuniões mediúnicas. O grupo controle foi formado a partir dos outros 630 pacientes, através de pareamento.

Na constituição do grupo experimental, foram criadas três categorias de identificação espontânea:

1. *Sujeito comunicante* se identifica pelo nome.
2. Na comunicação mediúnica, o *sujeito comunicante* apontava e/ou expressava características pessoais, comportamentais e clínicas de um determinado paciente.
3. Comunicações de caráter genérico, inconclusivas, sem identificação precisa.

Foi considerado como grupo experimental os indivíduos que se identificaram de acordo com os critérios descritos nas reuniões mediúnicas que ocorrem na Instituição. Os supostos *sujeitos comunicantes* desta reunião, por não estarem fisicamente presentes e não terem conhecimento de sua eventual participação, não sabem de sua elegibilidade para o grupo experimental. Os avaliadores não têm conhecimento de quais foram os sujeitos que supostamente participaram, o que caracteriza um estudo do tipo duplo cego.

Estabeleceu-se que só fariam parte do grupo experimental, casos enquadrados nas categorias 1 e 2. O grupo controle foi composto a partir de pareamento de gênero e idade por pacientes que não se classificaram como sendo supostos *sujeitos comunicantes* da reunião mediúnica.

O procedimento das reuniões mediúnicas obedeceu a parâmetros da doutrina espírita kardecista. Nas comunicações realizadas através de participantes denominados médiuns, ocorreram, algumas vezes, relatos que

apontavam para a caracterização de pacientes internos portadores de retardo do desenvolvimento mental (categoria 1 e 2). Em outros momentos, as comunicações versavam sobre assuntos alheios a essa pesquisa.

Em todas as reuniões mediúnicas adotava-se o procedimento do diálogo que passava por três fases ou momentos. Num primeiro momento, o diálogo tinha por objetivo acalmar angústias, rancores, cóleras, entre outros sentimentos, e com isso proporcionar bem estar. O segundo momento visava estabelecer um vínculo de confiança entre o *sujeito comunicante* e o orientador da sessão. Em seguida adotava-se técnicas sugestivas de valorização da vida, conforto e aconselhamento moral.

4. Estatística

Foi feita a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram representadas em termos de número absoluto e percentagem. As variáveis quantitativas foram representadas em termos de seus valores de tendências centrais e de dispersão. Para verificar a aderência a curva normal foi aplicado o teste de Kolmogorov-smirnov, e para verificar a homogeneidade das variâncias foi aplicado o teste de Levene. Como as variáveis deste estudo apresentaram estes dois princípios satisfeitos foram utilizados testes paramétricos, teste t (quando comparamos o grupo teste com controle tanto para Escore I quanto para Escore II), teste t pareado quando comparamos no grupo teste e no grupo controle (Escore I

com Escore II). Além disso, foi aplicado o teste de ANOVA (análise de variância) de medidas repetidas para se verificar se haviam diferenças nos grupos e no tempo (Escore I e Escore II) ao mesmo tempo. O nível de significância foi de 5%. Pacote estatístico utilizado SPSS 10.0 for Windows.

5. Aspectos éticos

O Conselho Diretor da Instituição deu o consentimento esclarecido por serem os pacientes portadores de retardo do desenvolvimento mental e estarem sob sua curatela. A Comissão de Ética e Pesquisa da instituição avaliou e aprovou o projeto.(ver anexo)

Resultados

Grupo geral: A população estudada é constituída por 650 pacientes, todos portadores de deficiências múltiplas (figura 2).

Grupo Experimental: Ocorreram 58 comunicações em reunião mediúnica durante o período do estudo. Nestas, 20 satisfizeram os critérios de identificação adotados pelo autor e 38 não.

1. Dados Biodemográficos

Pode-se observar pela tabela 1 e também figuras 1 e 2.

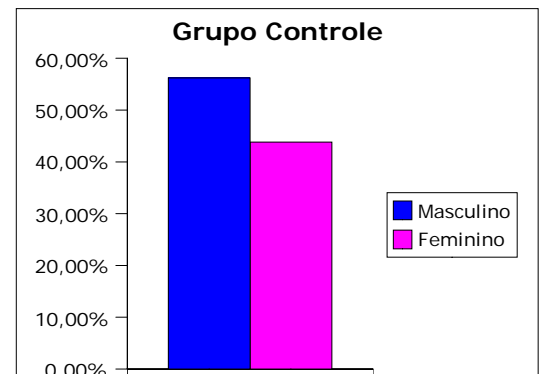
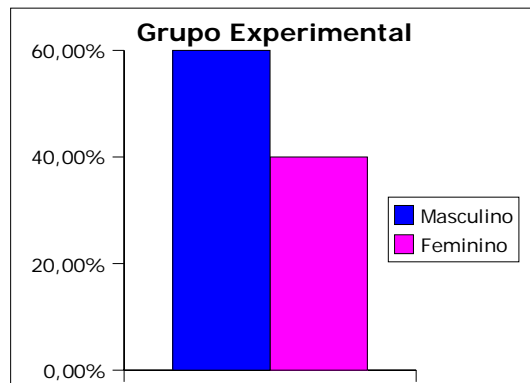
que não há diferenças entre os dois grupos quanto às variáveis gênero, grau de deficiência mental e idade.

TABELA 1 - Dados Biodemográficos: Idade

Variável	Grupo Teste	Grupo Controle	Teste
Idade (anos) $\mu \pm dp$ Mínimo -	N = 20 35,0 \pm 9,9 16 - 56	N = 20 34,6 \pm 9,3 16-49	Teste t p=0,91 ns

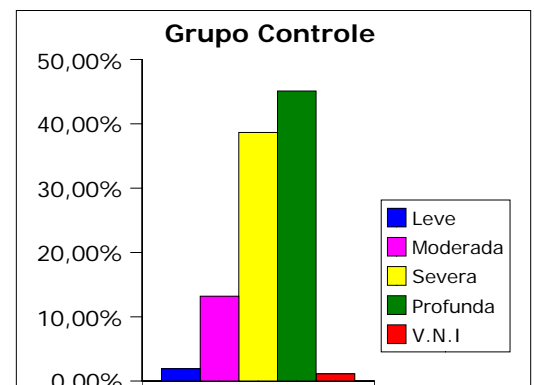
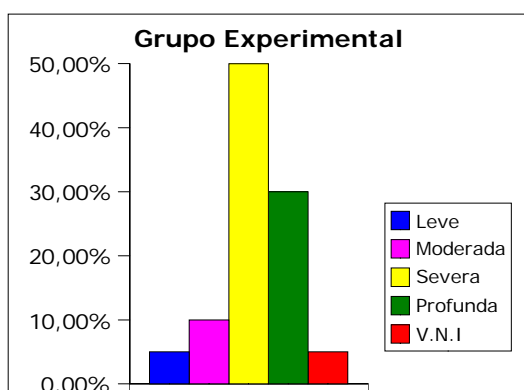
Onde: ns=Não Significativo

FIGURA 1 - GÊNERO



Qui-quadrado (p=0,91) ns

FIGURA 2 - GRAU DE DEFICIÊNCIA MENTAL



V.N.I = Variação Normal de Inteligência

2. Resultados da Escala de Observação Interativa de Pacientes Psiquiátricos Internados (EOIPPI)

A análise estatística compara o grupo experimental (N=20) com o grupo controle (N=20), constituído pelo método de pareamento por idade e género. Aplicando o teste T da diferença de variação entre os grupos obtivemos um $p=0,045$. Test t pareado $p<0,0001$.

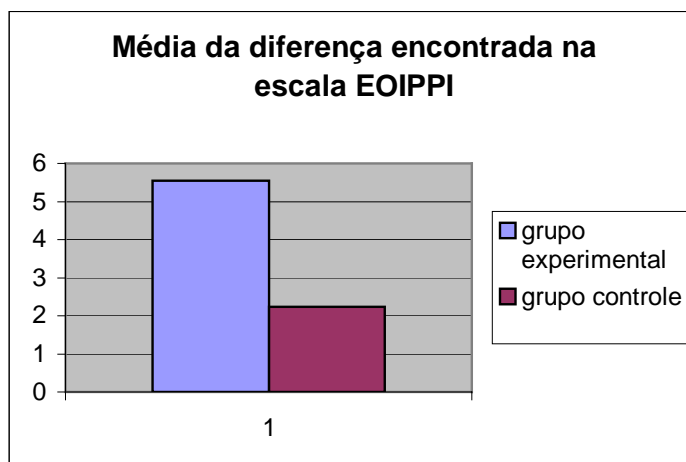
Observa-se na figura 3 que quando comparados os 2 Escores dos grupos experimental(N=20) e grupo controle, os dois grupos diferem entre em si pela variação entre Escore I e II (teste T, $p<0,05$). Este resultado é confirmado pelo teste Qui-quadrado ($p=0,008$) conforme tabela 2.

TABELA 2 - Dados de Variação Escore

Variável	Grupo Teste	Grupo Controle	Total	Teste
Com Variação	11	03	14	Qui-quadrado
Sem Variação	09	17	26	$p=0,008$
				S
TOTAL	20	20	40	

Onde S = Significativo

55% melhoraram

FIGURA 3– MÉDIA DA DIFERENÇA ENCONTRADA NA ESCALA

Discussão

As transformações pelas quais a psiquiatria passou durante o século XX parecem indicar que houve um triunfo dos aspectos filosóficos e psicológicos perante os aspectos científicos e quantitativos desta ciência. No entanto, conforme Sims (2003) nos relata, isso é um erro extremo. As pesquisas científicas dignas de nota não abandonaram os aspectos científicos e quantitativos. Ao contrário, continuam buscando o desenvolvimento de métodos que consigam cientificamente estudar os fenômenos anteriormente considerados *misteriosos*. (Sims, 2003)

Nessa linha de abordagem, o autor da presente dissertação desenvolveu um experimento com objetivo de gerar uma avaliação quantitativa, respeitando os métodos científicos clássicos. Devido à natureza do problema que foi investigado, esta pesquisa passou por várias etapas, nas quais procurou-se aprimorar o método empregado, através da utilização de análises mais aprofundadas.

Há estudos que inter-relacionam alterações metabólicas a práticas religiosas. Entre os que já demonstraram algumas evidências empíricas estão os relacionados a investigações com técnicas de imagens cerebrais, tipo Spect (*single photon emission computed tomography*) ou Pet (*positron emission tomography*) (Sousa, 2001). A prática de meditação profunda e ioga, por exemplo, acarreta um aumento do metabolismo da glicose cerebral

(Herzog, 1990). Newberg, por sua vez, verificou um aumento significativo da atividade cerebral, na região do córtex pré-frontal, durante esses estados (Newberg, 1997).

Outros estudos que associam resultados clínicos a práticas religiosas têm sido desenvolvidos. A pesquisa de Harris sobre a evidência científica dos efeitos de preces intercessórias no resultado da evolução clínica de pacientes numa unidade de cuidados coronarianos teve resultado positivo (Harris, 1999). Há outros pesquisadores que questionam a associação positiva entre práticas religiosas e melhora clínica dos pacientes devido à falta de consistência dos estudos (Sloan, 2000).

Vários outros estudos têm sido realizados. A maior dificuldade, contudo é o emprego de um método que demonstre os resultados com acuidade. Várias das mais importantes publicações científicas na área médica, tais como Lancet, New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, JAMA, apresentam pesquisas na interface religião/saúde. No entanto, ainda faltam evidências consistentes que de fato consolidem os resultados na comunidade científica (Sloan, 2000). Em um artigo intitulado “Devem os médicos prescrever atividades religiosas?” publicado na revista científica New England Journal of Medicine, Sloan e colaboradores discorrem sobre essas questões.

O estudo realizado na presente dissertação de mestrado também passou pelas dificuldades referentes à delimitação de um método de avaliação específico. A escolha do método implicou em uma série de dificuldades associadas principalmente a de encontrar um instrumento que tivesse sensibilidade suficiente para detectar sutis alterações clínicas e comportamentais.

Observando-se os resultados obtidos, ocorreram 58 supostas comunicações em reunião mediúnica durante o período do estudo, sendo que 20 satisfizeram os critérios de identificação adotados pelo autor e 38 não.

Na análise dos resultados comparando grupo controle (N=20) com o grupo experimental (N=20), verificou-se que aplicando o teste T da diferença de variação entre os grupos obtivemos um $p=0,045$, Test t pareado $p<0,0001$ e Qui-quadrado 0,008 o que demonstra um resultado estaticamente significativo.

Este resultado positivo gera várias reflexões. A primeira, sem dúvida, nos leva a considerar o efeito positivo de uma suposta participação em uma prática pertencente à religião espírita. Uma das questões a serem postas refere-se às relações entre os benefícios observados e os benefícios obtidos através de um apoio psicoterápico. Sabe-se que muitos pacientes apresentam melhoras de sintomas ao expressarem verbalmente suas angústias. Nesse sentido, é possível que essa prática espiritual ofereça uma

oportunidade comunicação para uma população que está incapaz de se comunicar pelas vias convencionais. Outra possibilidade está o fato de uma instituição religiosa com atividades interdisciplinares ter nas suas práticas religiosas um estímulo adicional aos membros das equipes técnicas de um trabalho mais dedicado do que instituições sem uma orientação mais humanista. Nesse sentido, estamos observando aqui os benefícios organizacionais que a aplicação de terapias complementares podem gerar.

A segunda série de questões emergem do seguinte ponto: como, tendo em vista os benefícios obtidos, é possível se desenvolver uma reflexão que gere um sistema de aplicação dessas práticas para que outros pacientes sejam beneficiados. Será que seria possível replicar esse experimento em uma instituição laica? E mais, seria possível replicar esse experimento através da aplicação da prática espiritual através da formação de reuniões mediúnicas dirigidas a pacientes com deficiência mental internos em outras instituições?

Outro ponto relevante quanto à aplicação dessas práticas diz respeito à duração. Como determinar o tempo necessário e suficiente para consolidar as melhoras obtidas? As práticas devem ser prolongadas? Se sim, qual a frequência das aplicações das práticas? No caso estudado, as reuniões mediúnicas são realizadas semanalmente. Será que em aplicações das práticas em outras instituições deverá ser mantida essa mesma frequência? Esses tópicos não foram cobertos na presente pesquisa, mas, com certeza, com a obtenção dos resultados positivos, será necessário investigar essa

freqüência. Outro ponto a ser destacado refere-se ao fato de que a presente pesquisa colheu os dados num intervalo de seis meses. Nesse sentido, é importante enfatizar que os resultados obtidos nesta pesquisa se deram a partir de práticas que ocorreram em um período de tempo determinado.

Observa-se que a humanidade, em seu desenvolvimento, sempre buscou desenvolver tecnologias que expandissem sua capacidade de comunicação. Dos tambores das tribos primitivas, passando pelos sinais de fumaça, mensageiros (a pé e a cavalo), telegrafia, radio, telefone, satélites, chegando à Internet, percebe-se um percurso claro de busca de comunicação à distância. Há menos de um século, a idéia de que seríamos capazes de conversar, em tempo-real, com pessoas dispersas no planeta, era uma ficção, algo muito improvável de se realizar. Há vários anos, o pesquisador inglês Roy Ascott (1999) vem desenvolvendo pesquisas que inter-relacionam as experiências psíquicas extra-corpóreas do xamanismo com algo que é cotidiano na presente era da cibercultura. Segundo ele, ao navegarmos no ciberespaço experenciamos diferentes possibilidades de presença, percepção e comunicação. Considerando essas premissas, será que a abertura de um novo território que possibilite outras formas de comunicação para os deficientes mentais possa trazer benefícios na qualidade de vida desses indivíduos, aumentando sua auto-estima e transformando sua atuação social?

Será que os resultados positivos obtidos nesse estudo não estão nos apontado para a questão de Nancy Andreasen que citamos logo no início desta dissertação? Como pensar uma psiquiatria na qual o profissional possa interagir com o *corpo* a e *alma* de seus pacientes que a pesquisadora nos coloca? Será que os conceitos com os quais operamos nossas reflexões são suficientes para articularmos um pensamento investigativo? Será que estamos preparados para olhar para esses conceitos sem os preconceitos?

A instituição estudada é composta por um hospital filantrópico que presta assistência multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas). Paralelo a isso é oferecido uma assistência espiritual baseado nos princípios da doutrina espírita. Avaliou-se os possíveis benefícios observados em pacientes que receberam assistência espiritual.

A princípio, as investigações foram conduzidas no sentido de verificar se os pacientes que se comunicaram via reuniões mediúnicas apresentaram melhoras significativas em sua evolução clínica e comportamental. A população estudada é de portadores de retardo do desenvolvimento mental e as melhoras em quadros de retardo mental são menos evidentes. Assim, não se procurou verificar possibilidades de cura dessa enfermidade. Mas sim, melhoras clínicas de intercorrências pontuais e principalmente, melhoras de comportamento. Houve por exemplo, o caso de um paciente que não se comunicava verbalmente e que se negava a se alimentar,

entrando em um quadro de inanição. Este apresentou melhoras após uma suposta comunicação através de um médium. Esse tipo de ocorrência estimulou o presente estudo. Buscou-se verificar se esse episódio foi um caso específico ou se estaria representando casos de ocorrências freqüentes.

A análise dos resultados obtidos no experimento confirmou a hipótese. Observamos que há diferenças estatisticamente significantes entre os grupos experimental e de controle. Ocorreu uma diferença estatisticamente significativa demonstrada no teste Anova (análise de variância) nos grupos e no tempo. Esta diferença chama atenção pelo fato de revelar melhora clínica e comportamental nos pacientes durante o período estudado.

Os fenômenos mediúnicos são descritos há mais de 100 anos pela literatura espírita (Almeida, 2003). A visão espírita:

Defende um dualismo interacionista, a sobrevivência após a morte e a possibilidade de intercâmbio entre encarnados e desencarnados. Sem negar as causas biológicas, sociais e psicológicas dos transtornos mentais, os espíritas acrescentam a etiologia espiritual (Almeida, 2003).

Em outras palavras, faz parte dos preceitos espíritas a crença na existência da vida espiritual. Assim, várias terapêuticas são empregadas no auxílio aos

distúrbios espirituais. As reuniões mediúnicas se encontram entre algumas dessas práticas:

Para a terapêutica, além das intervenções médicas e psicológicas convencionais, são recomendadas as reuniões de desobsessão, passes, oração e a busca da vivência de uma conduta ética (Almeida, 2003).

Retomemos a questão das práticas espirituais que visam uma melhora dos males espirituais dentro de uma perspectiva de processo contínuo. Em inglês, temos dois termos que, apesar de terem significados semelhantes, guardam diferenças sutis. *Healing* refere-se ao processo enquanto um tratamento e, nesse sentido, envolve o conceito de melhora; e *cure*, mais empregado para se referir a curas pontuais, muitas vezes associado ao conceito de milagre (Canhadas, 2001). Talvez fosse interessante retomar a avaliação dos resultados a partir desse paradigma de processo de cura (healing).

Dificuldades metodológicas

Durante o processo de pesquisa de mensurar os impactos da reunião mediúnica no quadro clínico e comportamental dos pacientes observou-se dificuldades metodológicas.

Uma primeira dificuldade relaciona-se aos critérios de identificação utilizados no processo de constituição do grupo experimental. O fato de estarmos lidando com supostos *sujeitos comunicantes* portadores de retardo mental exigiu a adoção de critérios rígidos. Esses critérios estabeleceram que só poderiam ser classificados como pertencentes ao grupo experimental os casos enquadrados nas categorias 1 e 2. Os critérios foram:

1. *Sujeito comunicante* se identifica pelo nome.
2. Na comunicação mediúnica, o *sujeito comunicante* apontava e/ou expressava características pessoais, comportamentais e clínicas de um determinado paciente.

Isso significou que ficaram excluídos todos os casos nos quais havia pouca precisão nas comunicações, que foram classificados na categoria 3. Os resultados obtidos a partir da aplicação desse sistema classificatório foram: 20 casos satisfazendo os critérios 1 e 2 e 38 casos na categoria 3.

É importante ressaltar o fato de que os supostos *sujeitos comunicantes* em estudo são portadores de retardo mental e institucionalizados durante toda vida o que acarreta dificuldades de orientação tempo-espço e alopsíquica. Sabe-se que vários deles não teriam capacidades cognitivas para se comunicar dentro das exigências do sistema classificatório adotado.

Uma segunda dificuldade metodológica refere-se ao fato de que quando se está tratando de identificações mediadas por terceiros penetra-se num

território no qual constatações nem sempre são precisas. Além dos limites das descrições de características individuais, é inegável que existam também os limites da própria linguagem verbal. As pluralidades que constituem um indivíduo nem sempre são redutíveis a descrições orais, fato esse conhecido pela psiquiatria.

Outra dificuldade encontrada reside no fato de que a pesquisa se propôs a estudar o fenômeno das comunicações mediúnicas. O filósofo Leon Denis comenta as dificuldades que permeiam o estudo dos fenômenos espíritos:

Dificuldades do estudo dos fenômenos espirituais, se deve ao fato de serem raros, nos meios oficiais, os experimentadores liberados das rotinas clássicas e dotados das qualidades necessárias para bem conduzir estas delicadas observações. A publicação dos resultados de suas pesquisas encontra, mais freqüentemente, apenas incredulidade ou indiferença. No estudo dos fenômenos ditos espirituais, observa-se, a falta de método, a falta de continuidade e de direção nos experimentos, tornam estéreis a boa vontade dos médiuns e as legítimas aspirações dos pesquisadores. É a essas causas que é preciso atribuir os resultados pouco concludentes que se obtém em tantos meios. Experimenta-se ao acaso, sem cuidar das condições necessárias; tem-se pressa de obter os resultados. Por conseqüência mesmo do estado de espírito com que se conduzem as pesquisas, acumulam-se as dificuldades e, por fim, após algumas tentativas, obtém-se apenas fatos insignificantes, ou mistificações, desencorajando e afastando os experimentadores (Denis, 1976).

Souza e colaboradores, em artigo a respeito da “religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação” comenta a análise unifatorial proposta por Batson et al (1993):

O estudo revelou um padrão bastante coerente de que as correlações entre religião e as variáveis de saúde mental dependem mais do que uma associação de fatores separados: dependem de uma ação conjunta de fatores. Essas correlações teóricas – fatores “religiosidade” e “saúde mental” devem ser examinados de forma conjunta e não isoladamente – trouxeram mais luz sobre a complexidade do assunto e têm servido como um balizador metodológico para investigações na área. Não é difícil presumir que, em função da presença de fatores variados e atuantes simultaneamente, inadequações metodológicas tendem a ser freqüentes (Souza, 2001).

As dificuldades metodológicas mencionadas foram superadas gradativamente e os resultados obtidos foram satisfatórios. Essa pesquisa foi pioneira ao investigar os possíveis efeitos clínicos e comportamentais oriundos de práticas religiosas espíritas. Com certeza, muitas outras pesquisas precisam ser desenvolvidas para que o fenômeno das relações entre essas práticas religiosas e benéficos clínicos e comportamentais seja compreendido em sua complexidade.

A ciência é uma das mais extraordinárias criações do homem, ao mesmo tempo pelos poderes que lhe conferem e pela satisfação intelectual e até estética que suas explicações lhe proporcionam. No entanto, ela não é lugar de certezas absolutas e, exceto nas matemáticas, no qual sabemos exatamente as condições em que um teorema é verdadeiro, nossos conhecimentos científicos são necessariamente parciais e relativos. (GRANGER, 1994:113)

Conclusões

A análise dos resultados obtidos no experimento confirmou a hipótese de que o uso das práticas espirituais apresenta resultados positivos na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental. Nesse sentido, estimulam a produção de novos estudos. Entre os possíveis desdobramentos que podemos sugerir estão: novas análises e novos experimentos; aplicação do modelo de prática das comunicações mediúnicas como terapias complementares; outros desenvolvimentos de métodos de reconhecimento para supostos *sujeitos comunicantes* portadores de deficiência mental; conceituação de benefícios clínicos e comportamentais como indicativos provisórios e inconstantes etc.

A partir de uma perspectiva interdisciplinar, é necessário que se re-examine os resultados em correlação com os demais procedimentos terapêuticos, quer sejam de natureza religiosa ou não.

Por outro lado, essa pesquisa teve o mérito de iniciar uma investigação em territórios bastante nebulosos por envolver pacientes internos em um hospital de longa permanência e aplicação de práticas religiosas.

Referências Bibliográficas

- Almeida AM, Hyong JC, Jorge WFA, Lotufo Neto F. Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos (Neper) Revista de Psiquiatria Clínica, 2000;27(2), [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r27\(2\)/carta.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r27(2)/carta.htm)
- Almeida AM. Visão Espírita dos Transtornos Mentais. Pôster; XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia, 2003.
- Amaro, JWE. Psicoterapia e Religião. São Paulo: Ed. Lemos, 2001.
- Andreasen N. Body and soul. American Journal of Psychiatry 1996: 153, 589–590.
- Ascott, R. (ed.). Reframing consciousness: art, mind and technology. Exter-Portland: Intellect, 1999.
- Astin JA, Harkness E, Ernst E. The efficacy of distance healing: a systematic review of randomized trials. Annals of Internal Medicine 2000; 132(11).
- Atwood KC. The efficacy of spiritual healing. Annals of Internal Medicine, 2001; 134(12).
- Aubrée M, Laplantine F. La Table, le Livre et les Esprits, Naissance, évolution et actualité du mouvement social spirite entre France et Brésil. Paris: Jean-Claude Lattès, 1990.
- Bachelard G. A Filosofia do Não. Filosofia do Novo Espírito Científico. Lisboa: Editorial Presença, 1984.
- Barbour I. Religion in an age of science. San Francisco: Harper and Row, 1990.

- Barros NF. Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2000.
- Bastide R. Le Rêve, la Transe et Folie. Paris: Flammarion, 1972.
- Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL. Religion and the individual: a social-psychological perspective. New York: Oxford Univ. Press; 1993.
- Benor D. Spiritual Healing, Scientific Validation of a Healing Revolution. Southfield, MI: Vision Publications, 2001.
- Benson H, Dusek J. Self-Reported Health, and Illness and the Use of Conventional and Unconventional Medicine and Mind/Body Healing by Christian Scientists and Others. Journal of Nervous and Mental Disease 1999; 187:540-549.
- Benson H, Marg S. Medicina Espiritual: O Poder Essencial da Cura. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- Berquó ES, Souza JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística São Paulo: EPU, 1981.
- Boehnlein J (editor). Psychiatry and religion. The convergence of mind and spirit. Washington: American Psychiatric Press, 2000.
- Bozzano E. Animismo e Espiritismo. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira FEB, 1940.
- Bozzano E. Comunicações Mediúnicas entre Vivos. São Paulo: EDICEL, 1987.(Primeira edição 1923)
- Bradley B, Jansen P; Silverman L. “A oportunidade de U\$100 bilhões do terceiro setor”. Harvard Business Review, 2003;74-84.
- Camargo CPF. Kardecismo e Umbanda: uma interpretação sociológica. São Paulo: Pioneira, 1961.

Canhadas CM. A eterna busca da cura: uma visão holística da saúde interior. São Paulo: Boa Nova, 2001.

Cassileth BR. The Alternative Medicine Handbook: The Complete Reference Guide to Alternative and Complementary Therapies. New York: W.W. Norton & Company, 1999.

Cherubin NA. Administração Hospitalar: fundamentos. São Paulo: Serdas, 1997.

Colombo DA. Pedagogia Espírita: um projeto brasileiro e suas raízes histórico-filosóficas [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2001.

Cowper W, 1731-1800. God Moves in a Mysterious Way. In: The Lutheran Hymnal. St. Louis: Concordia Publishing House, 1941.

Crick F. The Astonishing Hypothesis: the Scientific Search for the Soul. Nova York: Scribners, 1994.

Culliford L. Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. British Journal of Psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment 2002; 8: 249-258.

Da Costa N. Ensaio sobre os Fundamentos da Lógica. São Paulo: Hucitec, 1994.

Dalgalarrodo P. Religious issues in psychiatry. American Journal of Psychiatry 1991; 148(10): 1414-1415.

Dantas CR, Pavarin LB, Dalgalarrodo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. Rev. Bras. de Psiquiatria; 1999 21 (3), 158-164.

Denis L. No Invisível. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira FEB, 1976.

- Doyle AC. História do Espiritismo. São Paulo: Pensamento, 2002.
- Eccles J. O Conhecimento do Cérebro. São Paulo: Atheneu Editora E EDUSP, 1979.
- Eisenberg DM, Kessler F. Unconventional medicine in the United States. N Engl J. Med, 1983; 328:246-252.
- Ellerhorst R. Selecting on instrument to measure spiritual distress. Oncol Nurs Forum, 1985; 12: 93-9.
- Endereço
- Ernst E. Medicina Complementar: uma avaliação objetiva. São Paulo: Manole, 2000.
- Ferreira I. Novos rumos à medicina: tratamento dos processos obsessivos no Sanatório Espírita de Uberaba, Vol.1. São Paulo: Federação Espírita do Estado de São Paulo, 1990.
- Ferreira I. Psiquiatria em Face da Reencarnação. São Paulo: Federação Espírita do Estado de São Paulo, 1989.
- Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G et al. Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. Rev. Saúde Pública 2003; 37(4):446-455.
- Gama, CMP. O espírito da medicina: médicos e espíritas em conflito. Dissertação de Mestrado em Sociologia e Antropologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
- Gardner H. A Nova Ciência da Mente: Uma História da Revolução Cognitiva. São Paulo: EDUSP, 1995.

Giglio J.S. Psicoterapia e Espiritualidade. Associação Junguiana do Brasil, S. Paulo, 1998.

Giumbelli E. Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. Rev. Antropol., 1997;40(2):31-82.

Granger GG. A ciência e as ciências. São Paulo: UNESP, 1994.

Harris WS, et col. "A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit". Arch Intern Med 1999;159:2273-2278.

Heber AS, Fleisher WP, Ross CA, Stanvick RS. Dissociation in alternative healers and traditional therapist: A comparative study. Am. J. Psychotherapy, 1989.

Herzog H, Lele VR, Kuwert T, Langen K-J, Kops ER, Feinengeden LE. Changed pattern of regional glucose metabolism during yoga meditative relaxation. Neuropsychobiol 1990/1991;23:182-7.

Hess P. Os dois livros de Deus: a revelação especial e a ciência natural no ocidente cristão. In: Peters T, Bennett G, editors. Construindo pontes entre ciência e religião. São Paulo: UNESP e Loyola, 2003.

HESS D J. Disobsessing disobsession: religion. Ritual, and the social sciences in Brazil. Cultural Anthropology, Washington, 1989; 4,2:182-193.

Hodges RD, Scofiel AM. Is spiritual healing a valid and effective therapy? J.R Soc Med, 1995; 88:203-207.

Horton PC. The mystical experience: substance of an illusion. Am Psychoanal Assoc J, 1974; 22:364-380.

Joyce CRB. Placebo and complementary medicine. *Lancet*, 1994; 344:1279-1281.

Kardec A. *O Livro dos Médiuns*. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1993.

Kardec A. *Obras completas*. São Paulo: Opus, 1991.

King MB, Dein S. The spiritual variable in Psychiatric research. *Psychological Medicine*, 1998; 28:1259-1262.

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

Koenig HG. Religion and Future Psychiatric Nosology and Treatment. In: Boehnlein J, editor. *Psychiatry and religion. The convergence of mind and spirit*. Washington: American Psychiatric Press, 2000.

Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *MSJAMA – JAMA*, 2000b; 284(13):1708.

Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Randor, Pa: Templeton Foundation Pr, 2002.

Krippner S. Some contributions of native healers to knowledge about the healing process. *Int J Psychosom*, 1993; 40:96-9.

Larson DB. (ed.). *Scientific research on spirituality and health: a consensus report*. A report based on the scientific progress in spirituality conferences. National Institute for Healthcare Research, 1997.

Levin JS. Religion and health: is there an association, is it valid, and is it and is it causal? *Social Science and Medicine*, 1994; 38(11), 1475-1482.

Lotufo Neto F. Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: FM-USP, 1997.

Lukoff D, Lu F, Tuner R. Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems. *J Nerv Ment Dis*, 1992; 180: 673-682.

Malchiodi C. *The Art Therapy Sourcebook*. New York: McGraw-Hill/Contemporary Books, 1998.

Martins C. *Deficiências Físicas e Mentais: o espiritismo esclarece*. São Paulo: DPL, 1999.

Mcbride JL, Arthur G, Brooks R, Pilkington L. The relationship between a patient's spirituality and health experiences. *Fam Med*, 1998; 30(2):122-6.

Menezes B. *A loucura sobre um outro prisma*. Rio de Janeiro: FEB, 1988.

Morettin P, Bussab W. *Estatística Básica*. São Paulo: Atual, 1982.

Mueller PS, David P, Teresa R. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Religion, Spirituality, and Medicine. Mayo Clin Proc*. 2001; 76: 1225-1235.

Mulhern S. Embodied alternative identities: bearing witness to a world that have been. *Psych Clin N Am*, 1991; 14:769-789.

Negro Jr PJ. *A natureza da dissociação: um estudo sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: FM-USP, 1999.

Newberg AA, Alavi AA, Baime M, Mozley P, D'Aquili E. The measurement of the cerebral blood flow during the complex task of meditation using HMPAO-SPECT imaging. *J Nuclear Med*, 1997; 38:95.

Newsletter, 2003; 13, October. Disponível em:

<http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/publications/Andrew%20Sims%201.11.03%20Mysterious%20Ways%20-%20Spirituality%20and%20British%20Psychiatry%20in%20the%2020th%20Century.pdf>

Pattison EM. *Clinical Psychiatry and Religion*. Boston: IPC, 1969.

Penfield W. *Mystery of the Mind*. Princeton: Princeton University Press, 1975.

Peters T, Bennett G, editors. *Construindo pontes entre ciência e religião*. São Paulo: UNESP e Loyola, 2003.

Pimentel OS. *Em torno do espiritismo*. [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919.

Pires JH. *O espírito e o tempo: introdução antropológica do espiritismo*. São Paulo: Edicel, 1979.

Pires JH. *Mediunidade*. São Paulo: Edicel, 1984.

Puttini RF. *Medicina e religião no espaço hospitalar*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

Ramos A. "O problema psicologico do curandeirismo. Trabalho apresentado no 1º Congresso Médico Sindicalista", *Brasil Médico*, nº 42, 1931.

- Rizzi ND. Visões do Transe Religioso. Dissertação de mestrado, PPGS-FFLCH-USP, 1995.
- Ross CA, Joshi S. Paranormal experiences in the general population. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1992; 180:357-61.
- Ross CA, Joshi S, Currie R. Dissociative experiences in the general population. *Am. J. Psychiatry*, 1990; 147:1547-1552.
- Russell RJ, Wegter-McNelly K. Ciência e Teologia: interação mutual. In: Peters T, Bennett G, editors. *Construindo pontes entre ciência e religião*. São Paulo: UNESP e Loyola, 2003.
- Saad M et al. Espiritualidade baseada em evidência. *Acta Fisiátrica*, 2001; 8(3):107-112.
- Santos AP. Geografia do (in) Visível: o espaço do Kardecismo em São Paulo. Dissertação de mestrado, FFLCH-GEO-USP, 1999.
- Scheurich N. Reconsidering Spirituality and Medicine. *Acad Med* 2003; 78: 356-360. www.med.uth.tmc.edu/edprog/facdev/may.pdf -
- Silva, E.M. O espiritualismo no sec. XIX. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, IFCH, 1999.
- Silva FL. A Perspectiva do além: a história na visão do Espiritismo (1938-1949). Dissertação de Mestrado em História. Universidade Estadual de Londrina, UEL, Londrina, Paraná, 2002.
- Sims A. Mysterious ways: Spirituality and British psychiatry in the 20th century. *Spirituality and Psychiatry Special Interest Group Newsletter* 2003 oct; 13.

Sloan R, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*. 1999;353:664-667.

Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, et al. Should physicians prescribe religious activities? *N Engl J Med*. 2000; 342:1913-1916.

Sousa PLR, Ieda AT, Cristina LH, Flávio MO. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatr Med*, 2001;34:112-17. www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial07.htm

Stoll, S.J. Entre dois mundos: o espiritismo na França e no Brasil. Tese de doutorado, PPGAS-FFLCH-USP, 1999.

Stoll S.J. *Espiritismo à brasileira*. EDUSP: São Paulo, 2003.

Stoll S.J. Religião, ciência ou auto-ajuda? trajetos do Espiritismo no Brasil. *Rev. Antropol.*, 2002; 45(2):361-402.

Turner RP, et. al. Religious or spiritual problem. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995;183:435-444.

Varela FJ, Thompson E, and Rosch E. *The Embodied Mind*. Cambridge MA: MIT Press, 1991.

Volcan SM, Sousa PLR, Mari JJ et al. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev. Saúde Pública*, Aug. 2003; 37(4):440-445. ISSN 0034-8910.

Zilboorg G, Henry GW. *A history of medical psychology*. New York: WW Norton, 1941.

Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, Pedrão LJ. Elaboração de uma escala de enfermagem para observação participante de pacientes psiquiátricos internados. *ABP-APAL*, 1989; 11: 69-75.

Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC. Reliability, validity and factorial dimensions of the interactive observation scale for psychiatric inpatient. *Acta Psychiatr Scand*, 1995; 91: 247-51.

Índice de centros de pesquisas citados

Center for the Study of Religion/Spirituality and Health, Duke University,
<http://www.dukespiritualityandhealth.org/>

Harvard Medical School e o Mind/Body Medical Institute of Deaconess
Hospital, Boston, <http://www.mbmi.org/pages/bio1.asp>

Johns Hopkins Medicine: Spirituality and Medicine Institute,
<http://www.hopkinscme.org/cme/events/spiritmed04.html>

The George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish),
<http://www.gwish.org>

The Spirituality and Psychiatry Special Interest Group do Royal College of
Psychiatrists, <http://www.rcpsych.ac.uk/college/sig/spirit/>