

Eveline Stella de Araujo

MÉDICOS, MÉDIUNS E MEDIAÇÕES:
UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE MÉDICOS-ESPÍRITAS

UFPR
Curitiba
2007

Eveline Stella de Araujo

MÉDICOS, MÉDIUNS E MEDIAÇÕES:
UM ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE MÉDICOS-ESPÍRITAS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná para obtenção de título de mestre em Antropologia Social.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Jaqueline Stoll.

UFPR
Curitiba
2007

Banca Examinadora

Profa. Dra. Sandra Jaqueline Stoll (orientadora) _____

Prof. Dr. Rodolfo Franco Puttini _____

Profa. Dra. Edilene Coffaci de Lima _____

Profa. Dra. Selma Baptista (suplente) _____

Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade
Federal do Paraná

Data: 23/08/2007

Para Amaury e meus filhos Júlia e Guilherme

À memória de meus pais, Elci e Napoleão.

Agradecimentos

A realização desta pesquisa contou com a colaboração de várias pessoas e instituições que faço questão de reconhecer e agradecer.

Primeiramente aos que me incentivaram durante a elaboração do pré-projeto Nélio Mauro Aguirre de Castro e Amadeu Duarte (*in memoriam*) e nesta etapa também agradeço a meus pais (*in memoriam*) pelo incentivo.

Ao Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná, seus professores, funcionários e alunos pela experiência deste aprendizado. À prof^a dr^a Sandra Jaqueline Stoll, pela orientação e discussão dos temas relacionados com esta pesquisa, bem como pelo empréstimo de parte da bibliografia utilizada.

À prof^a dr^a Edilene Coffaci de Lima e ao prof. dr. José Miguel Rasia pelas recomendações e sugestões feitas por ocasião da qualificação.

Ao prof. dr. Rodolfo Franco Puttini por fornecer os resultados de suas pesquisas, pelas considerações feitas e também pela disposição em participar da Banca Examinadora.

A Fundação Araucária pela bolsa de estudos de um ano, o que permitiu uma dedicação maior à pesquisa de campo.

E, apesar de não poder nomeá-los, gostaria de agradecer aos voluntários espíritas e as instituições observadas pela acolhida e disposição em me receber. Aos médicos-espíritas que aceitaram participar desta pesquisa tornando-a possível.

Ainda em tempo agradeço ao Rodrigo Traleski pelo apoio e esclarecimentos na parte de informática e formatação final da dissertação.

Quero agradecer especialmente ao meu marido Amaury César Moraes pela discussão dos temas, a revisão dos originais, principalmente pela compreensão afetiva e o cuidado redobrado com as crianças. Aos meus filhos, Júlia e Guilherme, agradeço a paciência e compreensão.

Aos meus irmãos pelo interesse e apoio logístico eventual. Bem como a D. Irene e Ângela pela organização da rotina familiar.

Sumário

Lista de Abreviatura	viii
Resumo	ix
Abstract	x
Introdução	1
1- Apresentação do Problema: médicos e/ou espíritas	1
2- Abordagem metodológica e circunscrição do campo	7
Capítulo I – Processo de Pesquisa	15
1.1. Questões Éticas: relações entre Antropologia e Conep	15
1.2. Minha inserção no Campo	18
1.3. Condições da Observação	21
1.4. Literatura de apoio	22
1.4.1. Literatura específica	30
1.5. Observação participante e restrições do campo	40
Capítulo II: Histórico	44
2.1. Homeopatia	44
2.2. Espiritismo	46
2.3. Instituições Híbridas	51
Capítulo III: O Circuito Médico-Espírita	58
3.1. Uma Sociedade Espírita	58
3.2. Um Hospital Espírita	61
3.3. Uma Associação Médico-Espírita	67
3.4. A Prática Médica e Religiosa	68
3.4.1. Na Sociedade Espírita	69
3.4.2. No Hospital Espírita	72
3.4.2.1. Trabalho de Desobsessão	75
3.4.2.2. Um estudo de caso	79
3.5. O Discurso Médico-Espírita: Jornadas, Simpósios, Congressos e Entrevistas	93
3.5.1. Escolha da carreira e o significado de ser médico-espírita	93
3.5.2. Concepção de doença: corpo, espírito	99
3.5.3. Práticas Terapêuticas: espírito, corpo, complementares	106
3.5.3.1. Do espírito	106
3.5.3.2. Do Corpo	112
3.5.3.3. Das terapias auxiliares ou complementares	117
3.5.4. Concepção de religião	118
3.5.5. Concepção de ciência, pesquisa	119
Conclusão	125
Referências bibliográficas	130
Anexos	134

Lista de Abreviaturas I

ME – Médico Espírita
MEC – Médico Espírita Cirurgião
MECa – Médico Espírita Cardiologista
MEG- Médico Espírita Ginecologista
MEH – Médico Espírita Homeopata
MEP- Médico Espírita Psiquiatra
MEPe - Médico Espírita Pediatra
MEPeE - Médico Espírita Pediatra e Endocrinologista

AD – sigla fictícia para indicar um paciente

Lista de abreviaturas II

CRM – Conselho Regional de Medicina
SUS – Sistema Único de Saúde
TPV – Terapia de Vidas Passadas
ABRAPE – Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas
AME – Associação Médico-Espírita
ADEP – Associação de Divulgadores de Espiritismo de Portugal
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CEP – Comitês de Ética em Pesquisa
ABA – Associação Brasileira de Antropologia
DSM – Diagnóstico de Síndromes Múltiplas
OMS – Organização Mundial de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
FEB – Federação Espírita Brasileira
SAE – Serviço de Assistência Espiritual
HD – Hospital Dia

Resumo

A hipótese que norteou esta pesquisa é a de um campo relacional entre ciência e religião, pensado a partir da verificação de espaços nos quais se constata a atuação de médicos-espíritas. Conforme Turner, a dialética do ciclo de desenvolvimento é um processo relacionado às categorias liminares, como a dos médicos-espíritas.

A opção por observar três locais dessas atuações – um centro espírita, um hospital espírita e uma associação médico-espírita – permitiu a compreender as relações desses profissionais com o sistema ritual espírita composto segundo Cavalcanti pela caridade, pela mediunidade e pelo estudo.

A terapêutica espírita, entendida como ritual, permite a elaboração de novos conhecimentos nos termos de Geertz (1973), ao tornar inteligível pela experiência uma teoria do espírito. Esse conhecimento permite uma reinterpretação de conceitos médicos, tais como o de saúde e doença, incluindo a dimensão espiritual tanto na causalidade das doenças como na escolha do tratamento.

A mediação entre ciência e religião é realizada nestes termos pelas características do sistema ritual, e a eficácia desta mediação na hipótese desta pesquisa está relacionada ao domínio dos dois códigos – o médico e o espírita – por parte do profissional médico espírita. A organização em associações e a constituição de um movimento médico-espírita permite a essa categoria um diálogo com seus pares e a sociedade mais ampla, conseguindo legitimar gradativamente através de pesquisas e inserções no campo científico, os fundamentos que norteiam a sua prática.

Palavras-chaves: medicina; religião; espiritismo; antropologia; ética

Abstract

The hypothesis that guided this research is of a relationary field between science and the religion, thought from the verification of spaces about which if it evidences the performance of doctors- spiritist.. As Turner, the dialectic of the development cycle is a process related to the preliminary categories, as of the doctors-spiritist.

The option for observing three places of these performances - spiritist center, a spiritist hospital and an association doctor-spiritist - allowed to understand the relations of these professionals with the ritual system spiritist composition according to Cavalcanti for the charity, the mediunism and the study.

The spiritual therapy, understood as ritual, allows the elaboration of new knowledge in the terms of Geertz (1973), when intelligible becoming for the experience a theory of the spirit. This knowledge in such a way allows to a reinterpretation of medical concepts as health and illness, including the dimension spiritual in the causality of the illnesses as in the choice of the treatment.

The mediation between science and religion is carried through in these terms for the characteristics of the ritual system, and the effectiveness of this mediation in the hypothesis of this research is relates to the domain of the two codes - the doctor and the spiritist - on the part of the espírita medical professional. The organization in associations and the constitution of a movement doctor-spiritist allow to this category a dialogue with its pairs and the society amplest, obtaining to gradual legitimize through research and insertions in the scientific field, the beddings that guide practical its.

Introdução

1-Apresentação do Problema: médico e/ou espírita?

O dia começou bem cedo, por volta de 5 horas da manhã. Dirijo-me a uma sociedade espírita, entro na fila e aguardo uma senha para uma consulta mediúnica. São 6h30 da manhã. As senhas são distribuídas a partir das 7 horas, recebi o número 106. Isso significa que conseguiria ser atendida no período da noite pelo *médium*¹, que afirma ser orientado por Leocádio José Corrêa².

Cheguei ao local às 19h30 minutos. O salão de preleção estava lotado e apesar do frio todas as janelas estavam abertas para ventilar o ambiente. Após a palestra, foi solicitado que a platéia continuasse em silêncio e aproveitasse o momento para fazer reflexões sobre a própria vida. O ambiente permaneceu a meia luz e logo duas fileiras se formaram: uma para os que estavam aguardando a consulta com o *médium*, seguindo a ordem da senha fornecida no período da manhã; outra para os que iriam fazer a *energização*, conhecida também como *passé*³. Foram pelo menos 3 horas de espera até que me dirigi para a fila da consulta. O *médium* atendia numa escrivaninha em uma ante-sala (as pessoas entravam por uma porta e saíam por outra). Cada um se aproximava da escrivaninha e sem privacidade alguma começava a entrevista: perguntava-se se estava tudo bem, se a pessoa gostaria de falar alguma coisa. Seguia-se o aconselhamento. Conforme o caso, o *médium* rascunhava muito rapidamente em diversas folhas de papel sulfite, um

¹ *Médium*: “*Todo aquele que sente, num grau qualquer, a influência dos Espíritos é, por esse fato, médium. Essa faculdade é inerente ao homem; não constitui, portanto, um privilégio exclusivo. Por isso mesmo, raras são as pessoas que dela não possuam alguns rudimentos. Pode, pois, dizer-se que todos são, mais ou menos, médiuns. Todavia, usualmente, assim só se qualificam aqueles em quem a faculdade mediúnica se mostra bem caracterizada e se traduz por efeitos patentes, de certa intensidade, o que então depende de uma organização mais ou menos sensitiva. E de notar-se, além disso, que essa faculdade não se revela, da mesma maneira, em todos. Geralmente, os médiuns têm uma aptidão especial para os fenômenos desta, ou daquela ordem, donde resulta que formam tantas variedades, quantas são as espécies de manifestações. As principais são: a dos médiuns de efeitos físicos; a dos médiuns sensitivos, ou impressionáveis; a dos audientes; a dos videntes; a dos sonambúlicos; a dos curadores; a dos pneumatógrafos; a dos escreventes, ou psicógrafos*”. Em o Livro dos Médiuns, de Allan Kardec, item 159.

² Leocádio José Corrêa (1848-1886) foi médico na cidade de Paranaguá, litoral paranaense, e consta que, após o seu falecimento, alguns centros espíritas passaram a receber suas orientações no tratamento de várias doenças, em diversos Estados brasileiros. (<http://www.feparana.com.br/biografias>).

³ *Passé*: é quando “as mãos de um ‘médium’ servem de veículo para os ‘fluidos’ de ‘espíritos superiores’, os quais têm a propriedade de trazer alívio a sofrimentos físicos ou morais”, essa explicação está em Giumbelli (1995:47)

ajudante encaminhava a pessoa para a seqüência do trajeto ritual. Alguns casos que observei envolviam questões de ordem clínica, outros diziam respeito a situações de vida conturbada, dificuldades emocionais, de relacionamento conjugal entre outros. Finalmente chegou minha vez. O *médium* perguntou se estava tudo bem. Respondi que sim. Sem mais conversa começou a escrever num papel. Em seguida, o seu auxiliar me encaminhou para a saleta ao lado, onde uma senhora ficou com as anotações do *médium* e a minha senha. Fui encaminhada para a *energização*. Na sala, todos os que aplicavam o *passé* estavam de jaleco branco (indicando uma referência ao sistema hospitalar, todos ali estavam em tratamento de alguma forma). Entravam quatro pessoas por vez, sendo que três se acomodavam em cadeiras e uma deitava-se em uma maca, encaminhamento aparentemente aleatório. Fui dirigida para a maca e três pessoas começaram a me *energizar*, através da *imposição das mãos*⁴ por alguns minutos. Saí sem conversar com ninguém e fui dirigida à outra sala, para outro tipo de *passé*. Nesta outra sala havia um *médium* para atender uma única pessoa. Fiquei sentada, o processo nesta etapa durou aproximadamente 2 minutos. As duas salas estavam na penumbra e com luz azul. Esse trajeto ritual ainda não havia acabado: fui orientada a conversar com um grupo de pessoas que aguardavam os que passaram pela consulta com o *médium*, para “traduzir” as recomendações feitas por este. Disseram-me que eu fora indicada para participar de um grupo de *estudo mediúnico*. Perguntaram se tinha interesse, respondi que não. Outra informação recebida foi que o tratamento seria longo: fui indicada para uma *energização à distância*, também conhecida como *Atendimento Espiritual Domiciliar*⁵. Além destas recomendações ainda foi incluído um reforço alimentar com suco de couve e alface e chá de folhas de fel da terra. Foi receitado ainda Beminal com vitamina C, Henger e vitamina E. O tratamento incluía ainda cromoterapia⁶ e o uso de um *algodão energizado*⁷. Essas recomendações de medicamentos

⁴ A “imposição de mãos” segundo pude observar, é quando o médium estando em pé estica os dois braços e direciona as mãos para a cabeça de quem recebe, que via de regra permanece sentado, este procedimento não permite que ocorra ‘toques’ do médium em quem está recebendo energia.

⁵ Tal tratamento teria a duração de 30 semanas, duas vezes por semana, com duração de 15 minutos.

⁶ É uma forma de terapia destinada a reequilibrar, através da energia transmitida pela freqüência das cores, tanto o corpo físico da pessoa como o campo energético que o envolve. A cromoterapia age produzindo estímulos que visam alterar os estados vibratórios anormais, recompondo a freqüência natural concorrendo para o restabelecimento da saúde.(www.feparana.com.br)

⁷ É uma forma de tratamento que se destina a promover o equilíbrio bio-psíquico-espiritual, o algodão armazena a energia doada por *médiuns*. É um algodão especial que não pode ser beneficiado industrialmente. (idem)

ou de vitaminas foram validadas por um médico com registro no CRM – Conselho Regional de Medicina, que carimbou e assinou a receita, para que a mesma pudesse ser aceita em farmácias.

A prática receitista, usual em alguns centros espíritas, é uma dentre muitas atividades que atraem profissionais da medicina. Outras práticas que os atraem podem ser atualmente encontradas em *centros espíritas*⁸, assim como em espaços médicos, por exemplo, a homeopatia, a acupuntura, psicologia transpessoal e as chamadas *terapias holísticas*⁹. Nos *centros espíritas* os médicos realizam trabalho voluntário ora validando as receitas *mediúnicas*, ora atendendo os pacientes conforme as recomendações dadas pelo *médium*. Neste contexto, esses profissionais partilham as concepções de saúde e doença contidas na doutrina espírita. O que leva ao seguinte questionamento: como são compatibilizados por estes profissionais os sistemas médico e religioso de saúde? Como estes definem saúde e doença? Por esse breve relato etnográfico é possível levantar ainda outras questões, por exemplo, o que leva um médico a validar um tratamento que inclui terapias não reconhecidas pela medicina como cromoterapia e a utilização de *algodão energizado*?

O conceito de "racionalidades terapêuticas", utilizado por Madel da Luz (1997) e/ou "terapias alternativas", usado pela maioria dos autores (Helm, 1994; Russo, 1993; Amaral, 1999 e Martins, 1999) tem sido utilizado para tratar da relação entre medicina e religião na contemporaneidade. Este conceito consolidou-se no campo dos estudos sócio-antropológicos, sendo utilizado para descrever um leque de variadas concepções e práticas de saúde, vinculadas ou não a sistemas religiosos, que concorrem com a medicina. Luz é contundente quando afirma que:

"A questão das medicinas alternativas ou terapias alternativas, a quantidade de formas que adotam, os tipos de sincretismo em termos simbólicos e de práticas comportamentais que implicam, [...], a imensa proporção de pessoas que recorrem a essas formas novas de curar e a quantidade de profissionais ou agentes de cura que arrebanham, [...] indicam que uma mutação cultural pode estar ocorrendo atualmente" (1997:83).

⁸ O *centro espírita* é uma entidade religiosa constituída em torno de atividades doutrinárias tais como reuniões de estudo, sessões mediúnicas, e obras sociais, sem fins lucrativos. (Giumbelli, 1995: 39) e observação de campo.

⁹ A expressão "medicina holística" é empregada quando a realização do diagnóstico inclui considerações de ordem psicológica, social, moral e física, bem como enfatiza a idéia de saúde como um "estado de equilíbrio". (Helman, 1994:89). No contexto desta pesquisa a "dimensão espiritual" é acrescentada como elemento de avaliação.

A divulgação e o estudo das chamadas “terapias alternativas”¹⁰ no Brasil deu-se nas últimas décadas, especialmente a partir os anos 1980 e 1990¹¹. Tratadas nos trabalhos desse período como práticas que se inseriam à margem ou nas margens do campo médico, interessa, para esta pesquisa, especificamente o processo de expansão das práticas ditas *alternativas* ou *holísticas* no campo médico. Além de novas interpretações da eficácia da *prece*¹², difundiram-se neste, sob novas formas, práticas como a imposição de mãos, corrente de orações, terapias de vidas passadas e consultas com sensitivos. Algumas dessas práticas de cura passaram a ser recomendadas por médicos sendo associadas a tratamentos convencionais da medicina, inclusive em instituições hospitalares. Assiste-se nestes casos a uma conjunção de “racionalidades médicas”, conforme Luz (1997), prática que embora apresentada como “novidade”, apresenta registros mais antigos, embora isolados, por exemplo, o de um sanatório em Uberaba, Minas Gerais, que desde os anos 40 associa o tratamento psiquiátrico convencional à terapia espírita de *fluidoterapia*¹³, orações, água *fluidificada*¹⁴ e reuniões de *desobsessão*¹⁵. Há registro também de combinação de modelos terapêuticos em outra cidade brasileira, a partir da década de 80.

¹⁰ <http://skepdic.com/brazil/saudealtern.html>

<http://www.geocities.com/saudeinfo/oquee.htm>

http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/terapias.html

<http://www.scielo.br/scielo.php>, são alguns locais na WEB onde é possível encontrar um grande debate sobre esta questão. O que existe em comum é o conceito de alternativo, como técnicas terapêuticas não comprovadas cientificamente e, portanto com valor diverso do oferecido pela medicina convencional, submetida ao critério científico da eficiência. Neste contexto, a Homeopatia e a Acupuntura são consideradas como tratamentos alternativos de saúde, pois apesar de reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, por sua eficácia empírica, nenhuma delas conseguiu provar até agora esta eficácia com os modelos de pesquisa médica.

¹¹ “Além da importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares ou *folk* do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas) foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas o conjunto dos países latino-americanos, principalmente durante a década de 80, basicamente nos grandes centros urbanos”. (LUZ, Physis vol.15 suppl.0 Rio de Janeiro 2005)

¹² *Prece*: “A *prece* é uma invocação, mediante a qual o homem entra, pelo pensamento, em comunicação com o ser a quem se dirige. Pode ter por objeto um pedido, um agradecimento, ou uma glorificação. Podemos orar por nós mesmos ou por outrem, pelos vivos ou pelos mortos. As preces feitas a Deus escutam-nas os Espíritos incumbidos da execução de suas vontades; as que se dirigem aos bons Espíritos são reportadas a Deus. Quando alguém ora a outros seres que não a Deus, fá-lo recorrendo a intermediários, a intercessores, porquanto nada sucede sem a vontade de Deus”. Em o Evangelho segundo o Espiritismo, Allan Kardec, 1996[1864]: 338.

¹³ Capacidade de doação de fluidos (energias) através do *médium* a fim de interferir positivamente na saúde das pessoas acrescido da fluidificação (magnetização) da água. É uma prática semelhante ao passe.

(<http://www.espirito.org.br/PORTAL/ARTIGOS/diversos/ciencia/fluidoterapia-1.html>)

¹⁴ Água fluidificada é a água que recebeu os fluidos durante a aplicação do passe e que depois é servida em pequenos copos plásticos para ser tomada pelos que receberam o passe. (observação de campo).

Essa perspectiva da combinação de modelos terapêuticos, endossada por médicos é um ponto ainda não abordado na antropologia. O que encontrei são estudos sobre a combinação de modelos terapêuticos populares da perspectiva dos pacientes, ou sobre a inserção das chamadas *terapias alternativas* no campo das práticas médicas. O estudo mais recente e próximo desta temática em questão foi realizado por Puttini (2004), autor que pesquisou hospitais dirigidos por praticantes do Espiritismo.

É importante observar que a combinação de “racionalidades médicas” em contextos “convencionais” de prática da medicina foi acompanhada de uma mudança de terminologia: de práticas *alternativas* estas passaram, nos anos 1990, à denominação de práticas *complementares*¹⁶. A chamada “medicina complementar”, segundo Helman (1994), propõe uma abordagem holística do paciente, na medida em que as dimensões psicológicas, sociais, morais e físicas, são pensadas como interdependentes, constituindo uma totalidade que é dinâmica (Helman, 1994: 89). Por saúde entende-se o “equilíbrio” no funcionamento dessas dimensões do ser humano, com repercussões na totalidade. Doença, por conseqüência, é o desequilíbrio de uma dessas dimensões e a sua repercussão no todo.

A difusão dessa concepção de saúde no campo médico pode ser aquilatada por meio da observação do número de novas especialidades surgidas nos últimos anos que visam abarcar essa visão terapêutica, por exemplo, o surgimento da especialização de médicos e psicólogos em *terapias transpessoais*¹⁷. Também houve o reconhecimento da homeopatia e

¹⁵ A descrição detalhada desses procedimentos pode ser encontrada em Cavalcanti (1983). Para entender o que é *desobsessão* é preciso verificar o que diz a doutrina espírita sobre o que seja *obsessão*: “*É o domínio que alguns espíritos logram adquirir sobre certas pessoas. Nunca é praticado senão por espíritos inferiores que procuram dominar*” (Livro dos Médiuns, Cap. 23 item 237). Com base neste conceito encontrei que a *desobsessão* é “*A cura espírita da obsessão*” e “*baseia-se na conscientização do enfermo e do espírito agressor, posto que o paciente, é o agente da própria cura*”. Informações localizadas no site: www.espirito.com.br, em 02 de maio de 2007.

¹⁶ “*Terapia complementar é aquela que deve ser usada simultaneamente ao tratamento médico convencional. Muitas vezes se fala em “medicina alternativa e complementar” pois dependendo da técnica e do praticante, afirma-se que esses métodos não excluem a necessidade dos tratamentos com eficácia comprovada, a chamada Medicina Baseada em Evidências ou MBE.* (<http://www.geocities.com/saudeinfo/oquee.htm>). Este conceito tende a não aceitar essas terapias como válidas por falta de comprovação científica. Mas, na etnografia o que foi observado é a inclusão dentro de instituições hospitalares, o que permite pensar em um outro conceito possível: a terapia complementar surge na tentativa garantir a adesão ao tratamento convencional quando os pacientes preferem buscar a terapia alternativa, tornando oficialmente aceito o tratamento conjunto de diversas terapias, com um maior controle clínico.

¹⁷ A abordagem integrativa transpessoal, segundo o conteúdo do folder da ALUBRAT - Associação Luso Brasileira de Transpessoal: “*Visa capacitar profissionais para a percepção dos diferentes estados de consciência, de um novo modelo de atenção à saúde e educação integrada, e da expansão do trabalho criativo e intuitivo, integrando as funções psíquicas Razão - Emoção-Sensação-Intuição*”, que pode ser

da acupuntura em meados de 1980 como especialidades médicas, o que promoveu o seu trânsito de um “campo marginal”, dito *alternativo*, para o campo das medicinas, constando-se hoje sua oferta tanto nos planos de saúde, atendimento do SUS (Serviço Único de Saúde), e em hospitais.

Luz (1997) comenta a esse respeito:

“ ... essa mutação assinala o esgotamento do modelo de racionalidade global e unitário que dominou o cenário social nos últimos dois séculos, com o triunfo do iluminismo e, posteriormente, do positivismo, com sua forma cientificista de definir para a sociedade o que fazer e o que pensar em termos de saúde, doença e cura. Não que este modelo monológico tenha chegado a alcançar uma hegemonia total ou permanente, ou mesmo estável, sobre as classes e grupos sociais de nossa sociedade. Uma cultura que ora poderíamos denominar de tradicional, ora popular, esteve sempre presente na vida social, muitas vezes sendo dominante, embora nunca legitimada institucionalmente”. (1997:84)

E adiante acrescenta:

“uma vez que (...) novos saberes e práticas tendem a se legitimar institucionalmente, que novos saberes terapêuticos tendem a se tornar dominantes, ou a disputar hegemonia com o saber biomédico como se transmitirão esses novos saberes, ou em outras palavras, que instituições reproduzirão esses novos saberes? Quem são ou quem serão os novos agentes de cura, ligados a essas formas sincréticas de conhecimento terapêutico?”. (1997:84)

Embora incluídas como prática de atendimento em algumas instituições, as chamadas “medicinas complementares” nem sempre são praticadas por médicos. Porém, há outras práticas de atendimento, geralmente desenvolvidas em caráter voluntário, que também integram o universo das “medicinas complementares”. Estas normalmente guardam filiação com alguma religião, como exemplo pode-se citar as terapias religiosas, o Reiki, a massoterapia, entre outras. Nesta pesquisa, considero como “medicina complementar” as práticas terapêuticas não reconhecidas pela medicina. Assim, a homeopatia, à acupuntura e a psicologia transpessoal, reconhecidas como especializações regulares de profissionais da área de saúde e praticadas seja no seu expediente profissional e remunerado, seja no seu expediente religioso e voluntário, serão por mim consideradas dentro da prática médica reconhecida, não sendo mais entendidas como complementares.

Essa discussão proposta por Luz (1997) sobre as relações de poder no campo das práticas médicas foi a motivação inicial desta pesquisa, que tem como universo de

investigação os *médicos-espíritas*¹⁸. Helman (1994) propõe questões da mesma ordem, ao analisar a relação médico-paciente, uma vez que para a autora quando estes possuem *backgrounds*¹⁹ sociais e culturais diferentes, o confronto de “racionalidades”, para usar o termo de Luz (1997), produz impactos significativos na prática médica.

Segundo Helman (1994), os valores e práticas associados às doenças fazem parte de um complexo cultural, não podendo ser estudados de forma isolada: *"Não podemos compreender as reações das pessoas à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou assimilaram por convivência - isto é, a lente através da qual elas percebem e interpretam o mundo"*. (1994:26).

O presente trabalho pretende contribuir para discussão a respeito das relações entre medicina e religião, tratando de um segmento particular – os *médicos-espíritas*. Este segmento profissional foi escolhido pelo fato de a “complementaridade de racionalidades médicas”, como define Luz (1997), realizar-se de forma singular. Neste caso não se trata de mera justaposição de práticas médicas num determinado contexto clínico, envolvendo a associação de terapias. Como o exemplo inicialmente descrito, trata-se de médicos que se definem por uma dupla inserção: científica e religiosa. Como dessa perspectiva eles definem sua prática? Como atuam enquanto médicos? De que forma esses profissionais combinam o exercício da prática médica com as práticas de cura ligadas ao espiritismo? Estas são algumas das questões que esta pesquisa pretende responder.

1. 1 - Abordagem metodológica e circunscrição do campo

Buscando analisar a trajetória dos profissionais médicos-espíritas, identifiquei formas distintas de inserção no campo das “práticas médicas”, bem como formas distintas de exercício das “terapias complementares”. Segundo pude aquilatar, há os que adotam a homeopatia como forma de atuação; outros são psiquiatras e encontram na psicologia transpessoal o alicerce para o exercício da *visão holística*²⁰ de saúde-doença; também é possível encontrar os que praticam a chamada Terapia de Vidas Passadas - TPV.

¹⁸ São médicos formados pela academia de medicina convencional e que conjugam os conceitos médicos com os da Doutrina Espírita.

¹⁹ Mantive a mesma nomenclatura que a autora, porém este termo pode ser entendido como repertório cultural e experiência de vida.

²⁰ Visão holística verificar Helm (1994).

Evidentemente, a gama de combinações possíveis é mais variada, portanto, outros trajetos são viáveis no campo da saúde tendo em vista a associação entre ciência e religião.

No mapeamento das trajetórias dos médicos-espíritas tenho interesse em identificar os motivos da escolha da profissão e trajetos de sua formação, bem como as diferentes formas pelas quais combinam na prática profissional filiação religiosa e prática médica.

Para este mapeamento, foi importante identificar em primeiro lugar as instituições relacionadas à saúde que possuem caráter religioso, privilegiando-se, neste caso, aquelas que fossem ligadas à doutrina espírita kardecista.

No Brasil, há pelo menos 39 hospitais espíritas²¹, com média de atendimento anual de 1.300 internamentos cada, o que perfaz aproximadamente 40 mil internações por ano, sem levar em conta o atendimento ambulatorial.

Regionalmente os hospitais espíritas estão distribuídos da seguinte forma: 30 unidades de tratamento estão na região Sudeste (25 no Estado de São Paulo e 5 em Minas Gerais); 3 na região Sul (1 no Paraná e 2 no Rio Grande do Sul); 5 na região Centro-Oeste (4 em Goiás e uma no Mato Grosso do Sul); e 1 instituição na região Nordeste (na Bahia).

O psiquiatra Alexander Moreira de Almeida, em seu artigo "Visão Espírita dos Transtornos Mentais", afirma a respeito que:

"No cenário da saúde mental no Brasil, o Espiritismo constitui-se num importante, mas pouco conhecido ator. Além de defender uma etiologia espiritual para os diversos transtornos mentais, construíram quase meia centena de hospitais psiquiátricos espíritas pelo país entre o início da década de 1930 até o final da de 1970. (op.cit. Souza & Deitos, 1980). Num levantamento feito por Figueiredo e Ferraz (1998), a maior parte dos hospitais psiquiátricos filantrópicos no estado de São Paulo eram espíritas".(2003:2)

Salienta ainda o autor que *"as concepções e tratamentos espíritas abrangem uma grande parcela da nossa população, inclusive profissionais de saúde"*. (Almeida, 2003:2)

Estes profissionais encontram-se em parte agregados em torno de associações profissionais próprias. De acordo com Almeida (2003) *"existem em funcionamento a ABRAPE (Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas) e a AME (Associação Médico Espírita) que estudam e praticam em suas atividades profissionais esses preceitos."*(p.2)

²¹ Essa informação foi cedida pela Associação Médico Espírita do Brasil em abril de 2007. Segundo esta Associação, todos os hospitais espíritas atendem transtornos mentais e deficiências múltiplas.

As Associações Médico-Espíritas²² encontram-se espalhadas por todo o país, como indica Almeida. Elas têm a finalidade: “...do estudo da Doutrina Espírita e de sua fenomenologia, tendo em vista suas relações, integração e aplicação nos campos da filosofia, da religião e da Ciência, em particular da Medicina, procurando fundamentá-la através da criação e realização de estudos e experiências orientadas nessa direção.”²³

Além disso, conforme se pode ler no site, “a Ame-Br deve ainda difundir e preservar o movimento médico-espírita junto a outras classes profissionais liberais e ao público em geral e promover eventos culturais e científicos que levem ao desenvolvimento do seu trabalho.”²⁴

Atualmente, essas associações médico-espíritas estão distribuídas da seguinte forma: são no total 36 associações médico-espíritas no país, sendo que uma de caráter nacional, 19 estaduais e 16 metropolitanas. São Paulo é sede da AME-BR, AME-SP e no Estado existem mais 5 associações metropolitanas, sendo que os médico-espíritas desta região têm uma participação significativa nos eventos nacionais; outro dado importante é do Estado do Rio Grande do Sul com 5 associações metropolitanas além da estadual. Por região do país a distribuição fica assim definida: 10 associações na região Nordeste, 2 na região Norte, 13 na região Sudeste, 9 na região Sul, e 2 na região Centro-Oeste.

Tanto os hospitais espíritas, quanto as associações de médicos-espíritas e os centros espíritas que contam com a atuação de médicos, sendo estes, portanto, os principais contextos em que se pode observar a construção dessa identidade médica específica.

Esta pesquisa se concentrou nas instituições de caráter médico que fornecem legitimidade para a *terapêutica espírita*²⁵, como os hospitais espíritas e as associações de médicos espíritas. Um estudo sobre centros espíritas que oferecem atendimento médico seja por profissionais voluntários, médicos entre outros; ou por *médiuns receitistas* não constitui o objetivo central desta pesquisa.

²² A primeira Associação Médico-Espírita surgiu em São Paulo, em 31 de março de 1968, que mais tarde deu origem a Associação Médico-Espírita do Brasil, em 17 de junho de 1995.

Segundo Costa (2001): em 1941, foi fundada pelo Dr. Levindo Melo a *Sociedade de Medicina e Espiritismo do Rio de Janeiro*, cuja fundação havia sido tentada em 1933, pelo mesmo médico. Nos seus Estatutos, fica claro que o objetivo é pesquisar e defender o Espiritismo, inclusive vigiando as atitudes dos seus sócios.

²³ www.amebrasil.org.br, link *Nossa Missão*

²⁴ Idem a nota anterior

²⁵ *terapêutica espírita*, através da *fluidoterapia*, do estudo edificante e do exercício da *caridade*. (<http://www.cvdee.org.br/artigos>), aqui também incluiu o trabalho de desobsessão.

Apesar de os primeiros registros remeterem aos anos 1940²⁶, foi somente nas décadas de 1980 e 1990 que a maioria das instituições hospitalares espíritas passaram a incorporar práticas espíritas, como a *fluidoterapia*²⁷, a água *fluidificada*, palestra e trabalhos de *desobsessão*, às atividades terapêuticas convencionais.

Este processo parece repetir-se em relação às associações médico-espíritas. Embora os primeiros esforços no sentido de organizar estes profissionais date da década de 1940, com a fundação da Sociedade de Medicina e Espiritismo do Rio de Janeiro em 1941, foi somente no final da década de 1960 que estes começaram a ter representatividade em outras capitais brasileiras, com a criação, por exemplo, da Associação Médico-Espírita de São Paulo, em 1968. A partir década de 1990 os médicos-espíritas organizam-se nacionalmente, através da Associação Médico-Espírita do Brasil (Ame-BR), fundada em 1995.

Segundo consta, a elaboração de uma associação surgiu a partir dos conflitos causados pela prática receitista, por meio da qual houve uma expansão do espiritismo entre as classes populares (Damazio, 1994, dentre outros). Esta prática consiste na dispensa de receitas de homeopatia sob a orientação de um *mentor*²⁸, tido como um espírito, que quando em vida foi médico²⁹. Essa atividade despertou vários processos de prática ilegal da medicina contra os espíritas na segunda metade do século XIX até a primeira metade do século XX. A partir da instauração destes processos e da intensificação da perseguição policial, os espíritas começaram a se reunir primeiramente como religião (Giumbelli, 1997) através da organização de instituições como a Federação Espírita Brasileira. O *movimento espírita*³⁰ através do Pacto Áureo (1949) conseguiu definir uma identidade e um corpo doutrinário mais consistente, (Costa, 2001) e, num segundo momento, na tentativa de reforçar a defesa e focalizar também o aspecto científico desta doutrina, surgem as primeiras associações médico-espíritas com o intuito de preservar os médicos e espíritas de acusações de charlatanismo. Atualmente, essas instituições concentram suas atividades no aspecto científico da Doutrina Espírita, estimulando pesquisas acadêmicas e a discussão de

²⁶ Como é o caso do Sanatório Espírita de Uberaba, Minas Gerais.

²⁷ Todas essas formas terapêuticas do espiritismo serão explicadas no capítulo etnográfico.

²⁸ Mentor espiritual é um 'espírito' responsável pela parte espiritual das reuniões mediúnicas.

²⁹ As atividades dos *médiuns receitistas* e o confronto causado por esta atividade podem ser melhor aprofundados com a leitura de Giumbelli (1997), Almeida (2002) e Costa (2001), ver indicação da bibliografia.

³⁰ Movimento Espírita é o conjunto das atuações que o Espiritismo comporta, tais como: os lares e centros, os institutos culturais, associações profissionais, hospitais, asilos, orfanatos, e imprensa que tenham como objetivo a correta divulgação do Espiritismo. (Cavalcanti, 1983:26)

temas sobre bioética, como: a utilização de células-tronco, aborto, eutanásia e temas da atualidade médica – como a discussão sobre a legalização do aborto, o qual eles se posicionam contrariamente, propondo novas formas de interpretação sobre o que venha a ser saúde e doença.

A Ame-BR é uma associação médico-espírita que busca representatividade no país tanto no meio acadêmico bem como na comunidade científica internacional. Seu esforço tem se concentrado em motivar as associações estaduais para a pesquisa e o estudo dos aspectos que relacionam a questão espiritual com a medicina. Além disso, pretende construir diretrizes de ética e conduta condizentes com a moral do Espiritismo.

Portanto, foi possível definir pelo menos três contextos em que os médico-espíritas atuam associando medicina e religião. Primeiramente, nos próprios centros espíritas, onde realizam palestras, prestam atendimento como médicos voluntários, ou ainda participando de trabalhos de *desobsessão*; em alguns casos estes atuam também como *médium receitista*³¹ desde que o *centro espírita* ofereça condições para tal atendimento; há também aqueles que se dedicam a outras atividades como *fluidoterapia (passes)* e *atendimento fraterno*³² (conversa), dentre outras. Em segundo lugar, é possível encontrá-los nos hospitais espíritas, onde além de atuarem profissionalmente, por vezes dão suporte à implementação do serviço voluntário espírita, que abarca as atividades citadas acima. Neste caso, o médico que atende o paciente internado pode ou não acompanhar o *trabalho de desobsessão* e o desenrolar do *tratamento espiritual*, realizado paralelamente ao tratamento clínico. Outra forma de atuação neste contexto pode ser observada nos estudos de casos realizados com o intuito de legitimar a *terapêutica espírita* e divulgá-la junto aos demais participantes da equipe clínica que não são necessariamente espíritas. Um terceiro contexto identificado são as associações e sociedades médico-espíritas, cujo objetivo principal é promover o estudo e a pesquisa na fronteira: ciência e religião. Essas associações promovem congressos, simpósios e organizam grupos de estudos, incentivando a pesquisa acadêmica. Um dos objetivos propostos por essas associações é a inserção nas

³¹ Segundo Giumbelli, é um indivíduo que servindo de ‘*médium*’ para o espírito de um médico já falecido, diagnostica enfermidades e indica medicamentos que podem ser alopáticos ou homeopáticos. (1995:47)

³² Receber fraternalmente a pessoa que busca o Centro Espírita e proporcionar-lhe a oportunidade de expor livremente, em caráter privativo, suas dificuldades; dar-lhe, após isso, as orientações doutrinárias tidas como devidas e transmitir-lhe os estímulos de que esteja precisando, podendo, até, conforme o caso, oferecer-lhe ligeiras noções doutrinárias, para a compreensão de seus problemas. (<http://www.feparana.com.br/download/comofazer1.pdf>)

universidades e faculdades de medicina da disciplina "Medicina e Espiritualidade"³³, conforme já ocorre na Universidade Federal do Ceará.

Trata-se de um esforço para legitimar os conceitos da doutrina espírita, colocando-os à prova da ciência moderna, e ao mesmo tempo, questionar a perspectiva da bioética da prática médica, ponto comum de embate entre as chamadas *medicinas alternativas* ou *complementares*³⁴ e a prática médica tradicional.

Marlene Nobre, atual presidente da Ame-BR, em seu livro "A Alma da Matéria" explica que:

"... o médico-espírita utiliza-se de todas as terapias que aprendeu, em sua formação universitária, e nos vários cursos de aperfeiçoamento e reciclagem realizados [...]. Vale-se dos medicamentos alopatas, quando indicados, mas dentro de sua visão mais ampla, recorre também aos fitoterápicos e aos recursos terapêuticos da Homeopatia - muitos se aperfeiçoam nessa especialidade - e da Acupuntura, visando restaurar a estrutura eletromagnética do corpo espiritual, com maior estímulo à circulação e harmonização da energia vital.

"Tanto quanto possível, utiliza também a Terapia Complementar Espírita, desde que aceita espontaneamente pelo paciente, e que é ministrada, gratuitamente, à população na imensa maioria das Instituições que praticam o Espiritismo." (2003:20)

O texto acima sugere maneiras diversas de combinação da prática médica com as chamadas *terapias alternativas* e/ou *complementares* por parte dos adeptos do espiritismo. Combinações que apontam para distintas trajetórias profissionais.

Pretendo analisar os diferentes percursos e posturas dos médicos-espíritas, tomando como objeto de investigação instituições, que Puttini (2004) chama de híbridas³⁵, isto é, instituições que combinam a terapêutica médica e a religiosa.

³³ Em matéria de capa da Revista Isto É, de 28 de maio de 2003, nº1756, "Além do Corpo" – apresenta o tema descrito como segue: "No sábado dia 31, médicos, estudantes e outros profissionais da saúde estarão reunidos em um dos auditórios da instituição [USP] para participar do 1º Simpósio de Medicina e Espiritualidade, organizado pela Associação Médico-Espírita de São Paulo. O objetivo do encontro é fazer uma revisão da literatura científica sobre o tema e confeccionar uma proposta de inclusão da disciplina *medicina e espiritualidade* no currículo das escolas médicas. A realização do evento dentro da USP é sintomática. Mostra que a comunidade científica começa a se abrir para o estudo dos fenômenos que envolvem a crença em um mundo espiritual e suas repercussões na saúde" (Isto é: 28/maio/2003:p.73)

³⁴ Alguns autores que abordam a questão das terapias alternativas são: Helm (1994), coletânea "A Nova Era no Mercosul", organizada por Maria Julia Carozzi, 1999; outra coleção é Saúde em Debate, organizada por Márcia Kupstas, 1997.

³⁵ Puttini defende a idéia de que as instituições híbridas estão no campo da interação (religioso e médico), que funda o campo da saúde. Portanto, pressupõe a interação entre pessoas (agentes) com distintos conceitos sobre temas que as coloca em relação. Entretanto, a partir da leitura de Puttini (2004) pode-se perceber a utilização da noção de agentes híbridos - *AGEHib*: agente religioso espírita híbrido e *APSHib*: agente profissional da saúde híbrido – siglas definidas pelo autor. Com isso, é possível pensar também a utilização da noção de

A intenção é analisar a prática desses profissionais e as categorias utilizadas na concepção de saúde e doenças e como concebem a *terapêutica espírita* em relação com a ciência médica.

Entendendo ser o médico-espírita uma categoria liminar, utilizarei nesta pesquisa *O Processo Ritual* de Victor Turner (1974), trabalho em que o autor descreve a inversão de papéis sociais, a construção ritual da liminaridade e também, os processos rituais de mudança de *status*, entretanto interessa sobremaneira para esta pesquisa a noção de liminaridade estrutural desenvolvida por esse autor.

De Pierre Bourdieu destaco a noção de *habitus*³⁶ (1983) e também o que o autor chama de *estratégias de condescendência*³⁷:

“(...) essas transgressões simbólicas do limite que permitem ter concomitantemente os lucros da conformidade e os da transgressão em relação a definição.”(1996:104)

Neste cenário acima descrito, a questão que se coloca é como o médico-espírita atua: prevalece a condição de médico no meio religioso, ou ele omite a confissão religiosa, em determinadas situações profissionais, para ser aceito na academia e por seus pares, evitando conflitos.^{38?}

A hipótese é de que haja um trânsito entre *habitus* sociais, o médico e o religioso, produzindo um *status liminar*³⁹. A abertura, no Brasil, para as terapias alternativas/complementares e também a aceitação da homeopatia e da acupuntura na academia são indícios de que alguma comunicação eficiente vem ocorrendo, o que permite ao médico-espírita estabelecer um modo próprio de ser no mundo.

Os conceitos trabalhados por Lévi-Strauss (1975) sobre *estrutura e eficácia simbólica* são fundamentais para compreender o papel de mediação⁴⁰ do profissional

híbrido não apenas no campo relacional, mas também no campo conceitual, onde uma pessoa (agente) em si mesma relaciona conceitos advindos de campos diferentes do saber, como o religioso e o científico, onde é possível incluir a relação entre agentes do mesmo grupo. Deste modo, amplio a utilização da noção de instituições híbridas para além dos hospitais espíritas, incluindo também nesse espectro as associações médico-espíritas e as sociedades espíritas que incorporam a prática receitista em suas atividades.

³⁶ “*habitus*: é um conhecimento adquirido e também um *haber*, um capital ... o *habitus* indica a disposição incorporada, quase postural”. A Gênese dos Conceitos In: O Poder Simbólico. Pierre Bourdieu (1989:62)

³⁷ Pierre Bourdieu, “A Economia das Trocas Linguísticas”, Editora da USP, ano 1996, p. 104.

³⁸ É possível que as duas coisas aconteçam.

³⁹ A noção de *status liminar* foi apropriada de Turner pode ser encontrada em *Processo Ritual*. (1974:156/157/179).

⁴⁰ No livro *Mediação, Cultura e Política*, organizado por Gilberto Velho e Karina Kuschnir, eles tratam de mediação como fenômeno sociocultural. Esta mesma perspectiva é adotada nesta pesquisa.

médico-espírita. A constituição de uma estrutura como um processo dinâmico, ao que acrescento a noção de Bourdieu (1996) de *solidariedade estrutural*, torna possível, como se verá adiante, compreender a relação entre Ciência e Religião construída no contexto em questão.

No capítulo que se segue abordo a inserção no campo etnográfico e minhas experiências anteriores no contexto desta pesquisa, analiso a literatura de apoio e a literatura específica, bem como faço uma discussão sobre a relação entre as ciências sociais e as ciências médicas.

A questão da construção da relação entre medicina e espiritismo, os conflitos e as acomodações sociais ocorridas no passado e como influenciam o cenário atual da prática médico-espírita são desenvolvidas no capítulo 2.

No capítulo subsequente a este desenvolvo a descrição dos espaços pesquisados: uma sociedade espírita, um hospital espírita e uma associação médico-espírita. Além dos simpósios e congressos médico-espírita. Dando prosseguimento, relato a minha experiência etnográfica em cada um desses espaços e analiso as observações, intercalando sempre que necessário o conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, entendo o discurso como uma prática, segundo Foucault (1997), conflitando e comparando com o material do capítulo anterior.

Concluo sobre a diversidade de mediação exercida pelos médico-espíritas nos diferentes espaços de atuação dos mesmos, entendendo por mediação ao domínio de ambos os códigos: o espírita e o médico.

Capítulo 1. - Processo de Pesquisa

Começo este capítulo por minhas motivações pessoais sobre a escolha desse tema para depois seguir objetivamente com as questões formuladas a partir da perspectiva antropológica.

Devo, antes, dizer que as instituições envolvidas no âmbito desta pesquisa solicitaram a não identificação de seus nomes e sequer consentiram que por meio da narrativa fossem reconhecidos os meus informantes. Essa restrição será analisada na seqüência. Mantenho na apresentação desta pesquisa os detalhes que sejam relevantes para a análise do tema.

1.1 – Questões Éticas: relações entre Antropologia e Conep⁴¹

Gostaria de fazer aqui um parênteses e esclarecer que o tipo de restrição sofrido neste contexto é mais comum do que podem imaginar os pesquisadores que não atuam diretamente com questões de saúde e doença em instituições hospitalares. Ao buscar elementos que conseguissem ao menos justificar tal restrição ética, defrontei-me com esse debate já no âmbito da ABA (Associação Brasileira de Antropologia). O relatório⁴² de Ceres Gomes Víctora, datado de 4 de outubro de 2005, é um exemplo sobre o conteúdo do debate que se estabelece entre os antropólogos e os comitês⁴³ de ética de pesquisa em seres humanos:

⁴¹ Segundo o site oficial do Conselho Nacional de Saúde: “A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP- é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, criada através da Resolução 196/96 e com constituição designada pela Resolução 246/97, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

⁴² Esse relatório pode ser encontrado na íntegra no link *relatórios* no site: www.abant.org.br.

⁴³ Segundo o site <http://conselho.saude.gov.br/comissao>, “a CONEP e os CEP têm composição multidisciplinar com participação de pesquisadores, estudiosos de bioética, juristas, profissionais de saúde, das ciências sociais, humanas e exatas e representantes de usuários”. (grifo meu) Entretanto, isso é muito mais uma perspectiva idealista do que realista, pelo menos com relação aos CEPs. O texto continua expondo as atribuições do CEP: “o CEP institucional deverá revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Terá também papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração. A CONEP deverá examinar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos em áreas temáticas especiais, encaminhadas pelos CEP das instituições, e está trabalhando principalmente na elaboração de normas

“a grande questão que estava por trás da minha palestra, era uma preocupação que tem sido passada para mim por colegas antropólogos que levantam o caso de não conseguirem obter aprovação dos comitês de ética para seus projetos de pesquisa baseados em metodologia qualitativa, por estes seguirem, ao pé da letra, sem questionamentos, a resolução 196/96. Essa, como já referi anteriormente, foi formulada a partir dos pressupostos do ‘princípioalismo’ e visando ensaios clínicos”. (Víctora:2005:2)

Ela continua o raciocínio ao afirmar ter defendido:

“...amplamente a tese do consentimento livre e esclarecido como um processo a ser obtido ao longo da pesquisa e não como uma formalidade contida em uma folha de papel assinada, sabe-se lá sob que condições.

Mas o que realmente me interessava trazer à tona era[...].à necessidade de que cada pesquisa fosse vista pelos comitês de ética, a partir dos princípios que regem cada metodologia de pesquisa. Com algum detalhamento mostrei o que estava em jogo na pesquisa qualitativa e sugeri que os comitês, sendo multidisciplinares pudessem avaliar a coerência interna de cada pesquisa, pois essa indicaria as especificidades éticas daquela situação”. (Víctora ,2005:3)

No final ela considera que “há um evidente clima de questionamento quanto ao viés biomédico da Resolução196/96, como eu jamais havia observado anteriormente”. (2005:3)

Esses trechos colocam a questão da contextualização do que seja ética, considerando a realidade de pesquisa e de produção do saber específico de cada área. O texto de Uchôa (1995), *Epidemiologia e Antropologia: contribuição para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão*, é um exemplo de que essa relação (antropólogos e Conep) poderá ter resultados satisfatórios, ao tratar dos contrastes e também das complementaridades dos métodos quantitativos e qualitativos e a aplicação dessa associação dentro do contexto da saúde, apesar dessa associação ainda não ser uma experiência comprovada.

Duarte (2004) em seu artigo *Ética de Pesquisa e “Correção Política” em Antropologia*, faz uma crítica mais ácida e também realista, calcada na experiência de vários antropólogos que se embrenharam no campo da saúde e da biomedicina para realizar

específicas para essas áreas, dentre elas, genética humana, reprodução humana, novos dispositivos para a saúde, pesquisas em populações indígenas, pesquisas conduzidas do exterior e aquelas que envolvam aspectos de biossegurança.”(grifo meu) <http://conselho.saude.gov.br/comissao>.

Destaco aqui o que muitos dos que participam desse debate já mencionaram, que o modelo atual foi planejado para abarcar as questões éticas de uma pesquisa clínica, as demais áreas de pesquisa com isso ficam na dependência e na subordinação do bom senso (ou da falta deste) dos comitês de ética, que na teoria deveriam ser multidisciplinares, entretanto é possível pensar pelo andamento desses debates, que essa multidisciplinaridade ocorra somente pro forma, e não de fato. Chamo atenção para que este seria um excelente tema para pesquisa empírica, se fosse viável.

suas pesquisas, como é o meu caso. Ele começa questionando a categoria “antropologia médica” no campo brasileiro, por entender que esta subordina excessivamente a Antropologia a dois pólos: o da ideologia da Biomedicina e o da ideologia Norte-americana. Segundo ele, duas formações mentais mais poderosas da cultura ocidental moderna, e ao que a antropologia deveria resistir: “*A nossa resistência deve ser assim uma resistência altamente reflexiva, produzida paulatinamente em encontros como este e tantos outros, maiores a se inserir numa malha abrangente e inclusiva*” (Duarte, 2004:128)

Esse autor cita o exemplo da classificação de doenças mentais que é utilizado pelo sistema psiquiátrico brasileiro, o DSM⁴⁴-III, criado e imposto pela psiquiatria norte-americana, com o apoio da poderosa indústria farmacêutica. Duarte interpreta essa imposição como invasiva ao: “*Não considerar os fenômenos de perturbação como passíveis de modelização etiológica, mas apenas de descrição fenomenológica*”, para ele isso significa assumir uma determinada ‘teoria’ do empirismo. (2004:127).

Duarte considera, citando o exemplo de uma orientanda, que a ética tradicional da antropologia é suficiente para que uma pesquisa seja realizada, sem necessidade de ser aprovada por comitê de ética, entretanto esta postura atualmente inviabiliza a publicação dos resultados em revistas especializadas. Para ele, a ética “*da autorização dos responsáveis institucionais ou políticos mediante uma apresentação do objeto da pesquisa; a da preservação do anonimato dos personagens entrevistados/observados; e o compromisso com a observação empírica controlada, instigadora de uma interpretação heurística da experiência humana.*”(Duarte, 2004:128) são suficientes. Essas questões éticas estão relacionadas ao direito individual.

Entretanto, o autor acentua que o trabalho de pesquisa deve revelar as propriedades fundamentais do sistema social pesquisado e suas contradições devem ser evidenciadas. E nesse ponto, para ele o que ocorre não é um problema ético quanto à preservação da individualidade, e sim um problema ético “*em relação a um segmento corporativo, profissional e institucionalizado da nossa própria sociedade.*”, referindo-se às instituições e às práticas médicas.(2004:129)

Antecipando Ceres (2005), Duarte questiona se o olhar antropológico sobre a Medicina deve ser balizado pelos mesmos regulamentos que a biomedicina se impôs para

⁴⁴ DSM: Diagnóstico de Síndromes Múltiplas

controlar a questão ética de suas pesquisas. Como é possível perceber pelos limites impostos para esta pesquisa que ora realizo, as palavras de Duarte são muito apropriadas, pois são preocupações que:

“emergem no âmbito da grave, delicada e ampla questão da relação entre uma antropologia dos fenômenos médicos e uma bioética. Trata-se certamente de uma problemática que não pode ser descartada. Na pior das hipóteses, ela terá servido para aguçar nossa consciência da necessidade de resistir a uma subordinação irrefletida aos movimentos ideológicos hegemônicos, sejam eles quais forem”. (Duarte, 2004:129)

Creio que seria interessante comentar que dentro mesmo do sistema médico já existe um questionamento quanto à validade de aplicação dos modelos americanos de classificação de doenças. Cito aqui a defesa de tese de doutorado de realizada na Faculdade de Medicina da USP em 2005 que, considerando a questão cultural brasileira, fez um estudo com médiuns espíritas kardecistas, quando esses praticam a mediunidade em situação de controle e estudo. Essa tese provou que a aplicação pura e simples dos modelos acusaria esta categoria como doentes mentais, ou no mínimo possuindo distúrbios mentais. A argumentação foi exatamente contrária a esse resultado, pois considerando o aspecto cultural e o modo de vida dessa amostragem o autor a considera saudável e normal. Este trabalho, *Fenomenologia das Experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas*, desenvolvido pelo psiquiatra Alexander Moreira de Almeida também faz parte do contexto desta pesquisa.

1.2 - Minha inserção no campo

O último evento do ano de 2004 promovido pela Associação Médico-Espírita do Estado A aconteceu no dia 20 de novembro, um sábado, às 20 horas, no Teatro da Federação Espírita do mesmo Estado. O anfiteatro estava lotado, com pessoas sentadas inclusive nas escadas laterais da platéia e em pé, nas áreas de circulação. A temática do simpósio - *Interferência Espiritual nos Transtornos Mentais* - foi apresentada por profissionais da saúde de um hospital espírita da região. Este certamente foi um dos eventos que me aproximou daqueles que seriam mais tarde alguns de meus informantes.

Entretanto, para situar minha posição no campo de pesquisa, faço um pequeno relato sobre a experiência que tive como voluntária em um hospital espírita, com atividades semelhantes às apresentadas neste simpósio, onde acompanhei as tarefas voluntárias realizadas por minha mãe, desde os meus 13 para 14 anos. Era o ano de 1985, quando pude

observar a transição da diretoria de tal instituição, passando esta a ser dirigida por profissionais da saúde e que eram praticantes do espiritismo. Esse hospital a que me refiro é um hospital de atendimento psiquiátrico e para pessoas com dependência química. Os pacientes internados, a partir desse momento, permaneciam de 3 a 6 meses internados, não mais que isso. Quando os pacientes estavam próximos da época de receberem alta hospitalar, podiam sair de licença nos finais de semana para uma reaproximação gradual com os familiares. Hoje percebo que essa reformulação foi claramente um reflexo dos estudos de Foucault (1973-1974)⁴⁵, que gerou o movimento contrário ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos, onde antes os internos eram “esquecidos por seus familiares” e essas instituições eram identificadas como “instituições totais” (Goffman, 1961)

Voltando à minha trajetória, neste hospital espírita acompanhava minha mãe no que ela chamava de “Seminários”, nos quais os internos ficavam sentados em círculo e um tema de interesse deles era tratado à luz da Doutrina Espírita. Temas como aborto, a discórdia no ambiente familiar, as conseqüências do uso de drogas e álcool, até mesmo sobre a responsabilidade sexual, eram abordados. Outras tarefas realizadas por ela, que também fazia questão de acompanhá-la, eram a organização de um coral e de pequenas apresentações teatrais para as datas comemorativas como o Natal, por exemplo. Com o tempo passei a fazer atividades de recreação com os internos, sempre acompanhada de um auxiliar de enfermagem. Continuei participando das atividades e observando sempre atentamente o comportamento dos internos, do que muitas dúvidas surgiram. Como por exemplo, se a loucura realmente existia ou se era uma forma de evitar o confronto com os reverses da vida? Mas, observando com mais profundidade, tornava-se difícil verificar a segunda hipótese, porque os internos, principalmente os recém chegados geralmente eram tão medicados para conter a agitação que perdiam o senso da realidade por um tempo, ficando com a pele seborréica e um olhar inexpressivo, alguns completamente alheios. Com o passar do tratamento e alguma melhora era possível constatar que já havia nexos na fala deles e que nos “seminários” faziam perguntas que envolviam suas realidades. Compreendia-se, então, que a loucura era intercalada por momentos de lucidez. A principal

⁴⁵Os estudos de Foucault chegaram nas universidades brasileiras no final da década de 1970 e tiveram o seu reflexo nas instituições hospitalares em toda a década de 1980, culminando com a Reforma Psiquiátrica em 1994. Um dos textos que utilizei foi *O poder psiquiátrico*, no qual ele trata do movimento antipsiquiatria e despsiquiatrização, In: *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*.

questão era: “Por que era preciso medicar tão fortemente no começo do tratamento?” Isso fez com que eu começasse a olhar não só o modo de agir dos pacientes, mas, também o dos médicos, psicólogos e enfermeiros, na tentativa de entender um pouco mais como funcionava esse sistema.

Mesmo depois que minha mãe afastou-se, por sua saúde ser frágil, das tarefas nesse hospital espírita, continuei a realizar atividades voluntárias por lá. Cheguei a ter compromissos 4 vezes por semana, entretanto com os estudos e depois a faculdade de Jornalismo, fui gradativamente diminuindo a frequência, e nos últimos 2 anos de minha permanência consegui participar apenas uma vez por semana à noite, em uma atividade chamada “Momento de Reflexão”, na qual os pacientes eram convidados para a leitura de uma mensagem, e por meia hora, aproximadamente, a temática era comentada. Foram 11 anos, contando desde quando eu acompanhava minha mãe mais o tempo que decidi continuar por conta própria. A relação com os demais voluntários sempre foi amistosa e muitos deles acabei reencontrando nos eventos que participei para realização desta pesquisa. Essa proximidade com os voluntários facilitou a condução das conversações para que eu pudesse observar todas as atividades desenvolvidas por eles no hospital escolhido. Por ser espírita consegui ser aceita para observar o que eles chamam de “trabalho de *desobsessão*” - um dos trabalhos com maior dificuldade de acesso, realizado somente para médiuns muito treinados e experientes. Segundo o coordenador da equipe desta atividade, a preocupação quanto à presença de uma pessoa externa ao grupo mediúnico é que esta pode acarretar a alteração do campo energético do trabalho, dificultando as “comunicações” dos *espíritos*. Entretanto, eles consideraram que eu não era uma estranha propriamente, pois havia feito curso regular sobre estudo da mediunidade no centro espírita que frequentava, com duração de 2 anos, e conhecia um ambiente hospitalar semelhante. Considerando essa minha experiência e me alertando quanto à gravidade dos casos tratados ali, eles autorizaram minha presença.

Assim, ganhei novo fôlego, pois de alguma forma poderia realizar a etnografia e compará-la com os trabalhos desenvolvidos por: Cavalcanti (1983) que trata da cosmologia, do sistema ritual e também da noção de pessoa no Espiritismo, Greenfield (1999) que aborda as questões das cirurgias espirituais ou por Puttini (2004) que discorre sobre as

relações de poder em instituições híbridas, isto é, médicas e espíritas ao mesmo tempo. Estes são os autores que abordam temas mais próximos ao desta pesquisa.

Estranhamente essa mesma aproximação do campo não facilitou em nada a observação da prática do médico-espírita na instituição pesquisada: foram oito meses de negociação, pelo menos quatro projetos de pesquisa escritos de maneira a me enquadrar em todas as exigências do comitê de ética da instituição, atendendo as preocupações do diretor clínico e do assessor de diretoria. Mesmo citando Puttini (2004), com o intuito de demonstrar que era possível a observação da clínica médica, escutei: “Da onde eu havia tirado aquela idéia. Observar um atendimento psiquiátrico é como ouvir a conversa em um confessionário, o psiquiatra é como um sacerdote”. Ou seja, foi utilizada uma restrição ético-religiosa católica na tentativa de barrar uma observação científica. Há aqui uma aceitação do silêncio do confessionário transposto para a atividade científica que deve ser intersubjetiva, e na medicina deve haver algum controle intersubjetivo senão a comunidade não tem como avaliar se é uma prática dentro dos cânones e protocolos estipulados pela academia de medicina. Em todo caso, à parte do abuso de autoridade deste episódio, minha hipótese para tal restrição, além do corporativismo médico, é que o histórico de perseguição aos “médiuns receitistas”, no séc. XIX e início do séc. XX, ainda gera atitudes reflexas de defesa no comportamento atual, isto poderá ser compreendido no próximo capítulo, onde trabalho com alguns elementos históricos. O sugerido então foi que eu me contentasse com o que os voluntários do atendimento espiritual haviam me liberado para observar e, para os médicos, eu poderia elaborar um questionário para aplicação entre aqueles que quisessem participar, sem obrigatoriedade. Certamente fiquei decepcionada. Estava voltando à estaca zero, como fazer etnografia nestas circunstâncias?

1.3 -Condições da observação

Retomei a literatura acadêmica para procurar uma solução e reelaborar os objetivos da pesquisa. Foi então, a partir da perspectiva que entende o discurso como atuação prática (Foucault, 1997 [1970-1982]), que optei por ampliar o campo de observação abarcando outras especialidades médicas. Desta forma, os grupos de estudos e os eventos promovidos pela Associação Médica do Estado A, as Jornadas de Estudos promovidas por hospitais espíritas deste mesmo Estado e também, buscando uma visão mais geral da categoria, um

evento da Associação Médico-Espírita do Brasil, passaram a fazer parte do contexto de observação. Paralelamente a isto, 12 médicos-espíritas aceitaram participar da entrevista, sendo que: cinco deles trabalham no referido hospital, três deles além da atividade clínica são também professores universitários, um é plantonista de pronto socorro de um hospital geral, e outro é médico de um posto do SUS 24 horas, e outro ainda atende em uma clínica particular. Apesar de mencionar tudo no masculino, como forma de generalizar e dificultar a identificação, há um equilíbrio de gêneros nas entrevistas. Oportunamente durante o processo de pesquisa ocorreu a defesa de tese de doutorado de um psiquiatra-espírita no Estado B, o que considerei importante acrescentar à minha observação.

1.4 – Literatura de apoio

Para aprofundar os questionamentos do período em que fui voluntária, procurei ler etnografias que acrescentassem novos elementos para reflexão. Na análise antropológica, a definição de saúde e doença é gerada por um fator social, pois em vários textos fica evidente a relação da ausência ou ineficiência do Estado no atendimento médico da população, gerando muitas vezes a busca por tratamento alternativo de saúde, incluindo as terapias religiosas. Esses trabalhos remetem à falta de recurso financeiro e de instrução como a causa para a criação de redes paralelas de solidariedade e de atendimento a população. As interações culturais e religiosas, nesse sentido, visam ocupar um espaço negligenciado por práticas convencionais.

Loyola (1984), em *“Médicos e curandeiros, conflito social e saúde”*, estuda o que designou de ‘itinerários terapêuticos’, o percurso realizado por moradores do Bairro Santa Rita em Nova Iguaçu, subúrbio do Rio de Janeiro, em busca da cura. Neste processo, ela analisa a participação dos agentes religiosos e observa que:

“Apenas uma parte da população é atendida pelo INAMPS, que garante uma assistência gratuita aos que podem contribuir. Assim, a grande maioria dos habitantes de Santa Rita é obrigada a se tratar sozinha ou a recorrer ao auxílio terapêutico local, oferecido pelos curandeiros e especialistas religiosos católicos, protestantes e espíritas”
(1984:10)

Loyola explica em um artigo posterior, quais fatores auxiliam na definição desses trajetos:

“A afluência aos locais de culto das diferentes religiões depende, em grande parte, do que igrejas e terreiros oferecem a seus fiéis ou clientes: assistência médica e jurídica, distribuição de alimentos, centros de lazer ou de encontro de jovens, e cerimônias rituais que constituem igualmente momentos importantes da vida social”.(1987:39) ou (1984:178)

E completa definindo que essa relação dá preferência ao que é concreto:

“A invisibilidade dos aspectos cognitivos e a visibilidade dos aspectos rituais estão em harmonia com o habitus dessas frações das classes populares, pouco instruídas, habituadas a trabalhar com o corpo e a conhecer o mundo por seu intermédio e que preferem, como diria Lévi-Strauss, a ciência do concreto às racionalizações abstratas”. (Loyola, 1987:39)⁴⁶

Para os seus informantes:

“a doença é considerada, no conjunto dos problemas da vida e da morte, como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle do homem. Algo que no limite é produto de forças naturais ou, mais comumente, de Deus. [...] É o espírito que fornece ao corpo a energia vital, daí sua importância para o estado de saúde. Não há saúde no corpo sem saúde da alma”. (Loyola, 1987:35)

Loyola afirma que para a população de Santa Rita (Estado do Rio de Janeiro), existem duas categorias principais de doenças: “doenças do corpo” e as “doenças da alma”, ou como ela traduz, doenças materiais e doenças espirituais, acrescentando que: *“Como esta classificação é baseada na experiência prática, os limites entre as diversas categorias são muito tênues.”* (1987:37) Afirma ainda que para essa clientela a medicina científica é uma dentre outras ofertas médicas, mas não necessariamente a melhor ou mais legítima, o que dificulta a relação médico-paciente.

A autora constata que os médicos que participaram da sua pesquisa atribuem as doenças ao subdesenvolvimento do País ou mais precisamente às precárias condições de higiene e de nutrição da população atendida que, segundo eles, é consequência de uma escolarização fraca ou nula.

Loyola classifica os médicos em três tipos: a) os médicos-administradores; b) os médicos do INAMPS; e c) os médicos populares.

Os médicos-administradores, apesar do pouco contato com os especialistas da medicina popular, propõem a integração desses especialistas ao sistema oficial de saúde, conforme um dos esquemas produzidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde). Para

⁴⁶ Maria Andréa Loyola, “Medicina Popular: Rezas e Curas de Corpo e Alma”, Revista Ciência Hoje, nº 35, vol. 6, SBPC, Rio de Janeiro:1987.

eles, essa integração “*apresenta a dupla vantagem de trazer uma solução quantitativa à insuficiência dos recursos médicos e de neutralizar a medicina popular, submetendo-a ao controle sistemático do corpo médico*”.(Loyola, 1984:22)

Os médicos do INAMPS, que hoje são correspondentes aos do SUS, lidam mais diretamente com uma clientela que também recorre a diferentes especialistas populares. O comportamento dos doentes das classes populares tende a lembrar ao médico a situação de concorrência em que ele se encontra em face da medicina popular.(1984:23) O que resulta em uma relação assimétrica entre o médico e o paciente. Para os médicos “... *grande parte da responsabilidade pelos altos índices de mortalidade e/ou incidência de certas doenças é transferida para os agentes da medicina popular*”. (1984:25). Entretanto, a pesquisadora afirma que: “... *a representação interessada da ignorância popular contribui também para justificar a medicina simplificada que é oferecida a essa clientela*” (Loyola, 1984:24)

Essas relações mostram a luta pelo poder que existe entre as diversas formas terapêuticas na disputa pela preferência dos pacientes.

A descrição da autora sobre os médicos populares ou particulares foi o que mais me chamou atenção. A mediação feita por esse ator é semelhante a que encontrei nos médicos espíritas, pelo menos conceitualmente⁴⁷. De origem local e do mesmo meio da clientela, eles exercem sua atividade em consultórios próprios ou em instituições: religiosas e sindicais que oferecem assistência médica. “*Como o preço de suas consultas é em geral bastante inferior ao dos outros médicos, são por eles [os doentes das classes populares] considerados, freqüentemente, como desviantes em relação ao modelo da prática médica dominante*”.(Loyola,1984:25).

A autora salienta que esses médicos compartilham inclusive da crença dessa população, que em sua maioria se definem como espíritas⁴⁸. Mas, conceitualmente, os médicos populares fazem a mediação entre o sistema científico e o sistema religioso utilizando os códigos da medicina erudita e o das classes populares.

“A especificidade da prática dos médicos populares reside em larga medida no fato de aceitarem a participação dos doentes na elaboração do diagnóstico e, principalmente, no conhecimento que possuem das categorias, da linguagem e das representações de sua clientela a respeito da doença”.(Loyola, 1984:29)

⁴⁷ Puttini (2004) também se refere a esta semelhança. Ele ressalta que na observação que realizou pode constatar a ambigüidade dos agentes com relação a sua própria religiosidade.(2004:261)

⁴⁸ Este termo, pelo menos no âmbito da pesquisa de Loyola, serve para designar tanto kardecistas como umbandistas.

Loyola acrescenta ainda que: *“a ambigüidade do discurso mantido pelos médicos particulares está ligada à própria ambigüidade de sua prática e de sua posição, na fronteira entre dois sistemas que do ponto de vista da própria medicina se excluem mutuamente: o sistema científico e o sistema religioso”*.(1984:30)

A autora utiliza o conceito de *habitus*⁴⁹ de Pierre Bourdieu para fazer a análise do assunto e conclui que *“o habitus religioso que os médicos populares integram à sua vocação médica opõe-se de maneira irremediável ao habitus médico”*.(1984:31)

A descrição de Loyola sobre o médico popular me parece a de um tipo ideal, sem muitas descontinuidades, uma interpretação possível para este fato seria a de que eles surgem em decorrência de um projeto de ascensão social, como diria Russo (1993), e não exatamente pelo aspecto da caridade ou uma aptidão inata, apesar da perfectividade do modelo descrito: *“Esta relação [médico popular e classes populares] caracteriza-se principalmente pelo fato de se inspirar numa representação paternalista do médico – personagem caridoso e solidário”*. (1984:28).

A partir da constatação do aspecto social da doença e também das diversas relações possíveis entre médicos e pacientes, incluindo aqui a possibilidade de controle por parte da medicina oficial sobre as medicinas populares, é possível notar a existência de uma mediação, nem sempre desejada, que coloca em relação os sistemas científico e religioso. O papel do médico popular parece ser o de quem efetiva essa mediação com mais facilidade por dominar os dois códigos. O que importa perceber aqui é que o êxito da mediação está relacionado com a capacidade de compreensão dos códigos daquilo que está sendo mediado. Na pesquisa de Loyola essa mediação se dá a partir da compreensão da linguagem, da significação cultural dos discursos, e também a compreensão da realidade de vida dos moradores de Santa Rita. O controle puro e simples torna-se ineficaz sem esse conhecimento, pois sempre é possível burlá-lo. Com o pretexto de considerar as classes populares ignorantes, subestima-se a capacidade de percepção e de reação dessas, que

⁴⁹Em uma extensa nota de rodapé da página 30, Loyola (1984) explica esse conceito a partir da leitura de Bourdieu (1974) e também cita Miceli, quando este afirma que *“O habitus vem a ser, portanto, um princípio operador que leva a cabo a interação entre dois sistemas de relação, as estruturas objetivas e as práticas. O habitus completa o movimento de interiorização de estruturas exteriores, ao passo que as práticas dos agentes exteriorizam os sistemas de disposições incorporadas”*. Eu completo esse raciocínio citando o próprio Bourdieu: *“O habitus permite descobrir a coletividade no âmago da individualidade sob a foma de cultura – no sentido mais subjetivo da cultivação” e mais adiante “e o que faz o criador participar de sua coletividade, de sua época e, sem que este tenha consciência, orienta e dirige seus atos de criação aparentemente mais singulares”*. (1974:342)

acabam novamente formando redes paralelas, estabelecendo relações onde se sintam respeitadas, como demonstrou a autora no decorrer da sua pesquisa.

A hipótese, a partir dessa leitura, é que atualmente os médicos-espíritas parecem ser em maior número proveniente da classe média, com repertório cultural mais elaborado, o que naturalmente os distancia da população mais carente. Assim, o que pergunto é como eles realizam a mediação ciência e religião: nos mesmos moldes do médico popular, afirmando o lado da caridade, do amor ao próximo; ou buscando aproximar-se da ciência, bavalizando cientificamente alguns aspectos religiosos, como sugere Puttini (2004)?

Outra opção oferecida pela leitura desse texto é fazer o caminho inverso, ou seja, verificar qual o itinerário do terapeuta, procurando compreender em quais circunstâncias os médicos-espíritas acionam o código espírita, e em quais acionam o código médico ou ambos, observando quais as formas de classificação das doenças neste contexto.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, porém com uma etnografia mais focada no sistema religioso, temos Paula Montero (1985), que em seu livro “*Da doença à desordem: a magia na umbanda*”, opera com as categorias de ‘terapia religiosa’ e ‘cultura popular’, analisando a lógica da produção do discurso popular sobre doença, nos terreiros de umbanda da Grande São Paulo. Ela confronta o discurso hegemônico da medicina oficial com o discurso popular da magia nas terapêuticas da umbanda, buscando apreender, a partir do ponto de vista do paciente, como este interpreta simbolicamente a doença e como ele articula esta concepção com as informações médicas. Ela conclui que a importância da cura neste contexto é complexa, estando além da simples supressão de distúrbios orgânicos. Para ela, “*analisar as concepções populares da doença é ao mesmo tempo compreender de que maneira se articulam no campo da saúde as relações entre classes*”(Montero, 1985:74). E desta forma ela procura compreender de que maneira a atuação terapêutica mágico-religiosa inverte o processo de medicalização progressiva dos conflitos sociais ou ao menos a eles resiste.

Concordando com Loyola (1984), Montero (1985) considera que a persistência da “medicina popular” em grandes centros urbanos é uma reação popular à prática autoritária da Medicina Científica. Assim, as representações religiosas da doença e as técnicas mágicas de cura aparecem como um “universo de conhecimento alternativo ao saber médico”. Isto porque segundo ela o “universo religioso” é capaz de incorporar e reinterpretar a linguagem

popular dentro de um contexto mais abrangente que o oferecido pelo sistema médico. (Montero,1985:85)

A problemática que aqui se instala é quando se pode observar em um mesmo espaço terapêutico tanto o tratamento médico quanto o religioso, e mais ainda quando temos um mesmo profissional gerenciando essas duas formas terapêuticas ao mesmo tempo. Como compreender o papel do médico-espírita e dos hospitais espíritas⁵⁰? Seriam eles capazes de oferecer algo além do que prescreve a medicina?

Em sua pesquisa Montero afirma que “*o discurso médico, pela lógica que lhe é inerente, não é capaz de produzir sentido pela simples associação de queixas que se justapõem*” (1985:90). Ela completa ainda que, “*a natureza da anamnese médica não leva em conta, senão de maneira secundária, a associação sintoma/vida pessoal, já que a ação médica está voltada para a supressão das causas orgânicas dos distúrbios, respondendo aos problemas do paciente com receitas e remédios*”.(Montero, 1985:97)

No discurso dos adeptos, “*os sinais da doença só adquirem sentido enquanto indicadores de morbidez na medida em que seu aparecimento acarreta conseqüências nefastas para a continuidade do trabalho e da ação cotidiana*”.(Montero, 1985:91) O que obriga o sujeito a alterar a capacidade ordinária do uso instrumental do corpo, ou seja, quando interfere na capacidade de trabalho. Inversamente, o discurso sobre a cura se constrói em torno da retomada da vida ativa.

Ao analisar o discurso religioso sobre doença, Montero constata que ele favorece a explicitação da experiência do doente ao produzir sentido a partir da associação sintoma-desorganização da vida. A autora conclui que o “*discurso religioso trabalha em continuidade com a experiência concreta e subjetiva que o sujeito tem de sua doença, enquanto que a Medicina produz uma ruptura entre o vivido e sua interpretação*”.(1985:98)

A ambigüidade nos discursos dos médicos populares constatada por Loyola (1984) e também a ambigüidade observada por Montero (1985) no sistema religioso mediúnico, trazem a reflexão sobre se esta seria uma característica do papel dos mediadores, como irei procurar verificar na etnografia. A mesma idéia de ambigüidade reencontrei em Puttini, quando ele diz que: “*certamente no interior de um hospital psiquiátrico espírita, em razão*

⁵⁰ Quanto aos hospitais espíritas ver Puttini, 2004.

principalmente da figura do médico-espírita, essa dicotomia inclina-se a um discurso ambíguo em razão do uso de conhecimentos médicos e religiosos concomitantes".(Puttini, 2004:30).

Montero (1985) buscou analisar exatamente esse *locus* onde o simbólico e o científico de alguma forma devem fazer sentido para que o tratamento tenha êxito, dentro do contexto da Umbanda, partindo da perspectiva do paciente. Penso esse *locus* a partir do médico-espírita e desta forma, procuro verificar a hipótese de que a prática médico-espírita oferece uma mediação entre os extremos do discurso puramente médico e do discurso puramente religioso. E nesse sentido, procuro entender o papel de mediador do médico-espírita entre ciência e religião, ao construir o campo simbólico com os elementos da Medicina e os da Doutrina Espírita.

Outra pesquisadora dessa relação médico-paciente citada por Montero, é Maria da Glória Ribeiro da Silva (1976), que em seu livro "*A prática médica: dominação e submissão*", aborda a precariedade das tentativas de educar e orientar para a saúde, que esbarram com condições de vida que impedem o cliente de seguir corretamente a orientação médica. Essa etnografia foi realizada acompanhando o atendimento aos diabéticos das camadas populares, tendo concluído que os conselhos médicos dados aos grupos que sofrem desse mal abstraem o paciente de suas condições reais de existência e falam da doença e do tratamento em termos universais, genéricos. A autora observou que no momento da triagem, o assistido é desqualificado como indivíduo capaz de perceber e expressar sensações, cabendo ao médico, única e exclusivamente, a decisão sobre saúde/doença do paciente e normatizar o tratamento. Essa verificação de uma relação de autoridade também é confirmada em Loyola (1984).

Tanto em Silva (1976) como em Montero (1985), constata-se a possibilidade de acompanhamento da prática médica como forma de observação etnográfica para a pesquisa, o que foi impedido no âmbito do atual estudo. Revelando esse fato outras facetas das relações de autoridade e poder que permeiam o campo médico.

Esse conjunto de questões tem sido objeto de pesquisas na área da Antropologia, porém geralmente focalizando a relação religião e medicina na perspectiva do paciente. Seja acompanhando o itinerário terapêutico dos pacientes e a experiência da doença envolvendo a questão da crença dos mesmos, tanto na medicina como também na religião,

na busca da cura; seja analisando as diversas formas como cada crente estabelece a concepção de doença a partir da relação com o sagrado⁵¹. Todos esses exemplos evidenciam que a relação medicina e religião tem sido pesquisada amplamente da perspectiva do paciente, porém verifica-se a escassez de estudos da perspectiva médica. Sugiro que isto se deva a conflitos de ordem ética em alguns casos e de ordem pragmática em outros.

Esses dois trabalhos, o de Loyola (1984) e o de Montero (1985), são importantes no sentido de contextualizar uma década de mudanças na prática médica. A presença dos textos de Foucault dentro das academias de medicina e também das de psicologia de todo o Brasil provocou várias reflexões sobre a prática médica, sobre a institucionalização do aprendizado de medicina e também uma grande reflexão sobre as instituições asilares⁵², principalmente os sanatórios e manicômios. As primeiras repercussões neste sentido datam da década de 1970. Entretanto, no Brasil, a década de 1980 foi a que trouxe mudanças fundamentais nos objetivos das instituições hospitalares. O hospital que faz parte deste trabalho teve seu momento de adaptação a partir do ano de 1984 aproximadamente, submetendo-se às novas diretrizes produzidas a partir da reflexão dos estudos de Foucault.

Duarte faz uma revisão da linha de pesquisa que trata da experiência da doença nas camadas populares. Conclui que a partir da “noção de pessoa”, proposta por Mauss, e da categoria “indivíduo”, destacada por Dumont, várias etnografias foram realizadas explorando o esquema indivíduo/pessoa para a compreensão da experiência da saúde/doença. Essas etnografias, segundo ele, tentam “*responder aos graves desafios apresentados pela relação entre as representações individualizadas ou individualizantes dos agentes da biomedicina e as representações holistas dos pacientes dos ambulatórios clínicos, hospitais e demais serviços de saúde públicos*”.(2003:177)

⁵¹Dois estudos de casos, que utilizam a noção de pessoa em sua interpretação, podem ser citados: Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares, de Miriam Cristina Rabelo (1983) – o caso de Adelize - e O doutor e a Pomba-gira: um estudo de caso entre psiquiatria e umbanda, de Patrícia Guimarães (2001) – o caso de Alzira. Esses textos trazem implicitamente a mediação feita pelas pacientes, seja essa mediação eficaz ou não ela coloca em relação os códigos aqui pesquisados: ciência e religião.

⁵²Um desses trabalhos de reflexão *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*, de J. A. Guilhon Albuquerque (1978) se remete aos estudos de Foucault, também aborda o contexto de doença mental. Já da década de 1980, pode-se citar Marlene Guirado, *Instituições e Relações Afetivas, o vínculo com o abandono*.(1986), *Psicologia Institucional* (1987). E também de Guilhon (1986) *Instituição e Poder*. Esses textos permitem uma análise dos agentes institucionais e as relações de poder dentro dos diversos modelos institucionais, muitas pesquisas da sociologia se referem a esse modelo de análise.

Esse autor ressalta ainda que no Brasil o esquema analítico indivíduo/pessoa foi associado a alguns aspectos da obra de Foucault, tal como citado anteriormente, sendo, a meu ver, a Reforma Psiquiátrica um ponto exemplar dessa relação. Para Duarte (2003), as obras Foucault que tiveram maior repercussão na antropologia foram: *A história da loucura*, uma reflexão sobre a emergência do sujeito moderno e suas instituições; *Vigiar e punir* e *História da Sexualidade I* são investigações sobre os mecanismos ideológicos e políticos da constituição dos sujeitos modernos. Duarte destaca também um artigo de Foucault escrito com Richard Sennet (1981), *Sexuality and solitude*, no qual ele considera ser possível “*ler uma explícita contribuição ao conhecimento da complexidade das formas da pessoa na tradição ocidental, numa verdadeira genealogia do ideal do indivíduo*”. (Duarte, 2003:179)

Neste mesmo artigo, este autor salienta a importância da confluência da linha de pesquisa sobre saúde/doença com os estudos sobre “religião”. Para ele:

“... essas duas dimensões da vida social mantêm íntimos entrelaçamentos, tanto pelo lado das estruturas cosmológicas a que correspondem necessariamente, quanto pela integração prática em “sistemas de cura” e “trajetórias terapêuticas”, em que fatos vividos como religiosos se misturam a fatos vividos ou classificados como médicos, psicológicos ou psiquiátricos”. (Duarte, 2003:180)

Sob este aspecto gostaria de citar o que Miceli, na introdução de *A Economia das Trocas Linguísticas*, de Pierre Bourdieu, chama de “*solidariedade estrutural entre os diferentes níveis da atividade social*”(Miceli.In: Bourdieu, 1996:11). Penso que o médico-espírita enquanto mediador cultural aproxima da medicina hegemônica no mundo ocidental elementos do que Cavalcanti (1983) chamou de o “Mundo Invisível”, como poderá ser visto no capítulo etnográfico.

Refletindo a partir dessa literatura, encontro necessariamente ciência e religião sendo mediados pelo paciente. O que me proponho analisar é exatamente como fica essa relação ciência e religião quando mediada por médicos-espíritas.

1.4.1- Literatura Específica

Aqui pretendo rever os textos que tenham alguma ligação mais profunda com o tema desta pesquisa, ou seja, com a atuação dos médicos-espíritas. Três textos são fundamentais para minha análise: Cavalcanti (1983), Greenfield (1999) e Puttini (2004).

A pesquisa da antropóloga Cavalcanti (1983) é uma importante fonte bibliográfica. Isto porque, antes de observar a relação médico-paciente, é necessário entender a cosmologia espírita.

Em seu livro *O Mundo Invisível*, a autora faz uma análise do Espiritismo enquanto Sistema Religioso, tornando mais compreensível o seu sistema ritual, que para ela é composto de três pólos: o estudo, a caridade e a mediunidade. Na etnografia, constata a ênfase intelectual como característica dessa religião: a valorização da investigação racional, e da pesquisa experimental. A caridade e a mediunidade são vistas como momentos de relação com o outro, seja ele encarnado ou desencarnado, e essa relação é vista dentro de um caráter cristão - aqui novamente a noção de mediação agora aparece entre os mundos espiritual e material, que podem ser entendidos como um mesmo espaço ocupado por dimensões diferentes.

A caridade, pelo menos nos textos disponíveis nos sites das associações médico-espíritas, aparece como uma das atuações do médico-espírita, e até explica a existência de muitas das instituições médicas serem espíritas. Assim, a caridade é o momento de relação com o outro para burilamento próprio, ou seja, nesse contato aprende-se a humanização e aperfeiçoa-se o próprio comportamento.

"Os grupos de tarefa nas Associações precisam atender bem ao ser humano ao qual assistem. Não só ao pesquisador e profissional, mas, antes de tudo, ao ser espiritual. Podem até cumprir o grande papel de levar a ciência da alma aos meios acadêmicos, constituírem-se em um grande conglomerado de trabalhadores da saúde, a serviço da área médica e espírita, sem posturas político-partidárias quaisquer, tendo como grande lema o ideal cristão do Amor; mas, se esse movimento não transformar seus membros em verdadeiros homens de bem, ter-se-á, mais uma vez, no desenrolar da história, perdido o sentido real da Vida Superior. Para isso, é preciso articular tarefas de cunho evangélico-doutrinário, que visem a reflexão íntima, possibilitando à pessoa perceber-se em suas dificuldades, ofertando-lhe elementos de auto-ajuda, com base na grande cartilha da vida, que é o Evangelho de Jesus. O profissional deve ser convidado a participar de atividades assistenciais, auxiliando aos mais necessitados, em um exercício progressivo da caridade.

*"Assim, ao lado da tarefa de pesquisa e estruturação de modalidades holísticas de terapia, as Associações devem promover essas atividades, **não se esquecendo de que Evangelho é o grande tratado da Ciência do Amor, matéria fundamental para o verdadeiro processo de cura do Espírito.**"⁵³*

⁵³ Texto Publicado no Informativo Nº2, do periódico *Medicina e Espiritualidade*, da AME-BR.

Cavalcanti (1983) conclui que o estudo e a caridade para os espíritas também são tarefas mediúnicas, pois um *médium* desenvolvido obrigatoriamente pratica a caridade e estuda regularmente. Num sentido mais amplo, para a autora, toda tarefa espírita pode ser considerada caridade quando signifique um serviço de amor ao próximo. De onde ela acrescenta que:

“Caridade refere-se assim preferencialmente à relação espíritas-pobres, a uma relação de reciprocidade entre desiguais não só no plano moral como social. De um lado, estão os espíritas que ‘dão’, ‘esquecem-se de seu eu’, dedicando-se ao Bem, e ao fazê-lo ajudam não só o outro como a si próprios, ‘ganham pontos’ para outra encarnação. De outro lado, os pobres que ‘recebem’ não só a ajuda concreta como a oportunidade de tornar aquela existência de provações o início de sua redenção”. (1983:66)

Seguindo em sua análise etnográfica, Cavalcanti (1983) afirma que a caridade é uma cura de si mesmo através do outro e segue relacionando caridade, doença e carma:

“No Espiritismo, as doenças que implicam um defeito físico são geralmente vistas como cármicas, produto de más ações e simultaneamente punição e redenção de crimes e maldades cometidos em vidas pretéritas. O paraplégico ostenta em seu corpo seu mau passado, é um símbolo vivo do carma, da reencarnação... Todos os homens redimem também nessa vida seu passado, e são também, em grau menor, sofredores e necessitados”. (Cavalcanti, 1983:70)

A autora conclui que:

“A caridade situa-se nesse cruzamento da afirmação de uma igualdade essencial e do reconhecimento de uma desigualdade moral que se sobrepõe por vezes a uma desigualdade social. Partindo do fato de que os homens são Espíritos encarnados, em evolução, e portanto imperfeitos, a caridade permite distinguir e hierarquizar, de maneira dinâmica e contextual, Espíritos (homens) mais ou menos imperfeitos” (1983:71)

Passando para a noção de pessoa no Espiritismo, Cavalcanti considera ser este o ponto de convergência de todo o sistema ritual. O Espiritismo concebe como sendo a reunião de três elementos: corpo, *perispírito*⁵⁴ e espírito. O *perispírito* é composto de duas partes: “uma, mais grosseira que a morte, destrói libertando o Espírito, e a outra, mais

⁵⁴ Puttini faz um estudo da relação perispírito e a noção de doença para o médico-espírita, da onde ele conclui que “No espiritismo, a relação médium e doença por obsessão traduz uma classificação das doenças perispirituais”. (2004:100)

sutil que o Espírito, o conserva". (1983:43). Adiante a autora descreve como se processa a relação desses três elementos:

"O Espírito, é o foco da vontade, do pensamento, onde se localiza a responsabilidade individual e o sentimento de culpabilidade. O perispírito, instrumento indispensável da ação do Espírito, é também, em sua parte mais espiritual, imperecível. O corpo e a parte mais grosseira do perispírito são perecíveis, e instrumentos necessários e indispensáveis em apenas determinadas fases da vida do Espírito". (1983:43)

Essa explicação sobre a noção de pessoa no Espiritismo será muito importante para compreender como o médico-espírita elabora a noção de saúde e doença, considerando este referencial de constituição de seus pacientes.

No eixo diacrônico, com a noção de *reencarnação* aparece um segundo ponto onde os médicos-espíritas podem buscar justificativas sobre os estados de saúde ou doença, e nesse aspecto pretendo observar o quanto essa justificativa foge para um imaginário de conjecturas e o quanto eles buscam apoiar-se em opções científicas e de que maneira o fazem. Porém, é quando Cavalcanti comenta sobre o eixo sincrônico que se pode verificar onde distúrbios mentais e espiritismo podem estar ligados:

"No eixo da sincronia, o permanente confronto do livre-arbítrio humano, por definição incompleto, com livres-arbítrios mais ou menos poderosos gera uma tensão entre uma imagem de um homem como instrumento relativamente passivo dos Espíritos, e do homem como guardando sua individualidade. (...) Na mediunidade essa tensão emerge com toda força. A obsessão atualiza a possibilidade de possessão, de aniquilamento do livre-arbítrio humano e representa, como vimos uma antiencarnação, um congelamento da evolução". (1983:138)

A percepção da pesquisadora do congelamento⁵⁵ ocorre em função de não existir, no Espiritismo, a idéia de que um espírito possa regredir, pois para essa Doutrina é impossível ocorrer, dado que isso fere uma lei universal que é a Lei do Progresso⁵⁶. Entretanto, o campo etnográfico de sua pesquisa não vislumbrou o espaço dos tratamentos de cura espiritual, tema muito relacionado com a mediunidade, mas não desenvolvido pela autora, como também constatou Puttini (2004:27).

⁵⁵Cavalcanti utiliza essa idéia para justificar que a evolução espiritual do obsediado fica parada durante o processo obsessivo.

⁵⁶Verificar bibliografia espírita: Kardec, *Livro dos Espíritos* - perguntas.362 a 372, 2002.

Quando Cavalcanti descreveu o “intelectual espírita” a autora explicou que esse é também um expositor, entretanto ele goza de renome no meio espírita e frequentemente viaja para realizar conferências, proferir palestras, além de escrever artigos para jornais espíritas e publicar livros.(1983:76) E aqui lembro que se na descrição de “médico popular”, de Loyola, é possível observar algumas características dos médicos-espírita, também a descrição do “intelectual espírita” fornece essa mesma indicação. Puttini, a esse respeito considera que o “intelectual espírita” também tem por objetivo abrir espaço em instituições médicas:

“O grupo de médicos espíritas escritores não desconhecendo as regras da corporação médica, cujo código de ética estrutura a legalidade das atividades médicas, propondo as práticas terapêuticas espirituais no campo da prestação de serviços de saúde - sabendo também não estarem isentos às sanções permanentemente expostas pela corporação médica e pelo Código Penal Brasileiro pelo fato de ainda não terem alcançado a legitimidade no plano ético da medicina e a legitimidade no plano legal-, lutam por legitimar as práticas terapêuticas inserindo-as no campo das ciências médicas. Nesse sentido, a importância dos intelectuais espíritas é abrir espaço ao espiritismo kardecista nas instituições médicas, contribuindo para a conquista de sua legalidade.” (2004:159)

Sendo assim, posso dizer que na observação etnográfica encontrarei algum tipo de diferenciação entre eles, gerando uma provável classificação quanto às atividades assumidas e desenvolvidas por esses profissionais.

Outra perspectiva que auxiliou na compreensão do contexto estudado partiu das pesquisas realizadas por Greenfield sobre as cirurgias espirituais. Ele acompanhou dois médiuns-curadores de renome no Brasil, o lendário José Pedro de Freitas, mais conhecido como Zé Arigo, e o médico Edson Cavalcante Queiroz, mais conhecido como Edson Queiroz. Ambos realizaram intervenções cirúrgicas⁵⁷, sob orientação de um mentor espiritual (Dr. Fritz⁵⁸) sem qualquer assepsia ou analgesia em lugares públicos. Para Greenfield, esses médiuns-curadores, assim como outros curadores espíritas, são encontrados em sua grande maioria em centros urbanizados, industrializados e

⁵⁷Não irei me reportar as cirurgias em si por considerar desnecessário este procedimento e também para poupar o leitor de indigestas narrativas.

⁵⁸ "espírito" de médico alemão em nome do qual certos "médiuns" afirmam poder curar moléstias de vários tipos através de incisões e retirada de materiais do corpo dos pacientes. As primeiras aparições registradas do "Dr. Fritz" datam do início da década de 1960 e causaram polêmica não apenas no meio médico, jornalístico e jurídico, mas também entre os líderes de instituições organizativas espíritas (Greenfield, 1992)

modernizados da sociedade. Este autor considera que este ator é um produto da modernização e do desenvolvimento da sociedade brasileira. (1999:20)

A não resistência quanto à observação etnográfica neste contexto foi de grande surpresa para mim, contrapondo-se aos obstáculos que tive na minha pesquisa. Expressões do tipo: “Não temos nada a esconder”, validaram a presença de Greenfield como observador.(1999:22). Dentre os dois médiuns observados, o que interessa em particular é a figura de Edson Queiroz, isto porque ele era médico graduado pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista em ginecologia. Entretanto, fora da clínica ele realizava curas espirituais, segundo a descrição de Greenfield, isto ocorria no auditório da Federação Espírita de Fortaleza no início da década de 1980.

Esse autor explica que Edson Queiroz atuava como *médium-curador*⁵⁹ e era médico ginecologista, isto em uma época onde os médicos-espíritas já se organizavam enquanto categoria em algumas regiões do Brasil. Neste contexto apresentado por Greenfield interessa apreender a noção da concepção de doença e a lógica das explicações fornecidas. Isto porque a explicação dele vai se aproximar sensivelmente àquela fornecida pelos médicos-espíritas através da apropriação de conceitos comuns seja da própria medicina ou da psicologia.

Partindo de uma noção de pessoa idêntica à apresentada por Cavalcanti (1983), a noção de doença, para este autor, é permeada pelas categorias de “Espírito”, “*Perispírito*” e “Corpo”. Entretanto, a partir da observação realizada por Greenfield este esquema se complexifica. Ele explica que :

“Quando um espírito se encarna, as partes correspondentes de seu corpo espiritual devem se acomodar exatamente, por meio do perispírito, às partes do seu corpo somático. Os pontos de junção no corpo somático são chamados plexo, uma rede de vasos sanguíneos e de nervos do sistema linfático. As partes correspondentes no perispírito são chamados chacras”.(1999:33)

A conclusão é que quando os plexos do corpo somático e os *chacras* do *perispírito* se unem adequadamente, diz-se que a pessoa está em perfeito equilíbrio com seus elementos. Segundo Greenfield (1999), as doenças podem ser causadas por “forças

⁵⁹ Pode ser entendido tanto como *médium receitista* ou como *médium* que realiza *cirurgia espiritual*, ou seja no corpo semi-material chamado *perispírito*.

eletromagnéticas” que perturbam este conjunto. Ele completa afirmando que há quatro modalidades de tratamento usadas pelos espíritas-curadores no Brasil: a *cirurgia espiritual*, *passes magnéticos*, doutrinação de espíritos (*desobsessão*) e a *cura fluídica à distância*. (35-41). Ele considera que todas essas atividades visam à conversão do favorecido para a crença que o curou. (1999:58,96)

Greenfield ressalta que os espíritas aceitam as lições da ciência e as valorizam muito, entretanto acreditam que esta é limitada, porquanto não levam em consideração o “mundo invisível” e a sua influência sobre o mundo material. Mais adiante ele comenta que os espíritas também aceitam a ciência médica, entretanto consideram que as doenças podem ter uma causa anterior até mesmo ao início da existência atual.

Assim, nas pesquisas de Greenfield (1999), o mundo material e o mundo espiritual são mediados por tratamentos de saúde: ora o paciente é tratado no plano material por um *médium* (que está sob a orientação de um mentor espiritual médico); ora o corpo mental e/ou espiritual do paciente é levado para o plano astral e atendido por um espírito-médico neste outro plano, atuando sobre o seu *perispírito*; ora recebendo energias diretas através do passe magnético ou indireta através da irradiação de pensamentos em seu favor. No caso das perturbações, Greenfield (1999) ainda salienta a *desobsessão*/doutrinação como forma de tratamento tanto do doente encarnado como do espírito causador da perturbação.

Essas formas de atendimento são consideradas parte da *terapêutica espírita*, esse autor conclui desta forma o objetivo é direta ou indiretamente a conversão dos assistidos. As observações feitas por Greenfield privilegiaram locais religiosos ou públicos, não vislumbrando que esses tratamentos também pudessem ocorrer dentro de instituições hospitalares. E quanto a esse ponto busquei em Puttini (2004) o respaldo para aprofundar a temática da atual pesquisa.

Puttini (2004) compreende o espiritismo a partir da abordagem de investigação empreendida por Giumbelli (1997), “*como uma categoria construída socialmente*”. Sob esse aspecto Puttini defende a hipótese de que:

“o espaço hospitalar administrado por espíritas é um local instituinte de estruturas sociais, que revela mais completamente o significado do espiritismo enquanto categoria pertencente ao campo religioso, nos termos propostos por BOURDIEU (1974). O problema do espaço da terapêutica mediúnica em espaços médicos passa a ser prioridade nesse estado da questão, quando se vê que as terapias espíritas praticadas no interior dos hospitais psiquiátricos, e, necessariamente, por médicos espíritas, estruturam discursos,

cuja semântica amplia o sentido do conceito de espiritismo kardecista no campo religioso.”(2004:31), grifo meu.

O que pretendo verificar é se a prática das terapias religiosas, considerando o seu caráter voluntário dentro dos hospitais espíritas, é realizada necessariamente, como afirma Puttini, por médicos-espíritas. Por minha experiência pregressa, referida no início deste capítulo, isso não ocorria. Pelo contrário, os médicos-espíritas sempre foram minoria nas atividades de atendimento espiritual, em quaisquer de suas manifestações. Quanto à atual pesquisa isso poderá ser constatado a partir da observação dos trabalhos realizados pelo Serviço de Assistência Espiritual (SAE) de um hospital espírita do Estado A.

Puttini cita Lewgoy (2000) e acrescento aqui Stoll (2003) quanto à importância do capital cultural no contexto do espiritismo, que se originou de uma tradição de cultura escrita. Puttini considera que:

“esse corpus literário é a composição elementar do capital cultural do profissional de saúde, que carrega valores de crença espírita, além dos valores incorporados pelas ciências médicas ... principalmente considerando-se a possibilidade da literatura estender-se à publicação de autoria de médicos espíritas, atualmente autores de teses espíritas igualmente importantes para análise da cultura espírita”.(Puttini, 2004:32)

Mais adiante o autor reforça o argumento de outros estudiosos como Cavalcanti(1993), Lewgoy (2000), Stoll (2003) de que a doutrina religiosa de Allan Kardec fornece uma estrutura para a produção de capital cultural pelo cultivo do *habitus* letrado, o que permite uma distinção simbólica das demais religiões mediúnicas.

Ao analisar alguns modelos explicativos produzidos por médicos praticantes do espiritismo, o autor conclui que os argumentos são de natureza híbrida, porém tendem a uma interpretação de viés religioso. Puttini acrescenta ainda que os trabalhos de fundo científico são voltados a uma teorização da terapêutica espírita, e não propriamente à prática medico-espírita: *“Na tentativa de fundamentar uma ciência espírita, os autores abrem mão de uma interpretação realista da ciência para o tratamento médico-espírita fora dos espaços médicos”* (Puttini, 2004:156). Para compreender o seu campo etnográfico Puttini analisa a cosmovisão kardequiana sobre doença estabelecendo a distinção deste significado do utilizado pelo modelo biomédico. Se para este último está pressuposta a materialidade da mesma no corpo; para aquela a doença obedece a um modelo espiritual:

“De um modo geral, para Kardec, a doença sempre diz respeito às vicissitudes espirituais terrenas, à inferioridade no mundo e à hereditariedade, dada pela crença na preexistência das almas em vidas passadas”. (2004:85)

Puttini ainda completa que pelo modelo de Kardec *“quando o homem deixa a Terra pode estar curado de suas enfermidades morais”*, sendo que a causa das doenças neste sentido pode estar relacionada à noção de *reencarnação* desta mesma doutrina. (2004:86). Neste sentido é preciso verificar como o médico espírita diante disso lida com o tema morte, e se a explicação que oferece para as diversas situações de enfermidade está relacionada com a idéia de um resgate moral.

Para Puttini a idéia de uma instituição híbrida surge a partir da constatação de que:

“A prática religiosa dos espíritas inclui práticas terapêuticas espirituais nos espaços religiosos e, com os médicos espíritas, nasce a possibilidade dessas mesmas práticas terapêuticas serem exercidas em espaços médicos, mais precisamente em hospitais ou asilos administrados por praticantes do espiritismo. No tipo de instituição médica aqui analisada, os espíritas atuam no tratamento das deficiências múltiplas em função de sua crença religiosa, que associa problemas mentais aos problemas morais do espírito.”(2004:163)

Ao fazer a etnografia em um hospital psiquiátrico e espírita Puttini observou a implantação de um projeto de assistência espiritual, que já se encontrava em andamento. A partir das dificuldades encontradas e dos conflitos causados entre os funcionários e profissionais que não eram espíritas, o autor pode perceber um mercado de bens simbólicos.

“Dada a aceitabilidade e/ou rejeição da assistência terapêutica espiritual, se poderá ver como a assistência terapêutica espírita concorre entre os funcionários que recebem, ou de modo negativo, ou positivamente os produtos simbólicos do campo espiritual. As terapias espirituais funcionam como bens simbólicos oferecidos de modo estruturado pelos espíritas.”(2004:187)

Puttini argumenta que o médico-espírita foi contratado para exercer o papel de mediador, estando legitimado nos dois grupos, o dos dirigentes espíritas e o dos médicos.

“ele coordena politicamente o jogo de forças entre a área técnica-médica, através do controle da distribuição de bens simbólicos produzidos no espaço religioso que ele próprio ajuda a estruturar. De agente profissional da saúde biomédico passa também a preencher os quesitos de um agente religioso de convicções espíritas. Essas são as principais características que se está denominando de agente híbrido, nesse contexto de um

espaço de práticas médicas e espíritas no interior de uma instituição médica no Brasil.”(2004:190)

Segundo este pesquisador: “A partir da contratação de um profissional da saúde, da área médica e de convicções espíritas, o confronto com o tipo de hospital exclusivamente biomédico passa a diminuir dado que a visão espírita de assistência hospitalar volta-se prioritariamente à estruturação e desenvolvimento do projeto de assistência espiritual no espaço médico”. (2004:189).

Neste contexto apresentado por Puttini, muito semelhante ao encontrado na minha etnografia, é possível perceber a mediação intencional desse profissional, validando, argumentando e inclusive partindo para a técnica do convencimento sobre a eficácia da *terapêutica espírita*. O contexto da atual pesquisa vai um pouco além, pois o hospital espírita pesquisado é administrado por profissionais da saúde espíritas, são médicos e psicólogos em cargos diretivos, entretanto a visão da participação de voluntários espíritas e a idéia de um projeto terapêutico espírita como poderá ser visto teve uma resistência mais acentuada, sendo no início das atividades ali desenvolvidas pelos voluntários espíritas compreendidas mais como uma forma de caridade do que terapêutica. Atualmente, a direção deste hospital, que é um dos elementos integrantes desta pesquisa, corrobora com a atuação dos voluntários, incentiva o duplo acompanhamento de casos, mas a participação nas atividades de *terapêutica espírita* ainda conta com uma participação muito ínfima de profissionais da saúde e espíritas, em torno de três, no máximo quatro profissionais, entre médicos e psicólogos. O que novamente indica que deve existir alguma forma de diferenciação em função do cargo diretivo que exercem.

Da leitura de Puttini (2004), a eficácia do papel de mediador desse profissional e o destaque que o mesmo ganha nesse sentido, parecem proporcionais à adesão desses para a causa espírita, sendo que a instituição tem um projeto explícito de conversão seja de funcionários ou pacientes e seus familiares. Neste novo contexto busco saber se os profissionais médico-espíritas também visam um projeto de conversão, e se ele é explícito ou não.

No outro contexto pesquisado, o centro-espírita que tem profissionais médico-espíritas dando suporte ao *médium receitista*, como este profissional faz a mediação entre quais elementos e com quais bens simbólicos.

Nos eventos públicos como congressos e simpósios, procuro analisar a questão do *status* e da manutenção da imagem, as continuidades e descontinuidades das categorias utilizadas esses profissionais.

1.5 - Observação participante e restrições do campo

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi a observação etnográfica que no entender de Peirano:

“a pesquisa etnográfica é o meio pelo qual a teoria antropológica se desenvolve e se sofisticada, quando desafia os conceitos estabelecidos pelo confronto que se dá entre i) a teoria e o senso comum que o pesquisador leva para o campo e ii) a observação entre os nativos que estuda.” (Peirano, 1992:8)

A autora segue definindo as variáveis que interferem no êxito da pesquisa de campo:

“Na antropologia, a pesquisa depende, entre outras coisas, da biografia do pesquisador, das opções teóricas da disciplina em determinado momento, do contexto histórico mais amplo e, não menos, das imprevisíveis situações que se configuram no dia-a-dia no local da pesquisa, entre pesquisador e pesquisados. Se estes imponderáveis são comuns também nas outras ciências sociais, na antropologia eles ficam ressaltados pela relação de estranhamento que a pesquisa de campo pressupõe e que resulta na questão do exotismo 'canônico' da disciplina”. (Peirano, 1992:9)

Canclini⁶⁰ (1993) ao fazer uma reflexão sobre a etnografia expõe toda a problemática metodológica e relacional da disciplina. O autor torna a presença do pesquisador em campo como determinante do conhecimento. Entretanto, considera as relações e o modo como se prepara para o campo tão fundamentais quanto a presença do pesquisador no mesmo. O autor destaca a necessidade multidisciplinar tanto na argumentação quanto na preparação para o campo, concluindo que o êxito da disciplina esta capacidade de comunicação com outras áreas, garantindo alguma autoridade para o pesquisador. No entender de Canclini, três itens chaves devem ser considerados para a pesquisa:

1) incluir na exposição das investigações a problematização das interações culturais e políticas.

⁶⁰ Nestor García Canclini é da Universidade Autônoma do México e este artigo foi publicado na Revista Ciência Hoje, ano 15- n°90 p.28 a 32.maio de 1993.

2) suspender a pretensão de abarcar a totalidade da sociedade examinada e prestar atenção especial às fraturas, às contradições, aos aspectos inexplicados, às múltiplas perspectivas sobre os fatos.

3) recriar esta multiplicidade no texto, oferecendo a plurivocalidade das manifestações encontradas, transcrevendo diálogos, buscando a polifonia ou “autoria dispersa”.

Canclini (1993) reconhece a complexidade do trabalho de campo, assim como a sua interação com os dispositivos textuais e institucionais em que se constitui o seu sentido, afirmando o valor da ida ao campo. Para este autor as discussões teóricas e a crítica aos textos antropológicos servem para tornar o antropólogo mais consciente de que os dados não estão no campo, esperando para serem descobertos. Eles são o resultado de processos sociais, institucionais e discursivos de construção; porém o trabalho teórico não pode substituir o esforço de obtê-los.

Considerando esses fatores apresentados sobre a metodologia da observação participante esta me pareceu muito adequada e válida para um campo de questões liminares em instituições híbridas (Puttini, 2004).

A utilização do método qualitativo nas entrevistas ofereceu alguma resistência por parte do comitê de ética, visto que os médicos quando realizam pesquisas utilizam na maioria dos casos o método quantitativo, *randomizado*⁶¹, com *duplo cego*⁶², além de outras características de controle de pesquisa próprias da área médica. As restrições em sua maioria foram feitas de forma oral, pelo assessor de diretoria do referido hospital, e sempre remetiam a uma preocupação tida como sendo da ordem da ética médica, a única restrição escrita mencionava a falta dos resultados esperados e quais as hipóteses a serem testadas, como se fosse uma pesquisa de teste de medicamento⁶³. Cumpri nesta pesquisa tanto os acordos verbais como os escritos, garantindo minha permanência em campo. Todos os procedimentos dentro desta instituição foram aprovados por pelo menos um profissional de saúde-espírita. Depois de muita conversa e algumas concessões de ambos os lados, optei

⁶¹ Estudos Randomizados Controlados: Estudos baseados na experimentação com dois ou mais grupos ao longo do tempo, com controle direto da composição dos grupos. (informação do site: www.vademecum.com.br/iatros/bibmet2.htm)

⁶² Estudos Duplo-Cegos: Estudos baseados em experimentação com ambos médicos e pacientes controlados por placebo. *idem*.

⁶³ Em anexo está um dos pareceres.

por selecionar informantes em número restrito e confrontar ou complementar essas informações com os dados dos congressos e simpósios que representam o pensamento aceito pela maioria da classe analisada.

A metodologia para a coleta de dados foi qualitativa. Em fase exploratória do campo acompanhei e participei de vários congressos e simpósios promovidos por associações médico-espíritas ou outras instituições com o mesmo propósito. A partir das informações obtidas nesta fase, selecionei os possíveis locais para a fase de observação empírica e escolhi dois deles: uma instituição religiosa que faz atendimento médico-espiritual, com público bastante rotativo; e a outra, uma instituição de tratamento de saúde que oferece terapêutica religiosa espírita associada ao tratamento médico, com uma clientela menos rotativa, ambas no Estado A.

Após os reveses para a aceitação da pesquisadora no campo, devo acentuar que essa resistência foi significativamente maior no segundo caso, com uma série de exigências burocráticas para aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, e tudo o mais que é solicitado para pesquisas em seres humanos. Parti para a seleção dos meus informantes que obedeceram alguns critérios como: o mesmo número de informantes do sexo feminino e do sexo masculino; variação do tempo de prática profissional de 0-5 anos, de 5-10, e depois de 10 em 10 anos, isso para observar as tendências dos profissionais dos recém-formados e a experiência dos profissionais que estão a mais tempo no mercado de trabalho. O critério mais importante é que eles se autodenominassem médicos-espíritas ou fossem reconhecidos como tal pela instituição onde trabalham.

A viabilidade da observação de trabalho realizado pelos voluntários espíritas nessas instituições permitiu catalogar e analisar rituais e crenças pertencentes também ao universo dos profissionais médicos-espíritas.

Com essa observação participante indireta tornou-se necessária a aplicação de um questionário semi-elaborado - com perguntas pré-determinadas que permitissem conforme a resposta do entrevistado agregar novas perguntas para esclarecimentos-, diretamente com os sujeitos desta pesquisa, os médicos-espíritas.

A análise dos conteúdos das entrevistas e também o confronto desses dados com os dados gerados pelos congressos e simpósios que participei, foram verificados a partir dessa observação participante realizada com os voluntários.

Ao contrário de Puttini (2004), que optou por um único estabelecimento para a elaboração do conceito de “instituições híbridas” e de “agentes híbridos”, justifico minha escolha por dois locais diversos como sendo necessária para a apreender o aspecto “híbrido” do profissional médico. Explico-me: no espaço religioso do qual o médico participa, ele realiza trabalho voluntário - esse tempo e esse trabalho doado são entendidos como uma forma de praticar a caridade - e dá suporte a outras tarefas desenvolvidas no âmbito doutrinário. Assim procuro perceber como ele elabora a prática médica como caridade; no espaço institucional de saúde o médico atua como médico, registrado como outro profissional qualquer; neste espaço pude apreender o que ele acrescenta ou não à sua prática médica, independentemente do fator caridade, mas principalmente como um técnico da saúde.

Há nessa pesquisa a intenção de verificar como este profissional elabora a dialética entre ciência e religião em suas diversas atividades, mediando lógicas distintas de pensamento simbólica e concretamente.

Capítulo 2 – Histórico

As relações entre medicina e religião, mais especificamente entre medicina e espiritismo não são novas. Registra-se desde o final do século XIX e início do século XX práticas e polêmicas envolvendo relações entre o e espiritismo e a homeopatia, assim como o exercício da prática mediúnica receitista⁶⁴. Neste período, conforme a literatura⁶⁵ os conflitos entre os adeptos do espiritismo e a Igreja Católica, de um lado, e a academia de medicina, de outro, tornaram-se mais acirrados.

Pretendo retomar alguns episódios desses conflitos com o objetivo de contextualizar as relações entre o espiritismo e a medicina, situando o tema deste trabalho: a prática médico-espírita.

2.1– Homeopatia

Associa-se o desenvolvimento da Homeopatia ao nome de Christian Friedrich Samuel Hahnemann⁶⁶, cujas pesquisas culminaram na publicação de *Organon*, em 1810, na Alemanha.No Brasil sua difusão contou com o apoio do círculo espírita:

“Segundo Canuto Abreu, em 1818, o Brasil já ouvia falar da homeopatia, por um grupo de pessoas da corte que formavam um núcleo neo-espiritualista, que acabou organizando um círculo homeopático, do qual vários personagens de renome, como José Bonifácio, faziam parte⁶⁷. Segundo este autor, foi esse grupo que irradiou para o território brasileiro e até algumas regiões da América os princípios ali defendidos, que preparou o terreno para a aceitação do Espiritismo algumas décadas mais tarde”. (COSTA, p.265, 2001)

Porém, foi somente com a chegada de dois médicos recomendados por Hahnemann em 1840, que a Homeopatia foi propagada de forma mais significativa no Brasil. De acordo com Aubrée & Laplantine (1990:107) o francês Benoît Jules Mure⁶⁸ e o português João

⁶⁴ “O ‘médium receitista’ era, então, o indivíduo que, inspirado pelo ‘espírito’ de um médico já falecido, diagnosticava doenças e prescrevia um tratamento que residia na quase totalidade das vezes em medicação homeopática”,(Giumbelli, 1997:76)

⁶⁵ Veja-se especialmente Giumbelli (1997) e Costa(2001), dentre outros.

⁶⁶ Sobre a vida de Hahnemann consultar *HAHNEMANN, o Apóstolo da Medicina Espiritual*, de Hernínio C. Miranda, 1977, 3ª edição.

⁶⁷ ABREU, Canuto. *Bezerra de Menezes*. 4ª ed. São Paulo: FEESP, 1991. p. 24-25. Apud Costa (2001)

⁶⁸ Benoît Mure nasceu em Lyon, na França, em 1809, no sétimo mês de gestação.Com um quarto de um dos pulmões consta que foi salvo pela Homeopatia em 1833, de tuberculose, pelo Conde Sébastien des Guidi que introduzira a Homeopatia em Lyon, onde a praticou de 1830 a 1863. A partir da recuperação de sua saúde,

Vicente Martins ficaram conhecidos por propagar a homeopatia nas classes pobres e por suas atividades filantrópicas no Rio de Janeiro popularizando o uso da homeopatia aliada aos passes entre a população mais necessitada do Rio de Janeiro, na época capital do Império. Eles faziam uso da medicina homeopática e dos *passes magnéticos*⁶⁹ para auxiliar nos tratamentos, sendo essa data considerada por alguns adeptos como marco da introdução do Espiritismo no Brasil.

Dr Bento Mure, ou “Dr Bentinho” como ficou mais conhecido no Brasil, optou pela medicina social e adotou as teses de Charles Fourier – socialista utópico – implantando um Falastério em Santa Catarina, com o apoio do marquês de Maricá, nos anos de 1842 e 1843. Este projeto não foi bem sucedido e ele então voltou para o Rio de Janeiro onde se dedicou à medicina homeopática. Ao conhecer o cirurgião português João Vicente Martins, que partilhava de suas idéias de melhoramento social, e com o apoio de dois outros médicos brasileiros – Dr. Gama de Castro e Dr. Lisboa, os três formaram o primeiro dispensário destinado a propagar a homeopatia entre as classes mais pobres⁷⁰ da sociedade da época.

Pouco tempo depois, Benoit Mure fundou a “Botica Homeopática Central”, primeira farmácia do gênero no Brasil, que funcionava com duas máquinas inventadas por ele. Em 1845, ele fundou também a Escola de Homeopatia, que em três anos preparava jovens médicos. A escola foi oficialmente reconhecida um ano mais tarde por um decreto imperial. A partir daí Dr. Bento participou seguidamente de diversas polêmicas com o ardor habitual que o fazia defender o tratamento homeopático. Em 1848, ele retornou à França, porém suas idéias e a técnica desenvolvida por ele na preparação dos medicamentos continuaram a se expandir no país sob a égide do espiritismo kardecista. (Aubrée & Laplantine, (1990:107-108).

Historicamente, no Brasil, a homeopatia e o Espiritismo têm trajetórias que convergem através da atuação do “médium receitista” denominação dada àquele que prescreve medicamentos homeopáticos seguindo a orientação de um “mentor espiritual”⁷¹.

Mure voltou-se completamente para a propagação da nova medicina e despendeu toda a sua fortuna para esta atividade.

⁶⁹ Canuto Abreu afirma que “*foram os homeopatas que lançaram os passes, não os espíritas. Estes continuaram a tradição*”. id. p. 25. Apud Costa, 2001.

⁷⁰ Em capítulo posterior pode-se constatar alguma relação entre terapias alternativas e a dificuldade do acesso ao sistema médico oficial, o que desde já pode ser percebido, sendo a introdução da homeopatia no Brasil um exemplo dessas relações. A questão que fica é se isso é caridade ou experimentação?

⁷¹ Segundo a tradição espírita, o mentor no caso é o espírito de um médico falecido.

A hipótese que defendo é que o “médium-receitista”, como figura liminar articula duas práticas tornando-se o elo que permitiu essa associação, pois o grau de indeterminação da atividade mediúnica associada a uma técnica recente de tratamento, como a homeopatia, permitiu que uma auxiliasse a outra na busca por reconhecimento e estruturação. Daí, poder-se afirmar que a inserção da homeopatia no Brasil está, em boa medida, relacionada à prática mediúnica. Por sua grande utilização entre os profissionais de saúde despertou o interesse da academia de medicina e atualmente é considerada como uma especialização médica:

“O receituário mediúnico no país é um receituário de importância para compreender como a homeopatia se manteve desde o seu início, no ano de 1821, no Brasil até mais ou menos 1975. É bastante forte a presença da farmácia homeopática, que defendeu a homeopatia, e o receituário mediúnico, que por incrível que possa parecer é de grande força, porque a população mais carente recorria a esse meio, a essa forma de tratar, então se deu a isso historicamente a homeopatia é suficientemente entendida e conhecida, não se pode deixar de estabelecer o valor do processo utilizado pelo médium, pelos centros espíritas, que então receitavam homeopatia. E então também nós não vamos poder separar isto da influência que o Espiritismo teve para a Homeopatia, para sua presença atual, não sabemos com toda sinceridade qual o grau de influência, mas sabemos que ela existiu.”(Médico-espírita e homeopata)

2.2- Espiritismo

No mesmo período em que Bento Mure parte do Brasil - metade do séc. XIX - os acontecimentos espiritualistas⁷² que surgiram tanto nos EUA como na Europa encontraram ambiente favorável aqui. Os casos mais famosos são o das irmãs Fox, que em 1848, em Nova York, Estados Unidos, recebiam por meio de pancadas concordantes com as letras do alfabeto formando palavras e frases, a mensagem do espírito de um mascote assassinado naquela localidade. E, na França em 1853, as chamadas “Mesas Girantes” faziam moda nos salões, encaradas pela maioria como um simples divertimento a mais. Ao estudar esses eventos foi que Hypolite Lyon Denizard Rivail, recebeu, em 1856, a incumbência de codificar a Doutrina Espírita. Para separar esta tarefa dos demais afazeres, ele preferiu usar o pseudônimo Allan Kardec⁷³, sugerido pelos espíritos que indicaram ser este o seu nome em uma encarnação como druida.

⁷² As datas e informações desse íterim – 1848 a 1857 – foram retiradas do site: www.universoespirita.org.br. E também podem ser encontradas na dissertação de Costa (2001)

⁷³ Sobre Kardec, consultar também de *O Cuidado dos Mortos*, de Emerson Giumbelli, 1997, Aubrée & Laplantine (1990), Stoll (2003). De acordo com a Federação Espírita Brasileira – FEB – “Até o momento, a

Allan Kardec publicou, em 1857, o *Livro dos Espíritos*, tornando o Espiritismo uma doutrina perseguida e combatida⁷⁴, porém ao mesmo tempo capaz de conquistar adeptos letrados e influentes o que lhe assegurou uma situação estável e definitiva em diversas partes do mundo. No Brasil, o convívio com as crenças indígenas e dos africanos, em que entidades espirituais e humanas podem se auxiliar, o espiritismo encontrou um campo fértil.

De acordo com Giumbelli, “*Por volta de 1860, O Livro dos Espíritos passou a fazer parte da bagagem de viajantes e imigrantes que aportavam no Brasil vindos da França.*”(1997:56)

Stoll (2003), afirma que: “*Letrada, de classe média, a doutrina de Allan Kardec teve a sua difusão promovida, em larga medida, pela curiosidade, pelo interesse particular que despertavam os seus principais temas: a vida pós-morte e a possibilidade de comunicação com os mortos.*”(p.25)

E mais adiante ilustra com a situação brasileira: “*O Rio de Janeiro, em 1865, e Salvador, em 1873, sediaram os dois primeiros grupos kardecistas constituídos no Brasil. Deles fizeram parte membros da colônia francesa instalada na Corte além de integrantes das elites e classes médias locais, dentre os quais se destacavam intelectuais, médicos, engenheiros e militares.*”(p.49-50)

Giumbelli (1997) observa que dentre as pessoas que participavam do espiritismo, no Brasil, “*havia médicos alopatas como Joaquim Carlos Travassos e Bezerra de Menezes, homeopatas como Antonio Pinheiro Guedes, Antonio de Castro Lopes e Francisco Menezes Dias da Cruz.*”(p.62) Sendo que “*a maioria dos principais líderes, portanto, ocupava posições sociais relativamente privilegiadas, o que garantia aos grupos de que eles participavam a possibilidade de se beneficiar de recursos, conhecimentos e redes de relações valiosos em determinadas circunstâncias.*” (p.62-63).

A “prática receitista” consistia à época no principal ponto de confronto entre os espíritas e a Igreja Católica (Costa, 2001) e o saber médico.

mais completa biografia do Codificador do Espiritismo é o livro “Allan Kardec – O Educador e o Codificador”, de autoria de Francisco Thiesen e Zêus Wantuil, editada pela FEB.”, nota encontrada no site: <http://www.febnet.org.br/apresentacao>.

⁷⁴ O teor desses embates pode ser apreciado em diversos textos entre os quais cito: Costa (2001), Giumbelli (1997) e Aubrée & Laplantine (1990).

Giumbelli analisa especificamente este último, afirmando que os “ *discursos formulados a partir do saber médico tomam por objeto o espiritismo, seja para deslegitimá-lo como forma de ‘charlatanismo’ ou ‘curandeirismo’, seja para analisá-lo enquanto conjunto de doutrinas e práticas com certas implicações para seus adeptos e para o conjunto da sociedade.*”. (1997)⁷⁵

Segundo esse pesquisador, a opinião dos médicos ganhou espaço em alguns jornais, relacionando espiritismo com “charlatanismo”, criando assim a imagem de que os espíritas eram perigosos para a sociedade. As argumentações foram tão influentes que o “espiritismo” foi incluído no primeiro código penal republicano (1890), como “*crime contra a saúde pública*”, nos seus artigos 156,157e 158⁷⁶. O Código Penal transformou o que era uma infração sanitária em um crime comum, sujeito à repressão policial e também à instauração de processos, o que acabou por envolver advogados e juízes neste contexto.

No Brasil do final do século XIX, a partir do movimento higienista e da consolidação da academia de medicina no país, começou uma verdadeira perseguição às demais formas de tratamento da saúde, o que afetou pais de santo, benzedeiras, rezadeiras e, também, os médiuns receitistas. Nesta época, segundo Giumbelli (1997), os espíritas kardecistas⁷⁷ precisaram criar algum tipo de organização para se defender das acusações de charlatanismo e, também, para enfrentar a repressão. Surge, assim, a da Federação Espírita Brasileira (FEB)⁷⁸, em 1884. Porém, é somente depois que o médico e espírita, Dr. Adolpho Bezerra de Menezes assumiu a direção da FEB, em 1895, e defendendo como estratégia de sobrevivência ressaltar o caráter religioso da Doutrina Espírita, que esta se torna uma instituição respeitada. Isso ocorreu porque a legislação da época (1891) previa a liberdade de culto e sendo a mediunidade um dos pilares da Doutrina Espírita foi possível

⁷⁵ GIUMBELLI, Emerson. Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais. *Rev. Antropol.* [online: <http://www.scielo.br>]. 1997, vol. 40, no. 2, pp. 31-82.

⁷⁶ O art. 156 punia a prática da medicina por indivíduos desprovidos de título acadêmico; o art.157 condenava sua prática, bem como a da "magia e seus sortilégios" e o uso "de talismãs e cartomancias" "para despertar sentimentos de ódio e amor, inculcar cura de moléstias curáveis ou incuráveis, enfim para fascinar e subjugar a credulidade pública"; e o art.158 punia o exercício do "ofício assim denominado de curandeiro".

⁷⁷ Nomearei desta forma para diferenciá-los das demais religiões espiritualistas que se autodenominam espíritas.

⁷⁸ A Federação Espírita Brasileira que no início surgiu com ideais de entidade voltada para a propaganda da Doutrina Espírita, divulgando os seus aspectos morais e científicos, tornou-se uma instituição unificadora e representativa diante de outros centros espíritas, assumindo o caráter religioso. Segundo Giumbelli: “a definição pelo ‘religioso’ tomada pela FEB pode ser interpretada como o produto da sobreposição entre *virtualidades doutrinárias e possibilidades legais.*”(1997,p.118)

manter, ainda por muito tempo, o médium receitista; na medida em que sua prática foi interpretada como prática da caridade⁷⁹. Data desta época o respaldo do médium receitista por um médico, que na função de assistente, legitimava as receitas. Normalmente receitava-se alguma medicação homeopática e “passes” como ocorre ainda hoje⁸⁰.

Nos processos judiciais relatados (Giumbelli, 1997; e Costa, 2001), os médiuns eram absolvidos, pois os magistrados alegavam que o Espiritismo era uma religião, como qualquer outra livre para suas práticas. Em 1935, e anos seguintes às atenções voltam-se para o projeto de reformulação do *Código Criminal Brasileiro*, que era visto, “*Como mais um projeto visando esmagar o surto gigantesco e maravilhoso do Espiritismo...*”⁸¹

Tanto Giumbelli (1997) quanto Costa (2001) concordam que o maior número de ações envolvendo espíritas foram os processos contra os médiuns por prática ilegal de medicina, onde os espíritas acusaram os médicos de unirem-se aos padres católicos nesta “*nefasta e injuriosa*” perseguição.⁸²

A continuidade da prática mediúnica receitista angariou simpatizantes também nas classes mais abastadas, o que endossa a natureza dessa dupla perseguição ao Espiritismo.

O próprio médico Bezerra de Menezes, que fora católico praticante, tornou-se espírita depois de acompanhar alguns casos de atendimento mediúnico, e da leitura do *Livro dos Espíritos*, que recebeu de presente de um amigo. Ele é um ator chave tanto para a compreensão da *persona* médico-espírita, como para o entendimento dos rumos tomados pela FEB.

Dr. Bezerra de Menezes foi presidente da FEB de 1895 a 1900, ano em que faleceu aos 68 anos de idade. Sua morte culminou na sua ‘heroicização’, como explica Giumbelli, ao

⁷⁹ Sobre essa questão veja-se o trabalho de Giumbelli (1997).

⁸⁰ Segundo Giumbelli entre 1908 e 1925, a quantidade anual de prescrições mediúnicas manter-se-á sempre acima de 200 mil unidades, especialmente em 1910 que as estatísticas de prescrições de receitas e de doação de remédios registram os maiores índices desde o início desta prática, com mais de 240 mil consultas e mais de 390 mil receitas aviadas. (1997:188)

⁸¹ Mais um projeto. id. Rio de Janeiro. 11 de março, 1935. p.1.(idem).

⁸² Com relação a esta abordagem: “... *estamos vendo na hora que passa, a maioria dos adeptos da arte de curar queimando incenso ao vaticano e mastigando os seus dogmas bolorentos, verdadeiros guantes de ferro a liberdade de consciência. É porque eles os médicos viram, calcularam, que a sua continuação no desprezo dos dogmas romanos redundava em flagrante prejuízo econômico-financeiro e social, então mudaram de tática e aderiram simultaneamente... Os frutos dessa adesão já estão se fazendo sentir no Espiritismo, nos médiuns e nos demais confrades convictos na eficácia da doutrina espírita moral, científica e filosófica*”. In. AMORIM, Oscar Nunes de. O Espiritismo e os Sindicatos Médico e Jesuítico. id. Rio de Janeiro. 30 de agosto 1932. p.2. (apud Costa, 2001:385).

comentar que até hoje esse médico é lembrado entre os espíritas como ‘Allan Kardec brasileiro’.

“Personagem histórico na lembrança de todos, Bezerra de Menezes é também presença, visto que continua, enquanto ‘espírito’ e ‘guia’, a dar conselhos e orientações através dos ‘médiuns’ de hoje.

“Glorificado pelos vivos e acolhido pelos mortos mais ilustres, Bezerra de Menezes, tornou-se, desde então, um ‘guia’ para a Federação, sendo constantemente invocado para referendar os caminhos a tomar”.(Giumbelli, 1997:121)⁸³

Um texto muito citado entre os espíritas, ilustra como a caridade foi reinterpretada por Bezerra de Menezes, como ponto de inflexão entre conduta médica e espírita:

*“Um médico não tem o direito de terminar uma refeição, nem de perguntar se é longe ou perto, quando um aflito qualquer lhe bate à porta. O que não acode por estar com visitas, por ter trabalhado muito e achar-se fatigado, ou por ser alta hora da noite, mau o caminho ou o tempo, ficar longe ou no morro, o que sobretudo pede um carro a quem não tem com que pagar a receita, ou diz a quem lhe chora à porta que procure outro - esse não é médico, é negociante de medicina, que trabalha para recolher capital e juros dos gastos de formatura. Esse é um desgraçado, que manda para outro o anjo da caridade que lhe veio fazer uma visita e lhe trazia a única espórtula que podia saciar a sede de riqueza do seu Espírito, a única que jamais se perderá nos vaivéns da vida.”*⁸⁴

A idéia de missão como ponto de articulação entre medicina e mediunidade constitui o primeiro passo na construção da relação entre medicina e espiritismo, como práticas complementares, porém comprometidas com valores da doutrina espírita. Ou seja, a prática médica, entendida como campo moral, passa a ser englobada pela prática religiosa.

No espiritismo a idéia de vocação, associada à noção de auxílio ao próximo através da caridade, passa a ser um viés de orientação da escolha da carreira médica entre os espíritas, como se verá adiante. Essa relação estabelecida pelo espiritismo, entre trabalho e caridade pode ser percebida também na história de vida de Allan Kardec, de Benoît Mure e de Bezerra de Menezes. A vocação, reinterpretada a partir da vivência religiosa espírita, é entendida como missão, por vezes recomendada pelos espíritos, e aqui se nota a idéia de predestinação, ou pode ser um impulso interior, uma necessidade de ser útil para a humanidade, e aqui, a idéia de perseverança.

⁸³No capítulo etnográfico será possível constatar que Bezerra de Menezes ainda hoje é considerado guia, e referido em várias circunstâncias.

⁸⁴http://www.feparana.com.br/biografias/adolfo_bezerra.htm

Entretanto, o espiritismo acrescenta um elemento central neste tópico que é o livre-arbítrio⁸⁵, ou seja, toda tarefa, ou missão pode ser aceita ou não, e os fatos subsequentes estão atrelados a essa escolha, imputando-se um senso de grande responsabilidade na tomada de decisão. O livre-arbítrio neste caso tem uma repercussão, uma atuação sistêmica.

A atuação do Dr Bezerra de Menezes se torna, a partir da conversão ao espiritismo, um paradigma desse processo, na medida em que caridade passa a figurar como elemento central da representação do médico-espírita.

A caridade para os espíritas é a ação: são os trabalhos assistenciais feitos em favelas ou com moradores de rua tendo em vista minimizar o sofrimento alheio, como exemplificou o Dr. Bezerra. O próprio atendimento receitista é entendido como caridade, e foi esta a faceta acentuada entre o final do século XIX e primeiras décadas do século XX na busca de legitimação da prática médico-espírita.

Em *O Cuidado com os Mortos*, Giumbelli (1997) identifica nesse período a formação da categoria “médico-espírita”. Ao analisar as questões jurídicas que envolveram as relações entre o espiritismo e medicina, o autor detectou, além da atividade dos “médiums-curadores”, a emergência do profissional de medicina simpatizante do Espiritismo; que passa a ser requisitado para “dar cobertura” à atuação mediúnica.

Giumbelli (1997) porém enfatiza no seu livro o rompimento entre ciência e religião, ocorrido no contexto em questão. Segue-se a este, segundo o autor, um período em que a categoria “médico-espírita” emerge vinculada a associações de classe.

2.3 – Instituições Híbridas

Segundo Giumbelli: *“Duplamente acuada pelo novo código penal e pelas determinações policiais, a FEB suspendeu, na segunda metade de 1942, os serviços de ‘receituário mediúnico’ e de ‘aplicações fluídicas’, alegando evitar o fechamento da instituição e obediência a ‘orientações espirituais’.* (1997:261)

Institucionalmente é interessante observar a seqüência dos fatos citados por Giumbelli (1997), pois ao desativar a atividade mediúnica receitista, a FEB conseguiu regularizar a situação do atendimento dentário que prestava e ainda conseguiria inaugurar uma farmácia, ambos licenciados pela Saúde Pública. Essa tendência, como verificou

⁸⁵ Uma análise sobre o livre-arbítrio pode ser encontrada em Cavalcanti (1983).

Puttini (2004), contribuiu para que mais tarde, em 1950, o Espiritismo fosse reconhecido legalmente como uma religião:

“Entende-se que a condição de emergência dos hospitais espíritas associa-se duplamente: a) ao reconhecimento pelo Estado do Espiritismo como religião e; b) à expansão, ainda incipiente, da assistência social como política governamental (desde a década de 1940) e o estabelecimento da parceria do setor público e privado (filantrópico) na produção de serviços hospitalares, não sendo apenas reservado ao setor público a produção de serviços dessa natureza.” (Puttini, 2004:64-65)

Ao que acrescento que muitos desses hospitais são departamentos ligados diretamente às federações espíritas estaduais, como é o caso da instituição onde a etnografia desta pesquisa foi realizada. O que significa que são, nestes casos, instituições filantrópicas, pois o hospital se auto-representa como lugar de prática da caridade.

Segundo Costa (2001) foi a partir da década de 1930 que se deu o início da construção de hospitais psiquiátricos espíritas em Minas Gerais, em São Paulo e no Paraná. Essas instituições, segundo consta, recebiam grande número de pacientes e, de acordo com seus relatórios, a maioria das pessoas internadas pertenciam ao catolicismo.

“Assim, os espíritas podiam rebater por meio de profissionais da medicina, e de forma empírica, as acusações citadas. Contratavam publicando estatísticas dos seus hospitais, mostrando que a maioria dos seus internos eram católicos, e que muitos ali obtinham a cura, contando com o tratamento médico e com auxílio dos espíritos. Portanto, o Espiritismo não criava loucos, curava-os.” (Costa, 2001:417)

Este pesquisador constatou que os espíritas utilizaram estatísticas⁸⁶ produzidas nos hospitais psiquiátricos para refutar os diversos ataques empreendidos pela Igreja Católica assim como pela classe médica. Como exemplo, cita o jornal *Mundo Espírita*, que em 1939 e em 1944 publicou, relatórios e comentários do Dr. Ignácio Ferreira, diretor do Sanatório Espírita de Uberaba, em Minas Gerais. Onde o referido médico alertava: *“Vejam os leitores que, nos clichês desta reportagem, a maioria dos doentes, dos obsedados, não procede do Espiritismo, e sim do catolicismo, de onde trazem os seus símbolos, seus bentinhos, rosários etc.”*⁸⁷ (Costa, 2001:391)

⁸⁶ O autor não comenta se essas estatísticas utilizadas eram aceitas pela comunidade médica da época.

⁸⁷ Neste mesmo artigo acrescenta que, *“Agora, perguntamos aos nossos adversários, o Espiritismo admite o uso desses objetos? Não! Logo não é no seio do Espiritismo que esses doentes adquirem suas perturbações psíquicas. E justamente por esse motivo é que o Espiritismo está destinado a realizar uma grande obra de educação, afim de libertar as criaturas da tirania do fanatismo e das crendices, cuja prática, absolutamente,*

O conflito gerado entre o Catolicismo e o Espiritismo parece ter alimentado preconceitos de ambas as partes. Tanto espíritas quanto católicos buscaram neste embate de idéias disputar espaço e poder, seja no campo religioso, seja no profano.

Uma das indicações que se pode tirar desses embates é que a função filantrópica ou caritativa assumida por estas instituições constituía um discurso político. Relatórios internos serviram de instrumento de defesa, de contra-argumentação, explicitando interesses de ordem extra-religiosa por parte desse tipo de instituição hospitalar.

Puttini (2004) ao estudar essas instituições médicas mantidas e administradas por espíritas passa a chamá-las de instituições híbridas e faz a seguinte reflexão:

“Allan Kardec, no século XIX na França, construiu uma doutrina religiosa, que inclui concepções sobre a doença mental e uma proposta de tratamento moral religioso. Kardec não formulou a doutrina com o interesse de luta aberta no campo médico psiquiátrico, nem teve a intenção de transformar-se numa alternativa terapêutica ou complementar às ciências médicas ou à psiquiatria francesa, pois a criação e organização da doutrina espírita era-lhe uma alternativa cristã e humanista, no campo religioso. Nesse item defende-se a hipótese de que, no Brasil do século XX, o Espiritismo interessou-se por efetivar a pretensão filosófica da doutrina de Kardec, de torná-la uma doutrina científica, pela via da medicina.” (2004:63)

De acordo com Puttini⁸⁸, foi a partir do projeto terapêutico espiritual desenvolvido pelo médico alopata Bezerra de Menezes que surgiu *“a primeira base do espiritismo enquanto uma religião dentro da estrutura do campo religioso brasileiro”*. A hipótese defendida pelo autor é que o reconhecimento de Espiritismo como uma religião em 1950 possibilitou que nas décadas seguintes o projeto espírita se efetivasse com as organizações psiquiátricas, alvo estratégico, no conceito deste autor, de rearticulação entre medicina e religião. (2004:56)

Para este autor, Bezerra de Menezes ao tomar a prática da caridade como pressuposto da doutrina espírita teria favorecido os elos com as instituições de natureza filantrópica, que ocupam espaços na produção de serviços médicos hospitalares.

não tem mais cabimento no século XX. E assim vamos mostrando, com fatos e não com palavras, que o ESPIRITISMO NÃO FAZ LOUCOS, mas pelo contrário, tem curado loucos.

Ainda mais: O ESPIRITISMO EVITA A LOUCURA, libertando inúmeros espíritos atrasados, inúmeras criaturas impressionáveis, da subjugação do fanatismo”. O Espiritismo e o Fanatismo. *Mundo Espírita*. Rio de Janeiro. 03 junho 1944. p. 1.(apud Costa, 2001:391)

⁸⁸ A dissertação de Puttini será mais bem explorada no capítulo posterior, pois trata de temas mais atuais e de instituições mais recentes.

Um dos primeiros médicos a institucionalizar as idéias de tratamento espírita, defendidas por Dr. Bezerra de Menezes, foi o Dr Inácio Ferreira⁸⁹. Ele mesclava o tratamento psiquiátrico convencional à terapia espírita de passes, orações e reuniões de desobsessão. Foi também diretor do Sanatório Espírita de Uberaba de 1934 a 1988, portanto acompanhou tanto a fase de legitimação social do Espiritismo via caridade, como sua inserção da medicina no campo da caridade através dos hospitais e dispensários espíritas.

No artigo “*Visão Espírita sobre Transtornos Mentais*” consta que a tese de Inácio Ferreira⁹⁰ consistia na idéia de que a medicina se condenou a uma enorme restrição investigativa e terapêutica ao se negar a estudar o fator espiritual nos transtornos mentais. Segundo este, há abundantes relatos de casos que poderiam comprovar a teoria espírita para o tratamento dessas doenças. Ferreira não recusava as “causas materiais”, pois constatou que mais da metade dos pacientes encaminhados como “obsedados” eram, na realidade, portadores de doenças orgânicas ou funcionais. O que ele considerava é que os casos catalogados como “obsessão” atingiam um percentual próximo de 100% de cura quando o paciente era submetido ao tratamento espírita, simultâneo ao psiquiátrico.

Porém, considero importante chamar a atenção para um outro tipo de instituição híbrida: as associações médico-espíritas. Os primórdios destas instituições coincidem com o surgimento dos primeiros hospitais espíritas, ou seja, os anos de 1940.

Segundo Costa (2001), por intermédio do Dr. Levindo Melo, em 1941 foi criada a Sociedade de Medicina e Espiritismo do Rio de Janeiro⁹¹, cuja fundação havia sido tentada em 1933, pelo mesmo médico. No estatuto da referida sociedade, é possível conferir que

⁸⁹Este médico é citado no artigo “Visão Espírita sobre Transtornos Mentais”, trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, por um pesquisador médico psiquiatra e espírita.

⁹⁰As informações do artigo foram retiradas de três obras de Inácio Ferreira, a saber: *Novos Rumos à Medicina Vol. I* (1993); *Novos Rumos à Medicina Vol. II* (1995) e *Psiquiatria em Face da Reencarnação* (1996), todas editadas pela FEESP.

⁹¹Ao procurar saber se ainda funcionava a referida instituição consegui pela Internet uma referência de ata da diretoria de 2001/2005 no seguinte endereço: http://doweb.rio.rj.gov.br/sdcgi-bin/om_isapi.dll?infobase=15082001.nfo&jump=32&softpage=_recs, com o conteúdo “Sociedade de Medicina e Espiritismo do Rio de Janeiro - eleição da Diretoria e Comissão de Contas (2001-2005) - Matr. 592” no item Cartório de Pessoas Jurídicas. Entretanto, não foi possível localizar nenhum site oficial da instituição ou qualquer outra informação que pudesse me certificar o seu funcionamento, por exemplo, a divulgação de eventos ou palestras.

um dos objetivos é a pesquisa e defesa do Espiritismo, inclusive penalizando atitudes inadequadas dos seus sócios.⁹²

“No seu Art. 2º consta:

e) Estudar o médium, sob o ponto de vista neuro-psiquiátrico;

f) Efetuar estudos comparados

1. de moral;

2. de religiões;

3. de filosofias;

g) Promover intercâmbio científico, com institutos nacionais e estrangeiros;

h) Difundir a cultura médico-espírita;

i) Defender o Espiritismo, sempre no plano elevado do pensamento e de maneira impessoal, se atacado por cientista ou por instituto científico;

Sobre seu corpo social no Capítulo II, Art. 7.

§ 5 - O candidato a membro efetivo, ou a membro correspondente, cujas credenciais, científicas ou intelectuais, não forem, comprovadas, por diploma científico ou profissional, ou por trabalhos publicados, em livro, ou na imprensa, terá de apresentar uma tese sobre Medicina e Espiritismo, ou sobre Espiritismo, que receberá parecer duma Comissão especial, designada pelo Presidente da Sociedade, composta de três membros efetivos, antes de ser julgada, pelos membros da Diretoria e pelos presidentes de seção funcionando conjuntamente.

Nota-se o cuidado com as ações dos sócios, que poderiam provocar a sua exclusão. Consta no Capítulo II, Art. 12.

Parágrafo único. Constitui infração⁹³ da letra “b” deste artigo:

1) utilizar-se da mediunidade, própria ou alheia, para auferir lucros materiais;

2) receber pagamento, por atos que devem ser de caridade e que, pela aparência, os leigos considerem Espiritismo.” (Costa, p. 388, 2001)

Por este trecho do estatuto é possível perceber que o estudo e a pesquisa eram a época os principais objetivos, sendo que o rigor quanto à conduta dos associados refere-se principalmente quanto ao modo de utilização da mediunidade, sendo passível de exclusão aquele que tivesse conduta inadequada com o prescrito.

Esse movimento de organização da classe médico-espírita parece ter tido um novo impulso no final da década de 1960. Em São Paulo surge um novo grupo em 1968, com a função de detectar os casos de charlatães que se utilizavam tanto do espiritismo como de técnicas pseudo-médicas para iludir a população. Essa instituição tinha o ideal de construir uma identidade para a classe médico-espírita. A partir dessa iniciativa várias outras associações estaduais foram aparecendo, culminando esse processo em 1995 com a formação da Associação Médico-Espírita do Brasil. Essas associações conseguiram

⁹² Estatuto da Sociedade de Medicina e Espiritismo do Rio de Janeiro. *Mundo Espírita*. Rio de Janeiro. 28 junho, 1941. p. 3. (apud Costa, 2001)

⁹³ Não foram especificadas quais as penalidades decorreriam se tais infrações fossem cometidas.

legitimar a categoria “médico-espírita”. Dentre seus objetivos o aperfeiçoamento moral e científico passam a figurar como alicerces da conduta do médico-espírita⁹⁴, assim descritos em documentos de 1968 e 2006, respectivamente:

“Decálogo do Médico Espírita

- I – Defender a doutrina de Kardec;***
- II – Colocar, acima de tudo, o interesse de Cristo na vida diária;***
- III – Buscar, através das próprias ações, viver a Medicina do Espírito;***
- IV – Levar à Sociedade Médica atual o alto contingente de espiritualidade;***
- V – Ampliar, sempre que possível, os conhecimentos médicos;***
- VI – Colaborar em Instituições Espíritas;***
- VII – Valorizar os minutos preciosos da existência;***
- VIII – Combater, através do exemplo e da palavra, a perversão dos costumes;***
- IX – Defender o fraco e o oprimido; amparar o intoxicado intelectual;***
- X – Acima de tudo, exercer a Medicina tendo em vista os desígnios divinos, reconhecendo-se como filho do Altíssimo, despenseiro do Criador e, portanto, como humilde servo da SOBERANA VERDADE.”***(12/10/1968)

“Princípios do Médico Espírita”

- “1) O médico espírita sabe que o seu diploma pertence a Jesus.***
- 2) Respeita os colegas que não o compreendem, que o desqualificam, que têm preconceito em relação a sua crença e conduta. Continua, todavia, a agir da mesma maneira, sem orgulho ferido, ou decepção paralisante.***
- 3) Toca suas pesquisas e seus estudos, buscando aprimoramento constante na sua esfera de ação.***
- 4) Não se descuida igualmente da melhoria de sentimentos, procurando colocar seu conhecimento e sua arte em benefício dos irmãos em sofrimento, sobretudo dos mais necessitados.***
- 5) Não se sente incomodado por ter na base de seus estudos as revelações de Kardec e Chico Xavier. Vai além, inspira-se nessas informações para fazer pesquisas científicas.***
- 6) Sabe que a verdadeira hierarquia origina-se da evolução espiritual. Reconhece, portanto, como verdadeiro líder àquele que dá exemplos de humildade e amor ao próximo.***
- 7) Procura o respaldo da Casa Espírita para trabalhar e aplicar o tratamento complementar espírita, mas não se descuida em demonstrar aos colegas a excelência dos princípios que o norteiam.”***(26/11/2006)

Nota-se, em uma análise perfunctória que passados mais de 38 anos entre as duas “comunicações” o conteúdo básico é semelhante, o que chamou atenção foi o fato de a comunicação mais recente explicitar a questão do preconceito e orientar uma conduta

⁹⁴ Este texto foi retirado do site: www.amebrasil.org.br, e tido como “recebido” em 12/10/1968, a mesma médium em 26/11/2006 uma psicografia sobre os princípios do médico espírita com o seguinte conteúdo: esta mensagem está transcrita no site a AME-SP, a saber: www.amesaopaulo.org.br, no link: bioética médico-espírita.

adequada para esta situação. O que me leva a pensar que o aspecto de perseguição de outrora se tornou o preconceito de hoje. Diante disso, o incentivo para o desenvolvimento de pesquisa científica, com inspiração nas obras de Kardec e Chico Xavier é quase um apelo para legitimar a Doutrina Espírita. Outro ponto importante é o incentivo à prática institucionalizada, como se pode verificar nos itens VI e 7, isto se deve a perseguição dos “médiums receitistas”.

Neste capítulo observou-se que é de longa data essa relação entre os médicos espíritas e os médiums de um modo geral, e mais especificamente os “médiums receitistas”. São relações que, embora muitas vezes negada a priori aparecem em diversas ocasiões, ora em centros espíritas, ora em instituições médicas dirigidas por espíritas. Entretanto, não constata-se mais essa relação quando distante das instituições, sejam elas religiosas ou de assistência a saúde. O “médium receitista” que outrora podia atuar em sua casa ou nos fundos de sua residência, sem buscar respaldo institucional, hoje não recebe mais o respaldo de profissionais da saúde e espíritas. A institucionalização destas práticas, por uma via ou por outra, garante alguma legitimidade desta ação quando se faz necessária à defesa de quaisquer acusações.

Entretanto, nos relatos deste capítulo importa perceber, para esta pesquisa, é que no conteúdo da narrativa espírita o “doente” e o “obsedado” são colocados em um mesmo parâmetro de classificação. Indicando que, para os espíritas, a compreensão da doença pode significar algum distúrbio que está além do aspecto biológico. Assim, uma das questões que se levanta para a pesquisa etnográfica é como os médico-espíritas classificam os males espirituais e os males carnis? E se nessa classificação os males espirituais são considerados por eles como doença?

Capítulo 3 – O circuito médico-espírita

Os dados levantados nesta pesquisa sugerem a existência de uma atuação maior dos médico-espíritas em locais como os hospitais espíritas, as associações médico-espíritas e também, alguns centros espíritas que fornecem atendimento médico ou *receitista*. Puttini (2004) definiu como instituições híbridas os locais onde há prática médica e espírita concomitantemente, entendendo que esta definição possa ser estendida para os exemplos acima cita dos.

Evidentemente, é possível encontrar médicos-espíritas também em outros locais focados basicamente no atendimento médico convencional - como postos de saúde, clínicas e hospitais sem vínculo religioso, ou que possuem o vínculo religioso separadamente da atividade clínica (refiro-me às Santas Casas e outros hospitais similares).

Neste capítulo, apresento três espaços em que a prática do espiritismo e da ciência são indissociáveis. A seguir, faço uma descrição das instituições onde fiz observação e, na seqüência, apresento o relato das experiências de campo. A etnografia será permeada pelo conteúdo das entrevistas semi-estruturadas quando o assunto for pertinente, identificando as categorias utilizadas pelos médicos-espíritas para a definição de doença e as terapias que aceitam. Optei por concentrar as entrevistas entre profissionais médico-espíritas que participam de pelo menos uma dessas *instituições híbridas*, como define Puttini (2004), ou seja, que apresentam tanto o caráter científico quanto o religioso.

3.1 – Uma Sociedade Espírita

A sociedade espírita pesquisada foi escolhida a partir de um critério pré-estabelecido: deveria fornecer algum tipo de atendimento médico no espaço ritual. A escolhida está localizada no Estado A, funcionando há mais de 20 anos em um bairro da capital deste. Além das atividades doutrinárias próprias da religião espírita, esta mantém uma creche e uma instituição de ensino superior, confirmando os aspectos da caridade e do estudo referidos por Cavalcanti (1983). O trabalho público de consulta com *médium receitista* foi o que chamou minha atenção, pois neste caso, segundo se afirma, é o *mentor espiritual* quem apresenta a habilidade médica; o *médium* não é médico. Mas, como suporte

para o exercício, o *médium* conta com uma equipe com aproximadamente 9 médicos, cuja prática irei focalizar mais atenção.

Neste contexto religioso os pacientes podem percorrer diversos trajetos: um deles é constituído pelas pessoas que vão ao centro para ouvir a mensagem e receber a *energização* ou *passé*, como explicou Cavalcanti (1983:102-109); outra possibilidade é a pessoa que chega pela manhã e recebe uma senha, retornando à noite⁹⁵ para ser atendida pelo *médium*. Este atendimento, como já mencionado, é realizado com pouca privacidade, pois o *médium* atende em uma espécie de ante-sala aonde as pessoas vão entrando e quem vai ser atendido fica próximo da mesa e conversa com o *médium*. Ele fica sentado e o paciente em pé. Neste ambiente há outras pessoas que aguardam o atendimento. Após uma rápida conversa, o *médium* “escreve” a receita, e a pessoa, sai pela outra porta, sendo, em seguida, encaminhada para a *energização*, realizada em duas etapas: uma em grupo e outra individual. Na seqüência, a pessoa se dirige a um outro grupo que lê a receita e “traduz” como será o tratamento recomendado pelo *mentor espiritual*.

Esses dois trajetos iniciais se desdobram em outros movimentos, seja o acompanhamento médico, fornecido pelo trabalho voluntário dos médico-espíritas da casa; seja a recomendação para participar dos grupos de estudos da mediunidade da casa espírita; seja a realização de tratamento alternativo com cromoterapia e/ou o *algodão energizado*, ou a pessoa pode ser encaminhada para os tratamentos feitos à distância, como as *cirurgias espirituais*⁹⁶ e as *irradiações*. Esses trajetos, associados à participação de palestras, recomendações de leituras, dentre outros, têm a finalidade de “conscientizar” os participantes sobre a responsabilidade de cada um por seus atos e pensamentos, sugerindo-se que a Doutrina Espírita pode fornecer elementos para que as pessoas encontrem “força de vontade” para buscar “*um padrão de pensamento e atitudes elevados*”, como explicou uma voluntária da casa.

Quanto à participação dos médicos-espíritas neste contexto, a atividade é exercida em caráter voluntário e, portanto, sem ônus para quem recebe. Tanto Cavalcanti (1983) como Greenfield (1999) sugerem que isso ocorra devido ao fato de um dos pilares desta religião ser a caridade. Dentre as especialidades, que variam de acordo com a formação do

⁹⁵ Quando, então, preenche uma ficha na qual são solicita informações gerais como nome, endereço, profissão

⁹⁶ Sobre este assunto ver Greenfield,1999. *Cirurgias do além*

voluntário, pode-se encontrar médico acupunturista, clínico geral, ortopedista, pediatra e outras. As atividades neste centro espírita vão até altas horas da noite: quando participei saía por volta das 23 horas e ainda os trabalhos estavam acontecendo. Diante da dificuldade de entrevistar os médicos-espíritas neste local, devido à grande fila de espera pelo atendimento, procurei marcar as entrevistas em outro horário e local. Entretanto, buscando compreender um pouco mais das atividades ali exercidas, acompanhei o atendimento prestado por uma médica acupunturista por duas semanas, oportunidade em que pude obter algumas explicações que serão agregadas ao conteúdo das entrevistas.

Minha hipótese é que a mediação entre religião e ciência torna-se possível em função do domínio dos dois códigos – o de medicina e o da doutrina espírita. Em uma escala maior, a idéia de *'solidariedade estrutural'*, pode ser verificada quando nesta Sociedade Espírita as atividades terapêuticas atuam em simbiose com as atividades religiosas, pois, se por um lado, a Sociedade Espírita ganha mais adeptos a partir da conversão dos que se sentem beneficiados pelo tratamento médico e espiritual que recebem e por isso sentem necessidade de retribuir (Mauss, Malinowski) o benefício recebido, muitas vezes tornando-se voluntários também; por outro, os médicos encontram um local seguro e rotineiro para a prática da caridade sendo que nesse mesmo local conseguem também orientações para o seu aperfeiçoamento científico e moral. Socialmente, a atuação dessa Sociedade Espírita cobre uma atividade que seria um dever do Estado, visto que presta um serviço de atendimento a saúde semelhante ao SUS, diferenciando-se deste, pois procura entender o aspecto espiritual da doença e do doente.

A Sociedade Espírita é um segmento em que a prática médica e a religiosa se consorciaram como exercício da caridade, voltado para o aspecto filosófico e moral procura 'resgatar' o espírito humano. E nessa tarefa inclui o atendimento médico como forma de chegar no âmago da questão, a *reforma íntima* dos adeptos. Nesse sentido, posso sugerir que a mediação entre medicina e espiritismo realizada pelo médico neste contexto implica a doação do trabalho voluntário para auferir atualização de conhecimentos médicos e doutrinários, através da sua participação nas reuniões mediúnicas.

3.2 - Um Hospital Espírita

O Hospital Espírita escolhido é uma instituição sem fins lucrativos, subordinada à Federação Espírita do Estado A. O Hospital Espírita tem como finalidade o tratamento de transtornos mentais, alcoolismo, drogadição (termo utilizado na instituição para definir dependentes químicos) e geriatria, sendo que o primeiro compromete a maior parte dos recursos e atividades do hospital. Ele está localizado em outro bairro da capital do Estado A e comporta uma área de mais de 60 mil metros quadrados, constituída por 7 unidades funcionais, com aproximadamente 260 leitos, sendo que destes mais da metade atendem a demanda do SUS para os pacientes com neuroses e psicoses, e o restante é destinado a atendimentos particulares ou outros convênios. Os pacientes internos são a razão principal das atividades desenvolvidas nesta instituição.

A partir da pressão do movimento anti-manicomial e da reforma psiquiátrica, o referido Hospital passou a disponibilizar ainda um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), voltado para o atendimento de transtornos mentais, com capacidade para até 220 pessoas por dia. O outro Centro de Atenção – CAPS AD - é destinado ao atendimento de dependentes químicos e comporta até 190 pessoas. Nesta forma de atendimento não há internação e o interessado deve apresentar-se voluntariamente, no período da manhã ou da tarde. Outra modalidade ofertada é o que eles chamam de Hospital Dia (HD), no qual o paciente encontra a mesma estrutura de trabalho das unidades funcionais internas do Hospital, porém com atendimento das 8 horas até as 16 horas. Todas essas outras formas de trabalho também possuem convênio com o SUS. Este Hospital oferece ainda atendimento ambulatorial, que ultrapassa mil consultas por mês, segundo um encarte de comemoração de 60 anos da instituição.

São mais de 220 funcionários e cerca de 140 voluntários: 60 ligados ao Serviço de Assistência Espiritual (SAE) e outros 80 membros da comunidade. A direção do hospital⁹⁷ é constituída por quatro membros: uma diretora geral, um diretor clínico, um assessor geral e um assessor técnico, todos com formação superior na área de saúde (psicologia ou medicina) e espíritas de longa data. Entre vários deles há relações de afinidade e consangüinidade, em primeiro grau.

⁹⁷ Observar organograma em anexo

A filosofia institucional enfatiza o tratamento interdisciplinar, baseado na perspectiva terapêutica holística, que tem como premissa que “o ser humano é um complexo bio-psico-culturo/sócio-espiritual”, como informa o assessor geral. Desta maneira, as equipes multidisciplinares que atuam de forma integrada, situadas nas unidades funcionais de tratamento, realizam grande parte das atividades desenvolvidas. A equipe multidisciplinar é formada por profissionais de psiquiatria, clínica médica, homeopatia, psicologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e dietética, terapia ocupacional, serviço social, educação física, musicoterapia dentre outros, sendo que os demais serviços terapêuticos, como o serviço de estudos e pesquisa em terapias alternativas e a assistência espiritual, bem como as atividades realizadas por voluntários⁹⁸, também atuam de forma interdisciplinar, embora não integrados à equipe da unidade funcional.

Segundo um folder da instituição, “*O tratamento ocorre a partir do desenvolvimento de uma psicoterapia de grupo, onde participam os terapeutas, os pacientes e seus familiares*”. Esta metodologia tem por objetivo a diminuição do uso de medicamentos e é complementada por atividades ocupacionais de caráter sócio-terápico para “*desenvolver no paciente sua auto-confiança e recursos para se reintegrar à família e à sociedade*” (2003)

Para o assessor de direção – MEP-01, que é um médico-espírita psiquiatra com mais de 20 anos de profissão e de espiritismo:

“Não existe assim propriamente uma hierarquia, claro que o profissional médico é o responsável juridicamente pelo paciente. Todavia, num trabalho multidisciplinar, toda a equipe intervém desde o atendente de enfermagem, até a servente de uma unidade, quando no caso do paciente estar internado, todos são ‘agentes terapêuticos’ e não existe propriamente assim uma hierarquia que um mande e outros obedeçam, mas sim todos são contribuintes com a sua função para a prática do tratamento do paciente. Todos eles, cada um na sua função, vai cooperar para um mesmo objetivo que é o tratamento, a recuperação de um paciente a sua inserção novamente na família e na sociedade. Então, não há propriamente, assim uma hierarquia, todos são importantes, todos participam cada um na sua função.”(grifo meu)

O uso da categoria de “*agente terapêutico*” nos termos acima expostos sugere igualdade entre os membros da comunidade do hospital (incluindo aqui, além dos funcionários do hospital, os pacientes e seus familiares). Assim, a princípio, todos exercem os mesmos direitos e a mesma carga de responsabilidade, ou seja, a todos é dada à mesma

⁹⁸ As atividades realizadas por voluntários aqui se refere a participação da comunidade do bairro, seja ofertando corte de cabelo e manicure, seja ofertando atividades recreativas, entre outras.

importância, anulando-se, aparentemente, as desigualdades de status. Isto não quer dizer que não existam efetivamente diferenças.

A hierarquia é percebida nas questões mais burocráticas. Foi o que notei quando da aprovação do projeto desta pesquisa no comitê de ética da instituição. Apesar do assessor técnico, que é um psicólogo, ter redigido um parecer favorável à aprovação do primeiro projeto apresentado que incluía observação da clínica médica, o assessor de diretoria, que é médico, indeferiu o processo todo, inviabilizando a observação da prática terapêutica. Duas hipóteses surgem destas circunstâncias: primeiro, que a hierarquia possa ter sido funcional, ou seja, pelos cargos exercidos; segundo, que a hierarquia possa ser ocupacional, ou seja, em função profissão de cada um. Não pude identificar se houve a prevalência de uma sobre a outra, ou se houve uma somatória de ambas neste caso. A partir deste episódio toda a negociação passou a ser feita diretamente com o assessor da diretoria, que a princípio liberou a pesquisa apenas parcialmente. Faltava também resolver como não identificar nem mesmo o Estado onde fica esta instituição.

O modelo de atendimento oferecido por esta instituição foi alterado a partir do ano de 1984, quando a atual diretoria assumiu o Hospital Espírita. A primeira mudança foi a do nome da instituição que passou de “Sanatório Espírita” para “Hospital Espírita” entre os anos de 1984 e 1987; penso que essa alteração seja uma reação aos estudos de Foucault sobre O poder psiquiátrico (1974-1975) e a todo um movimento antimanicomial⁹⁹ que surgiu a partir deles, além de uma forte influência dos trabalhos de Edgar Morin¹⁰⁰ sobre a teoria da complexidade, e de Roberto Crema¹⁰¹ e Fritjof Capra¹⁰², sobre visão sistêmica. Este Hospital Espírita acabou se antecipando quanto ao que mais tarde se configurou numa

⁹⁹ Pude observar essa conflituosa relação durante as comemorações dos 60 anos desta instituição, quando na calçada em frente ao teatro algumas pessoas distribuíam panfletos sobre esse movimento antimanicomial, contra a internação de doentes mentais e drogaditos. A manifestação foi pacífica sem necessidade de intervenção policial, entretanto alguns dos manifestantes eram ex-pacientes.

¹⁰⁰ MORIN, Edgar. (1986). *Para sair do século XX*. Tradução de Vera de Azambuja Harvey. Rio de Janeiro: Nova Fronteira e PENA-VEGA, Alfredo & NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do (orgs). (1999). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond.

¹⁰¹ Crema, Roberto. (1985). *Análise Transaccional Centrada na Pessoa*, Editora Agora, 4 edição e Crema, Roberto. *Introdução à Visão Holística*. Summus Editorial, São Paulo, 1988

¹⁰² Capra, Fritjof. *A Teia da Vida*. Editora Cultrix, São Paulo, 1997. Capra, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. Editora Cultrix, São Paulo, 1986. Capra, Fritjof. *O Tao da Física*. Editora Cultrix, São Paulo, 1985.

Reforma Psiquiátrica Nacional, iniciada com a Resolução número 93 do Ministério da Saúde (1993) e definida em 1994, objetivando um processo contínuo de desospitalização¹⁰³.

Em 2007, este Hospital Espírita passou a ofertar um curso de especialização em saúde mental, com uma abordagem transdisciplinar, em parceria com uma universidade privada. No corpo docente pude verificar somente um médico-espírita da instituição, o outro médico-espírita é o mesmo que defendeu a tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP. Segundo as informações contidas no site do Hospital:

“É um curso estruturado a partir da prática desenvolvida há mais de 20 anos no Hospital Espírita ..., com base num entendimento do doente como um ser bio-psico-sócio-culturo-espírita e numa proposta de trabalho transdisciplinar. O desenvolvimento do curso priorizará a vivência do dia-a-dia dentro de uma instituição psiquiátrica, considerando o referencial teórico que dá suporte ao trabalho de diagnóstico, restabelecimento e manutenção da Saúde Mental”.

A intenção em um primeiro momento é a de formação de funcionários e a conseqüente unidade de linguagem entre os mesmos, favorecendo um engajamento maior dos mesmos nas atividades do Hospital. A titulação é um segundo atrativo e um estímulo para um preparo profissional continuado, confirmando o caráter letrado do espiritismo já mencionado por Lewgoy (1998) e Stoll.(2003).

Puttini ao traçar o perfil dos hospitais espíritas de São Paulo, corrobora boa parte da descrição desse Hospital Espírita em questão:

*“No interior dos hospitais visitados observou-se um padrão na distribuição dos espaços terapêuticos, bem como o movimento de pessoas que usavam esses espaços. Sempre se encontrou, nos espaços das administrações, quartos, refeitórios, pátios, enfermarias, espaço de lazer interno e amplas áreas de lazer externa, ora preenchidos com atividades de plantio ou atividades de jardinagem pelos internos. **Profissionais da saúde assistiam aos doentes mentais, de estado físico e mental visivelmente diferenciado, notavelmente comprometido pelo comportamental de baixa cognição**”.* (2004:78), grifo meu.¹⁰⁴

Porém, encontrei pontos de divergência em outros aspectos. Puttini descreve que:

“A grande maioria dos hospitais contratavam profissionais da saúde que não são espíritas. Mas os espíritas, que não são profissionais da saúde, conviviam no mesmo

¹⁰³ Existe uma infinidade de estudos quanto a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil cito algumas referências: AMARANTE, P. (Coord.) *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995; SOALHEIRO, N. I. A Clínica da Referência. In: *Seminário Urgência Sem Manicômio*, pp. 68-72. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1996; CORBISIER, C. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio - Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*, pp. 279-300. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

¹⁰⁴ Esta descrição confirma a experiência que tive como voluntária, apresentada no capítulo 1 deste trabalho, onde comento o estado dopado dos pacientes.

espaço terapêutico desde a fundação das entidades. As salas dedicadas ao culto das reuniões de comunicação espirituais eram sempre reservadas aos trabalhos espíritas (que também poderiam ser utilizadas pelos profissionais da saúde de convicções espíritas). Daqueles hospitais visitados, os comandados pela equipe técnica, não dispunham de salas apropriadas para o trabalho espiritual, não por isso deixavam os espíritas de atuarem (mais timidamente) em dias combinados da semana, reservados para os passes aplicados aos doentes”. (2004:78)

No Hospital Espírita onde realizei parte da pesquisa os dirigentes são profissionais espíritas - psicólogos e médicos –; o corpo clínico possui tanto médicos-espíritas quanto não-espíritas, embora estes últimos sejam ainda em maior número – a relação, durante o período da pesquisa de campo, era de 40% médicos-espíritas para 60 % de médicos não-espíritas - o mesmo pode ser observado com relação aos psicólogos, não necessariamente nesta proporção. Nesse Hospital Espírita, a partir de 1984 com a nova diretoria, os voluntários do SAE – Serviço de Assistência Espiritual-, gradativamente ganharam espaço: eles possuem locais apropriados tanto para as atividades de passes como para o trabalho de desobsessão.

Puttini (2004) realizou sua pesquisa num hospital onde pode observar os conflitos entre os dirigentes espíritas (que não são profissionais da saúde) e o corpo clínico diante da implementação do *diagnóstico espiritual*, aplicado em decorrência da eficácia terapêutica processada junto aos pacientes submetidos a *tratamento espiritual de passes, desobsessões e energização das águas*. (2004:79)

Propus-me observar esse mesmo tipo de conflito no contexto pesquisado, pois ainda que a diretoria do Hospital Espírita seja formada por profissionais-espíritas, a idéia de implementar um método de *diagnóstico espiritual* não ocorre, existindo estudos de casos que sugerem tal situação, mas não há a intenção clara e objetiva de “*obter uma notação científica em busca de um padrão das ocorrências patológicas, médicas e espíritas*”, como Puttini constatou em seu estudo.(2004:79). Nos poucos prontuários a que tive acesso para confrontar com os dados do SAE, verifiquei que o encaminhamento para o tratamento espiritual do paciente sempre era anotado por um psicólogo, e apesar de registrar-se se este esteve ou não em atendimento espiritual, muitas vezes não era feita a anotação, mesmo quando o responsável pelo atendimento desse paciente era um médico espírita. Quando questionado se já havia ocorrido pesquisa sobre o aspecto espiritual nessa instituição, o assessor de direção afirmou que:

“Já tentamos fazer esse tipo de pesquisa, mas nos falta ainda base, fundamentos para fazer uma psicologia espiritual ou uma psicopatologia espiritual, dados que nós possamos tabular para ver isto ou aquilo no campo espiritual, que dê uma pesquisa fidedigna. Então, ainda estamos muito atrasados em matéria de pesquisa neste sentido, porém sem a pesquisa nós verificamos empiricamente os benefícios que todas essas práticas vêm trazendo. Com estudos de casos, observações diretas, os próprios pacientes fazendo essa referência que essas práticas estão trazendo para ele”. (Médico-Espírita Psiquiatra – MEP-01/ Assessor geral do Hospital Espírita).

Segundo este mesmo médico isso se deve à falta de um método adequado para se tratar das *questões espirituais*:

“Ainda temos essa pendência que é desenvolver um método de pesquisa que nos dê bases fidedignas de apreciar melhoras realizadas em tais intervenções. Nós estamos muito no campo terapêutico e muito pouco na pesquisa, e não sobra tempo mesmo para a gente mudar esse enfoque.”(MEP-01)

Isto pode ocorrer porque, segundo Puttini, “tanto médicos espíritas quanto médiuns têm por base a socialização mental da ação caritativa¹⁰⁵”(2004:265). O presente estudo parece confirmar essa tendência desses profissionais “híbridos” resistirem à pesquisa de uma prática associada à caridade. A produção de conhecimento sobre a terapêutica espírita está em segundo plano, nesta instituição. Penso que o fato de esses profissionais estarem no campo da crença dificulte esse processo.

Aqui retomo o trabalho de Loyola na análise que fez sobre os médicos populares, isto porque esses também relacionam a crença com a prática médica, e no entender da autora: “o habitus religioso que os médicos populares integram à sua vocação médica opõe-se de maneira irremediável ao habitus médico”.(1984:31)

Para essa autora não existe a idéia de um trânsito entre os *habitus* médico e o religioso, este profissional ao favorecer a presença da crença em sua prática estaria afastado do diálogo com seus pares profissionais. A minha hipótese é o oposto desta. Como os médicos-espíritas conseguiram se organizar em associações próprias e participam de

¹⁰⁵ Puttini comenta sobre esta socialização dando um exemplo de relacionamento entre os agentes observados: “nas reuniões mediúnicas, o médium, numa perspectiva de valor de transformar-se em médico de si mesmo, disputa com o médico espírita os conhecimentos terapêuticos adquiridos pelo estudo da doutrina espírita. O confronto com os conhecimentos advindos da formação médica, sempre em clima amistoso, fortalece-se pela lógica da honra. Conjugam-se em um ambiente de dignidade as estruturas intelectuais dos agentes religiosos interagentes. Propende-se ao consenso caritativo” (2004:265).

núcleos de pesquisas junto a instituições de ensino médico reconhecidas nacionalmente¹⁰⁶, eles conseguem e provocam um diálogo com a comunidade médica¹⁰⁷ seja através dos eventos abertos ou da divulgação de suas pesquisas, ou com a sociedade mais ampla através das campanhas de cunho médico-bioético-religioso¹⁰⁸, como a campanha contra o aborto, ou de esclarecimento sobre clonagem e células tronco

3.3 – Uma Associação Médico-Espírita

A Associação Médico-Espírita (AME) do Estado A surgiu em 1995. Atualmente, esta oferece estudo regular para os associados, uma vez por mês, nas dependências do Hospital Espírita acima mencionado. Esta parceria ocorreu a partir de 2005, quando o diretor clínico disponibilizou ao presidente da AME o auditório do Hospital, reconhecendo o esforço que este último tem feito para manter a Associação.

Bimestralmente a AME promove um simpósio aberto para todos os que se interessam pela temática, no teatro da Federação Espírita desse mesmo Estado. Alguns temas que já foram abordados são “*O Impacto das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Família*”; “*Genética, Questões de Bioética e Espiritismo*”; “*Paradigmas da Saúde*”; “*Paciente Terminal e o Direito de Morrer*”; dentre outros, caracterizando-se por serem assuntos atuais e muitas vezes polêmicos.

Se no curso regular a média presencial é de 35 pessoas, nos simpósios esse número aumenta significativamente. O auditório onde é realizado tem capacidade para mais de 400 lugares, e está sempre lotado nos eventos da AME. Dessa associação podem participar profissionais de diversas áreas, o que os une é o interesse pelas relações entre saúde e espiritismo. Não se trata, portanto, de uma associação exclusiva para médicos, nem

¹⁰⁶ NEPER- Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos, na USP e o O NASCE – Núcleo Avançado de Saúde Ciência e Espiritualidade, na Faculdade de Medicina da UFMG.

¹⁰⁷ Como a matéria no jornal do CRM/PR intitulada: Medicina e espiritualidade aplicadas em prol do paciente, Abril e maio de 2005, página 14. Outro exemplo é a disciplina “Saúde e Espiritualidade” ofertada pelo departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina da UFMG. Com relação a pesquisa médica pode-se citar o trabalho de médico psiquiatra Frederico Leão sobre a prática espiritual, quando empregada em conjunto com padrões médicos convencionais, pode ser um tratamento eficaz para a deficiência mental, esta foi a conclusão do médico em sua dissertação de mestrado defendida no Instituto de Psiquiatria (IPq), da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). O pesquisador analisou os casos de 650 pacientes internados nas Casas André Luiz, onde é diretor clínico, e verificou que aqueles que foram submetidos a sessões espirituais obtiveram melhoras significativas. Leão utilizou a metodologia científica (estatística e escala psiquiátrica de avaliação) para analisar o efeito das sessões mediúnicas.

¹⁰⁸ A campanha “*Ame a Vida desde o Início*” realizada pela Ame-BR e a publicação de A Alma da Matéria. Nobre, 2003.

exclusiva para profissionais da saúde. Pude constatar isso ao acompanhar uma palestra realizada por um profissional que não era nem médico, nem profissional da saúde.

Apesar de não estar subordinada à Federação Espírita do mesmo Estado, as relações entre ambas são cordiais e frequentes, seja na utilização do espaço físico, seja no apoio às campanhas que coordena como “Diga Sim a Vida” em uma alusão à aceitação da gravidez, mesmo que inesperada ou indesejada. Esse comentário é importante porque a AME acaba tendo mais liberdade do que o Hospital, que em função de ser um departamento da Federação deve seguir as diretrizes ditadas por esta, já a AME possui um estatuto próprio e independente.

Desses locais apresentados, tanto o Hospital Espírita como a AME demonstram uma ênfase para o estudo, procurando realçar o aspecto científico da Doutrina Espírita, essa tendência é permeada pela questão moral, produzindo todo um discurso relativo a bioética médico-espírita.

3.4 – A Prática Médica e a Religiosa

No contexto da literatura pesquisada pude encontrar em Cavalcanti (1983) uma etnografia detalhada de um espaço ritual semelhante ao da Sociedade Espírita aqui pesquisada, exceto pelo atendimento mediúnico receitista. Quanto à atuação da Associação Médico-Espírita, restrita ao campo discursivo, esta servirá de contraponto para as entrevistas realizadas com médicos-espíritas. Por sua vez, o Hospital Espírita, apesar de todas as restrições impostas, foi o local onde pude observar a questão ritual dentro do espaço médico. Tendo como referência a pesquisa de Puttini (2004), privilegiei a observação deste contexto a fim de apreender com maior clareza as continuidades e descontinuidades entre religião e ciência na atuação desses profissionais. Começo com a descrição da Sociedade Espírita, que serve de contraste para a descrição do Hospital Espírita. Por último, a partir da observação dos eventos da AME do Estado A e da AME-BR, mais o conteúdo das entrevistas, abordo o discurso médico-espírita a partir de temas como temas como: escolha da carreira, concepções de doença do corpo e do espírito, práticas terapêuticas, concepção de religião, concepção de ciência – buscando apreender aquilo que se faz e aquilo que se diz fazer, a prática e o discurso mediados pelo ideal médico-espírita.

3.4.1 – Na Sociedade Espírita

Para conseguir a liberação da observação neste local precisei da autorização do responsável, este é também o responsável da instituição de ensino superior e da creche mantida por esta Sociedade Espírita, e que é também o médium-*receitista* da instituição. Liguei marcando um horário. Fui recebida na Faculdade, onde aguardei por mais de uma hora. Expliquei o que pretendia, perguntei o que poderia observar e com quem deveria falar para acompanhar os trabalhos dos médicos. Sem burocracia, ele me indicou dois nomes e afirmou que eu poderia observar o que conviesse para minha pesquisa. A maior dificuldade encontrada foi conseguir falar com as pessoas indicadas. O pessoal da Sociedade não forneceu os telefones e tive que contar com a sorte para encontrá-los nos dias de trabalho. Um deles estava viajando e demoraria em retornar e depois de duas ou três tentativas consegui finalmente que a outra pessoa me recebesse. Era uma médica acupunturista que informou que o trabalho dela eu poderia acompanhar, e que nos intervalos entre um atendimento e outro ela explicaria o que precisasse. Mas, quanto aos demais colegas eu teria que consultá-los individualmente sobre a disponibilidade.

No primeiro dia de acompanhamento, vesti um jaleco branco e atuei como auxiliar: segurava o pote com as agulhas e ela me explicava os casos que estava atendendo, sempre muito solícita e me apresentando para os pacientes. Depois de algum tempo de observação perguntei:

“- Como o seu trabalho pode auxiliar a atividade do *médium*?”

Ela respondeu:

“- Bom, ele trata das questões espirituais e recomenda o tratamento que acha mais conveniente para cada caso. Nós aqui atendemos a parte material, mesmo a acupuntura, ela atua no campo energético da matéria. Ainda não conheço técnica alguma que atenda diretamente as necessidades dos espíritos que seja praticada pela medicina. Todo o conhecimento está voltado para o equilíbrio do corpo e do campo energético deste corpo.”

“- Os florais e a homeopatia também?”

“- Também.”

Ao conversar com os pacientes ela sempre perguntava como estava o cotidiano deles, se o tratamento estava auxiliando, como estava o relacionamento em casa, com os familiares e quais os cuidados que o paciente estava tomando.

Um dos pacientes, que estava com problemas de pressão alta, procurou saber por quê?:

“- A sua pressão está um pouco alta, você precisa tomar alguns cuidados. Quem faz a comida na sua casa?”

“- Eu mesmo, moro sozinho.”

“- E como você tempera a comida?”

“- Com sal.”

“- Você usa muito sal?”

“- Mais ou menos, senão a comida fica sem gosto.”

“- Bom, você precisa diminuir bastante o sal, o ideal é comida sem sal mesmo. Você podia tentar outros temperos verdes como salsinha, cebolinha, orégano, alecrim essas coisas para dar sabor, senão não vamos conseguir controlar a tua pressão.”

“- Vou tentar, já é bem difícil almoçar sozinho, se a comida não tiver gosto daí...”

“- Faça um esforço, por favor.”

“- Tá.”

Enquanto conversava ia colocando as agulhas e depois deixou o paciente na sala com pouca luz, para auxiliar no repouso, junto com mais dois rapazes que também fizeram o tratamento. Ela comentou que eles ficam de 20 a 30 minutos com as agulhas e que nesse tempo também relaxam o corpo. Enquanto isso ela preparava outra sala para atender um grupo de mulheres. Ela comentou que os grupos são separados para não causar constrangimento, pois os homens parecem mais retraídos e as mulheres mais falantes e isso causa desconforto no atendimento deles, enquanto entre elas há inibição de levantar a roupa para colocar as agulhas.

No grupo das mulheres, uma das pacientes que veio com problemas nas costas, já estava no seu terceiro atendimento, a médica procurou saber se o tratamento estava dando resultados:

“- Tem se sentido melhor?”

“- Ainda dói muito, mas já consigo me movimentar, com a bengala.”

“- Como estão as coisas em casa?”

“- As tarefas da casa estão meio acumuladas, porque eles tem que tomar conta de mim e da casa, daí fica meio confuso tudo. Procuro não incomodar muito, mas sabe como é difícil ficar parada, ora é ir no banheiro, ora preciso conversar um pouco para não me entristecer...”

“- Você sabe que por enquanto não deve fazer esforço, mais algumas sessões e vai se sentir melhor. Daqui você vai para o relaxamento?”

“- Vou sim senhora.”

Depois desta turma houve um pequeno intervalo enquanto aguardava o tempo para retirar as agulhas do primeiro grupo. Ela me levou a uma pequena secretaria e mostrou algumas fichas das pessoas atendidas. Grande parte com problemas físicos e alguns casos de depressão. O curioso foi que ela me disse que tem crescido o número de casos de depressão entre os homens, o que é mais difícil de atender, segundo ela, porque eles normalmente falam menos que as mulheres.

Ela então perguntou o que mais eu gostaria de saber.

“- Como funciona essa relação entre vocês e o *médium*?”

“- Bom, para nos atualizar fazemos o estudo doutrinário e mediúnico. No grupo, o *médium* nos coloca a par das pesquisas científicas que estão em andamento no plano espiritual, então temos uma espécie de atualização médica desta forma. Ele também orienta que rumo as pesquisas aqui irão tomar e nos aconselha em alguns aspectos. Essa parte que você está observando é a forma de praticar a caridade, sob uma orientação mais espiritual. O atendimento é mais completo, porque aqui tratamos o corpo e quando o paciente vem, antes ele passa pelo salão e escuta a palestra, lentamente ele vai pensando nas coisa que escuta, vai refletindo e tratando do seu espírito.”

A essa altura já estava na hora de retirar as agulha do grupo masculino. Acompanhei o processo e ela, sempre cordial, reforçou algumas orientações antes de encerrar o atendimento. Eram já 22 horas e 40 minutos, perguntei até que horas seguia a tarefa.

- Até o último ser atendido, respondeu ela, creio que antes da uma da manhã termine tudo.

Sai às 23 horas e 15 minutos e ainda não havia ares de que a atividade fosse parar. Em outra oportunidade consegui uma babá para me ajudar e cheguei em casa meia noite e vinte.

Pelo que esta médica me explicou todos ali atuam dentro das suas especialidades, o que eles fazem, além disso, é validar as receitas apresentadas pelo *médium*, desde que concordem com o tratamento. Ela explicou que se fica alguma dúvida, os médicos conversam com o *médium* ainda em transe e o mentor orienta o porquê daquela recomendação. Também nas sessões de estudo as dúvidas são elucidadas e alguns casos comentados.

Apesar da hegemonia do sistema biomédico sobre as terapêuticas religiosas nas sociedades ocidentais, neste espaço a relação ciência e religião parece estar invertida. As práticas médicas encontram-se subordinadas às orientações de ordem espiritual. Nesse caso, como o *mentor espiritual* domina o código biomédico, isso permite a legitimação das recomendações fornecidas. Entretanto, essa aparente inversão do poder hegemônico da medicina pela subordinação da prática médica à ordem espiritual pode ser questionada, pois pode-se supor que a origem médica do *mentor espiritual* seria uma forma de conferir legitimidade à prática receitista, uma reafirmação da autoridade médica, via atuação religiosa. A pergunta que fica neste caso é se todos os mentores de médiuns receitistas são “médicos” e qual seria a função do mentor espiritual médico quando o *médium* receitista é um médico, como foi possível constatar em um dos depoimentos?

3.4.2 –No Hospital Espírita

No Hospital Espírita, acompanhei de março a agosto de 2005 as atividades de fluidoterapia, conhecida como passe e, entre setembro e outubro, do mesmo ano, acompanhei o trabalho de *desobsessão*.

A fluidoterapia ocorre duas vezes por semana com o suporte de duas equipes compostas por aproximadamente 10 voluntários espíritas cada. A tarefa começa com uma reunião dos voluntários meia hora antes do atendimento dos pacientes, ainda no prédio onde fica a administração e o ambulatório. Neste prédio uma das salas do piso superior é destinada ao SAE –Serviço de Assistência Espiritual. Ali foi feita leitura de um trecho do livro Diretrizes de Segurança, de Divaldo Pereira Franco e José Raul Teixeira, sendo

posteriormente comentado pelos participantes. Nessa mesma etapa é feita uma espécie de “chamada” para verificar a assiduidade dos voluntários e quantos irão participar da tarefa. Para transitar pelo hospital é necessário o uso de crachá, com o nome e o da equipe a que se pertence, para agilizar a identificação nas portarias internas que dão acesso ao pátio das unidades de tratamento. Feita a distribuição dos crachás, a equipe segue para o salão do passe. Atravessei três portões, sempre chaveados. O local reservado para essa atividade fica defronte a um pequeno bosque muito agradável, propiciando um ambiente calmo. Na câmara de passe, como eles chamam, um dos voluntários faz a leitura de uma mensagem e outro faz a prece. Depois são distribuídas as tarefas: quem dá o *passe*, quem serve a água fluidificada, quem cuida da porta e orienta os pacientes na entrada e na saída do ambiente. Somente quem faz a preleção é que tem sua tarefa decidida com antecedência para que possa preparar o tema.

A explanação é feita para uma platéia rotativa, que entra e sai da sala de *passe* - os pacientes vêm sequencialmente das unidades de tratamento, participam parcialmente da preleção, são encaminhados para o *passe* e retornam para suas unidades. O expositor não pode tratar de temas complexos, por exemplo, de mecanismo mediúnico ou da própria terapêutica espírita. Os temas abordados são geralmente reflexões sobre a vida. O tema que pude acompanhar numa das oportunidades que estive no salão foi “Adquirir sabedoria para viver bem com as outras almas”. Enquanto o voluntário versava sobre algum tema no salão, permitindo sempre que o público fizesse perguntas ou comentários breves, os pacientes eram organizados em grupos para se dirigirem à câmara de *passe*. Após todos de uma unidade terapêutica tomarem o *passe* outro grupo entra e assim sucessivamente. Além dos pacientes, o *passe* é aberto para funcionários também, sejam eles da administração ou das unidades. Depois que todos tomaram o *passe* e se encaminham para suas unidades ou afazeres, a equipe se reúne novamente na câmara de *passe* e um voluntário faz a prece de encerramento. Todos retornam novamente pelos três portões e um dos voluntários se encarrega de recolher os crachás e anotar o número de pessoas que tomaram *passe*. Esse procedimento permite um certo controle por parte do coordenador do SAE quanto ao nível de participação dos pacientes, e, conseqüentemente, o empenho dos funcionários responsáveis por encaminhar os pacientes de cada unidade para esta atividade. Como existe uma unidade geriátrica e alguns pacientes que estão lá não têm condições de se locomover,

quando solicitado, são encaminhados dois voluntários para aplicar o *passé* na unidade, depois esses voluntários voltam e auxiliam no restante da atividade.

Como o salão de *passé* fica afastado das unidades de tratamento, quando o dia está chuvoso, o coordenador do SAE comunica pelo alto-falante que a atividade fica suspensa naquele dia e procede a leitura de uma mensagem, seguida de uma prece, para que os pacientes possam acompanhar a mensagem dentro das unidades funcionais.

Nos dias que participei, ora cuidava da porta e aplicava o *passé*, ora servia a água; cheguei também a ir a unidade de geriatria aplicar o *passé* com mais um colega, por quatro ou cinco vezes. O coordenador do trabalho afirmou que não é recomendável que o *médium* estando com a saúde debilitada, mesmo que por uma gripe ou outro mal estar, participe da transmissão do *passé*, por não estar apto a fornecer energia. Na fluidoterapia, não encontrei nenhum médico-espírita participando, apesar de estes reconhecerem a importância desta atividade.

Os voluntários do SAE desenvolvem ainda outras atividades, como consultas mediúnicas; acompanhamento de pacientes indicados para o SAE em conversas individuais dentro das unidades de tratamento - semelhante ao 'atendimento fraterno' encontrado em alguns centros espíritas -, e diálogos em grupo - semelhante ao 'evangelho no lar' - que no referido hospital é conhecido como 'momento de reflexão'. Todas essas atividades são iniciadas e terminadas com uma prece. Não participei dessas atividades. Algumas por serem realizadas dentro das unidades de tratamento, não me foram liberadas para observação. O mesmo se deu com a consulta mediúnica por seu caráter privativo.

Em sua etnografia Cavalcanti descreve as atividades de um centro espírita – em especial a *prece*, o *passé* e os *trabalhos mediúnicos*. Quanto à *prece*, Cavalcanti¹⁰⁹ ressalta que “*de fato, as preces devem ser vividas, mais do que simplesmente ditas. Devem corresponder integralmente ao sentimento de quem as profere. Podem ser feitas a qualquer hora, em qualquer lugar. São um meio de socorro, recursos indispensáveis do médium, para dúvidas e demais ordens de dificuldades*”.(1983:99). A autora acrescenta ainda que a *prece* complementa outros elementos rituais como o *passé*, a sessão de mediúnica, mas no caso da *irradiação* é o foco principal da atividade. Por *irradiação* entende-se a emissão de

¹⁰⁹ Em Cavalcanti (1983) a descrição da *prece* pode ser encontrada nas páginas 99 a 102. O *passé*, nas páginas 102 a 110 e as manifestações mediúnicas, nas páginas 110 a 131.

‘vibrações positivas’ à distância em favor dos que são indicados para recebê-la. Ela é feita em dia e hora determinados, por exemplo sempre às quintas-feiras às 20 horas, como observado no Hospital Espírita, precedendo a sessão de *desobsessão*. Para tal procedimento solicita-se o nome, a idade, o motivo da solicitação e o local onde a pessoa se encontra. Consultando uma apostila de um curso regular de estudo da mediunidade, utilizada em vários centros espíritas do Estado A, encontrei que “*a irradiação pode ser considerada como um passe à distância, já que as energias são as mesmas envolvidas na mecânica do passe*” (2001:103)

O *passe*, demonstrou Cavalcanti, é uma troca fluídica entre o ‘Mundo Invisível’ e o ‘Mundo Visível’ feita de perispírito para perispírito. Ela explica que “*os fluidos são um elemento da ordem do físico, transmissores de vibrações que acabam contendo por ter um conteúdo essencialmente moral. Nele, o que é orgânico/material e o que é espiritual estão em permanente relação por meio do perispírito, que combina em si as duas ordens e ordena as passagens entre o corpo e o espírito.*” (1983:103)

Como pude observar o *passe* ocorre por meio da imposição de mãos a uma pequena distância, e esta tarefa também não permite manifestação mediúnica, o que confirma a descrição de Cavalcanti para o *ethos* espírita “*de controle, discricção, sobriedade, expressando a exigência de controle do corpo por parte do médium*”(1983:110).

3.4.2.1 - Trabalho de *Desobsessão*

Do trabalho de *desobsessão*, fiz observação direta não participativa, seguida de perguntas. Os participantes da tarefa chegaram aproximadamente 15 minutos antes das 20 horas, a sala no primeiro andar é reservada para as reuniões do Serviço de Assistência Espiritual do hospital. O dirigente do trabalho de *desobsessão* fez a leitura de um tema do Evangelho que versava sobre humildade. Havia sobre mesa várias folhas de papel e canetas à disposição. Em seguida, os participantes da equipe apresentaram as novas indicações para o tratamento de *desobsessão*, na maioria dos casos, pacientes internados para tratamento psiquiátrico, sempre relatando o nome, a idade, a unidade de tratamento em que o paciente

estava, e os motivos¹¹⁰ que levaram a indicação. Como na equipe desta atividade além dos voluntários espíritas, que em sua grande maioria não são médicos, participaram também alguns médicos e psicólogos, que são também espíritas, alguns casos trazidos por estes têm o quadro de melhora acompanhado de perto por esses profissionais, sendo mais tarde analisados e apresentados como estudos de caso sobre a terapia conjunta médica e espírita, em simpósios e jornadas de estudos.

O número de participantes do trabalho de *desobsessão* variou de 9 a 12 pessoas, sendo que duas pessoas eram responsáveis pelas orientações ou atendimento dos espíritos comunicantes. Na maioria das sessões os participantes dispunham-se alternadamente um homem e uma mulher, mas isso não ocorreu em 100% das reuniões que pude observar.

Depois da citação de novos casos, o ambiente ficou na penumbra, apenas uma luz azul de pouca intensidade clareava o ambiente. O dirigente fez uma prece solicitando o auxílio do *plano espiritual* para que a reunião atingisse o objetivo de “*sensibilizar as almas daqueles que ainda estão envoltos em tramas de amargura e rancor, e esclarecer tantos outros espíritos enleados com seus mundos ainda de tão pouca luz*”. Após a prece, mantida a penumbra, começou a tocar uma música estilo *new age* ou *wave*¹¹¹ ao fundo, por cerca de 5 à 7 minutos. O dirigente do trabalho posteriormente explicou-me que nesse momento inicial do trabalho os médiuns procuram liberar *ectoplasma*¹¹² para as atividades mediúnicas que necessitem deste material. Segundo ele, o ectoplasma pode ser utilizado na recuperação celular nos casos de pacientes com danos cerebrais. Terminada esta etapa, a luz foi apagada por um dos integrantes e o dirigente comunicou aos médiuns que poderiam passar às comunicações.

Conversando após os trabalhos com o dirigente ele explicou que além dos doutrinadores, também são muito importantes os ‘médiuns de apoio’ ou ‘sustentação’. “*Porque o teor das comunicações por serem muito grosseiras, com um fluído pesado,*

¹¹⁰ Os motivos passíveis de serem encaminhados para o atendimento espiritual podem ser encontrados no anexo I.

¹¹¹ Estilo de música contemporânea que não tem canto e os sons são calmos e remetem aos sons da natureza como a água, o vento, a chuva, música que pode ajudar na contemplação.

¹¹² Substância de origem psíquica que emana do corpo do médium. Pode ser visível para quem tem o dom da vidência. É por meio dessa substância que os espíritos operam no mundo. (<http://www.guia.heu.nom.br/ectoplasma.htm>)

causa um certo desgaste para os médiuns que recebem as comunicações, assim os médiuns de sustentação fornecem energia para que a comunicação consiga ser transmitida”.

Foi explicado ainda que os demais participantes eram médiuns, sendo alguns de psicofonia (fala), outros videntes, outros de psicografia (escrita). Entretanto, ao observar algumas sessões pude constatar que um *médium* podia atuar ora escrevendo, ora falando, ora descrevendo lugares ou pessoas, num processo chamado por eles de *desdobramento*. O *médium* explicava onde se encontrava espiritualmente e relatava o que estava vendo, de que cena estava presenciando e quem eram os envolvidos. Ele procurava identificar nesta fase se havia alguém pedindo ajuda ou se sentindo acuado. Nesta atividade, pelo relato do *médium* era como se ele estivesse ao mesmo tempo na sala do trabalho de *desobsessão* e também em outro lugar, este do qual ele falava. Na grande maioria dos casos após um *desdobramento* ocorria alguma comunicação relacionada ao assunto descrito no *desdobramento* - nos casos que acompanhei, o *médium* que *recebia* a comunicação era diferente do *médium* que tinha estado em *desdobramento*. A partir daí o orientador primeiro escutava o relato e tentava compreender a situação que o espírito estava relatando, e depois fazia suas considerações e aconselhamentos. Começava então a etapa de convencimento. Nos casos observados ocorreram situações de espíritos que não sabiam que estavam mortos e continuavam próximos das pessoas de sua convivência. Outros casos envolviam cobranças vingativas, ou “espíritos mercenários”, assim definidos por se acreditar que são amealhados por chefes de quadrilhas espirituais para causar danos à sociedade. Em algumas poucas ocasiões pude perceber a questão do “amor ferido” como tema em pauta, seja em casos de traição entre amantes, ou entre amigos, a ganância sobrepujando o sentimento.

Na etapa de “convencimento” por parte do orientador, uma das médiuns descreveu o que parecia ser uma “grande tela”, na qual, segundo o *médium* vidente, o espírito comunicante podia ver cenas de vidas pregressas que continham o episódio-chave para a compreensão de sua situação atual. O dirigente explicou que são espíritos que têm encontros e desencontros por várias encarnações e muitas vezes repetem o mesmo erro ou deslize um em relação ao outro, gerando um ciclo de perseguição onde não há vítima ou

algoz, ambos têm fraquezas semelhantes que não conseguiram ainda superar, daí estarem sempre ligados pela lei de afinidade¹¹³.

Dentre as comunicações que acompanhei é necessário que se diga que não houve apenas casos de manifestações de espíritos de pessoas falecidas. Ocorreram também comunicações espirituais de pacientes que estavam internados nas unidades de tratamento. Essa é uma segunda forma de *desdobramento*. A explicação do dirigente é que “*no horário da reunião de desobsessão muitos internos já estão dormindo ou estão em um estado letárgico. E são trazidos para a reunião pelos mentores espirituais do trabalho*”. Pergunto por que isso é necessário, e a argumentação foi que neste estado o espírito do paciente está mais receptivo ao diálogo e com maior lucidez, pois se encontra em um momento de emancipação da alma. As técnicas de doutrinação e o “confronto com o passado”, segundo se acredita, podem esclarecer fatos. O objetivo é que através da compreensão e do perdão esses pacientes consigam modificar suas condutas e “responder melhor” tanto à psicoterapia como ao tratamento medicamentoso. Um outro participante comentou que este é também o objetivo quando os espíritos que se manifestam são de pessoas já falecidas. Acredita-se que esse tipo de manifestação facilita a condução espiritual do mesmo para locais com ‘vibração mais alta’.

O combinado para que a observação do trabalho de *desobsessão* fosse possível é que não relatasse os casos ali trazidos. Primeiro porque seriam casos clínicos em andamento e era necessário sigilo quanto aos mesmos e segundo porque o meu simples interesse por esses poderia criar alguma sintonia entre mim e os “espíritos envolvidos”, o que, na compreensão da equipe de *desobsessão*, poderia gerar um processo obsessivo envolvendo a minha pessoa. Portanto, procurei acima descrever o máximo possível sem identificar ao que se referiam às comunicações. Considerei esta limitação muito mais uma atitude preventiva e paternalista do que algum tipo de censura, pois que eles me liberaram para pesquisar os documentos e fitas cassetes mais antigos do SAE, casos que já tivessem sido encerrados e o paciente envolvido tivesse tido alta. Foi o que fiz, e com a liberação de

¹¹³ “As manifestações espíritas são reguladas pela Lei de Afinidade, fluídica e vibratória. Para que um Espírito se comunique é essencial que se estabeleça sintonia do perispírito do encarnado com o perispírito do desencarnado. É necessário que ocorra o ajuste mental entre o médium e o espírito para que ambos passem a emitir vibrações equivalentes, ou seja, que ambos se graduem na mesma faixa vibratória”. (sef.feparana.com.br/apost/unid52.htm)

um dos profissionais de saúde, pude observar inclusive alguns prontuários selecionados para cruzar as informações com os dados do SAE.

Para ilustrar melhor o que resultou desta busca vou abordar um estudo de caso apresentado pela equipe técnica em parceria com a equipe do SAE.

3.4.2.2 - Um estudo de caso

Este estudo de caso foi apresentado no simpósio sobre *Interferências Espirituais nos Transtornos Mentais*, promovido pela AME do Estado A. A apresentação desse caso foi feita por um profissional de psicologia, que também é espírita e participa do trabalho de *desobsessão* acima descrito. Este será nomeado a partir de agora de PPE-1. Primeiro foi relatado o atendimento dentro da unidade e depois o atendimento pelo SAE.

A descrição do caso clínico:

Primeira parte: Paciente AD, 14 anos, estudante da 7ª série, pais separados em função da agressividade paterna, criada por sua avó desde os 2 anos de idade, um irmão de 15 anos no momento da internação dela está internado em outro hospital psiquiátrico da mesma cidade, a outra irmã de 11 anos criada por uma vizinha, e outra irmã de 8 anos criada pela avó materna. O pai é alcoólatra e a mãe retorna para a casa materna em outubro de 2002, AD é internada neste Hospital Espírita em 26 de julho de 2003.

Descrição do quadro no momento do internamento: surto psicótico com alucinações auditivas e visuais, delírios persecutórios, alteração de comportamento e agitação psicomotora. Trazida pela mãe e tio, há 8 dias sem alimentar-se falando coisas sem nexo e não reconhecendo os familiares. Paciente com nível de ansiedade e angústia altos, referindo que um tio falecido (há 7 meses) viria buscá-la. O internamento é involuntário (com grupo de ajuda para conter a paciente). Ela apresenta-se chorosa, assustada, desorientada no tempo e no espaço. Diagnóstico F-23.1 (Transtorno psicótico agudo, polimorfo, com sintomas esquizofrênicos).

Dia 13/08/2003: AD está internada pelo SUS, Nível 1- Acolhimento, confusa, delirante, comportamento pueril.

Dia 21/08/2003: AD, Nível 2- Acompanhamento, mais tranqüila, menos ansiosa, mais organizada consigo mesma, relata alucinações visuais e idéias fixas sobre o tio falecido.

Dia 29/08/2003: AD, Nível 3- Participação, melhora dos sintomas produtivos, mais integrada à unidade, sorridente, porém ainda ansiosa e com comportamento pueril.

Dia 12/09/2003: AD, Nível 4 - Conscientização, tranqüila, participativa, adequada, afetiva no contato interpessoal, compreendendo a necessidade do tratamento, com iniciativa.

Dia 19/09/2003: AD, Nível 5- Integração, lúcida, orientada, responsável, conseguindo refletir sobre algumas dificuldades pessoais e familiares, paciente em trabalho de alta, já passa os finais de semana em casa.

Dia 26/09/2003: AD, Nível 4 - Conscientização, quadro psiquiátrico compensado, porém emocionalmente insegura e pueril, medos e receios sobre o seu comportamento e atitudes infantis.

Dia 20/10/2003: AD, Nível 5- Integração: calma, participativa, com nível de iniciativa nas atividades terapêuticas, sorridente, afetiva com as demais pacientes, lúcida e orientada - relata estar mais segura e preparada para a alta, como também estar conseguindo refletir sobre suas atitudes pueris: "Estou agindo com meus 14 anos", aqui a paciente tem "alta melhorada"¹¹⁴, orientada a dar continuidade ao tratamento em sua cidade. Neste caso esta é a principal preocupação da equipe multidisciplinar.

Analisando o quadro no momento do internamento percebe-se que esta paciente está sob um 'constrangimento social' resultante da separação dos pais, do alcoolismo do progenitor, do abandono e fragmentação familiar. Este quadro, segundo o diagnóstico, gera na paciente sofrimento, expresso por meio de choro, ansiedade, e incapacidade de verbalizar seus sentimentos. Na descrição do quadro clínico a paciente é descrita como "falando coisas sem nexos".

Com relação a este aspecto, Rasia (1996) estabelece uma relação entre o sofrimento e a incapacidade de traduzir o imaginário através da linguagem, ou seja, a incapacidade de nomear esse sofrer. Ao analisar o caso de um paciente terminal o autor afirma que: "O

¹¹⁴ Alta-melhorada: é quando o paciente, fora da situação de crise, mas ainda necessitando de acompanhamento, pode continuar o tratamento fora do hospital, com seu terapeuta.

sofrimento físico aqui é apenas parte de um sofrimento que se aninha no universo imaginário de M e em seu psiquismo. Não conseguir domar completamente esse imaginário traduzindo-o através da linguagem (palavra), nomeando-o, para utilizarmos a expressão de MANONI, é o verdadeiro sofrimento de M.”(1996:142) Adiante o autor comenta que o sofrimento do paciente diminui quando este faz a travessia do imaginário para o simbólico, ao recuperar sua capacidade narrativa.(idem:143) Esta abordagem do sofrimento a partir da capacidade narrativa é importante para a análise a realizar-se a seguir, visto que o encaminhamento para o atendimento espiritual propõe a performatização ritual como instrumento para a recriação de condições narrativas.

Na seqüência apresento às sessões do trabalho de *desobsessão* referente a este estudo de caso. Retomando que as práticas rituais foram anteriormente relatadas.

A descrição do caso espiritual:

AD foi encaminhada para atendimento espiritual pela equipe da unidade já nos primeiros dias de internamento.

Quanto a esse encaminhamento o MEP-01 comenta que:

“Quando nós verificamos que os pacientes, algum deles apresenta sintomas, sinais que transcendem a psicopatologia e caracterizam bem estados alterados de consciência nós utilizamos então esses serviços que são complementares ao tratamento médico, psicológico. Há uma indicação de nomes para o Serviço de Assistência Espiritual quando os próprios pacientes revelam determinados sintomas, determinadas visões, certos conflitos interiores e que mostram interferências estranhas no seu modo de ser, interferências espirituais, e casos de obsessão. Então, é encaminhado o nome do paciente para o SAE para um trabalho específico de desobsessão, ao mesmo tempo é indicado para um voluntário do SAE estar acompanhando este paciente, estar conversando com ele”.

Tomando como ponto de partida este apoio da parte médica para a terapia religiosa, pretendo expor o atendimento espiritual com a intenção de compreender no que os médicos-espíritas acreditam e como eles reinterpretem a prática médica a partir dessa crença.

Na reunião de *desobsessão* do dia 31/07/2003:

Médium 1 recebe o *MentorEspiritual* que apresenta o caso de AD antes do atendimento como segue: *"Neste caso as lembranças estão embaralhadas, como um arquivo em que os registros se misturam, e ela vivencia uma confusão como se houvesse*

várias portas abertas que deixassem fluir vários episódios e fatos que marcaram gravemente várias existências. São emoções que se repetem num desencontro constante gerando mágoas, ódios e ressentimentos."

Médium 2 recebe AD em *desdobramento* .

"Não sei o que foi. Não gosto daquele cavalo branco. Aqui está frio. Estou tremendo. Estou sonhando. Aquele cavalo branco é bravo. Eu caí dele. Meu pai não queria que eu andasse nele. Sou brava com todo mundo. Eu tenho 16 anos, me chamo Catarina. Não gosto de ninguém, nem dos meus pais, Eles não deixam eu me casar com aquele moço".

Ela revê sua morte com a queda do cavalo. Vê seu corpo sendo pisoteado pelo cavalo. Ela é levada a compreender o seu *desencarne*.

Este relato é tido como a narrativa de uma vida passada da paciente. Nesta situação AD revive o momento da morte. Essa “experiência” se torna possível porque o ritual promove a reconstrução de fatos e conflitos entre personagens a partir de uma matriz temporal, que reordena a narrativa. O ritual, nesse caso, separa e rearticula o que se apresenta sobreposto – conflitos do passado e do presente. Revividas ritualmente, as relações do passado são revividas e relacionadas com os personagens da fase atual da vida da paciente. A performance ritual coloca em cena diferentes contextos temporais, nos quais os conflitos se apresentam como nódulos de articulação entre as várias encarnações do espírito. Acredita-se que esses conflitos de relacionamento que possam ter ocasionado o trauma que se manifesta no contexto atual. Agora continuo com as sessões de *desobsessão* e a seqüência narrativa.

Ainda na mesma sessão do dia 31/07/2003:

Médium 2 prossegue com AD em *desdobramento*: agora ela se vê na época dos anos 50. Está em uma estação de trem esperando por alguém muito importante. *"Estou sozinha, pareço um fantasma. Ninguém me nota. Tenho tosse"*. Ela ficou decepcionada. Ele não veio. *"Toda minha juventude foi ficando um fiapo de gente. Meu pulmão dói. Ele está preto. Respiro com dificuldade"*. Ela percebe o *desencarne*. Vê o corpo. *"Estão velando por ele"*. (referindo-se ao corpo).

O conflito de relacionamento remete a uma situação de abandono, o sofrimento da paciente é um reflexo de uma decepção amorosa.

Médium 3 recebe o espírito obsessor: "*Toda essa parafernália para quê? É uma pessoa só. Eu quero acabar com ela . Eu misturei todas as estações na cabeça dela. Vocês ajudam ela, eu vou lá e mexo tudo outra vez. Eu abri a cabeça dela e misturei tudo lá dentro.*"

Nesta etapa da narrativa aparece a explicação para o fato da paciente falar coisas sem nexos. São fragmentos de existência anteriores que o *espírito obsessor* aciona desordenadamente para causar a confusão mental da paciente. Porém, um dos objetivos do trabalho de *desobsessão* é a doutrinação e esta começa exatamente no momento em que o obsessor se manifesta. Acredita-se que muitos deles são trazidos a contra gosto e imobilizados a princípio.

Ainda *médium 3* prossegue com o *espírito obsessor*:

"Não posso me mexer. O que vocês estão fazendo comigo? Para eu deixá-la vão ter que arrumar os parafusos dela. Por que vocês não perguntam para ela o que ela fez?"

Aqui o *espírito obsessor* abre espaço para o início de um diálogo, mesmo que impositivo. Ele, pela descrição que se segue, é levado imobilizado para atendimento espiritual no próprio plano espiritual.

Na sessão de 07/08/2003 a paciente retorna novamente em *espírito*.

Médium 2 recebe AD em *desdobramento*: "*Não gosto de ninguém. Todo mundo vai embora. Não percebo nada. Só faço confusão. **Estou sonhando de novo?***"

"Não gosto dele. Ele sempre me deixou. Quebraram meu pescoço. Por quê ele fez isso? Depois que joguei o anel fora, fiquei com muita raiva. Sabe que eu já fui guerreira? Estou num cavalo correndo, roupa de pele, chapéu com chifres. A gente saqueava as tribos. Fazia dos prisioneiros nossos escravos. Peguei ele para meu servo. No fundo eu amava ele, mas não podia falar. Eu era a filha do chefe. E ele quebrou meu pescoço numa emboscada".

A idéia de que ela estava sonhando, é tida como uma confirmação do *desdobramento*, e novamente ela vivencia outra situação de *desencarne*. E, logo em seguida descreve o que é tido como um processo *reencarnatório*.

Médium 2 ainda com a narrativa de AD: "*Está escuro o outro lado. Não vou lá não. Estou na barriga da minha mãe. Tem uma energia negativa. Não quero ela como minha mãe não. Eu gosto dele. Acho que vai ser um bom pai. Ele me acalma. Parece que levei um choque. Não quero nascer. Não quero que venha todo mundo me visitar. Não gosto do meu tio. Quero só o meu pai. Gosto do meu pai e ele não vem. Queria ter raiva dele e não consigo. Qual é a função do pai ?*"

Médium 1 recebe o *mentor* e este explica que o pai é o personagem que nunca fica com ela nos outros enredos.

Nessas circunstâncias a interpretação espírita é que a *reencarnação* de AD em parte foi compulsória para colocar em relação os personagens envolvidos nos conflitos vividos por diversas encarnações, na expectativa que os laços consangüíneos possam criar laços espirituais.

Nessa mesma sessão do dia 07/08/2003:

A médium 3 recebe o *espírito obsessor*: "*Não consigo abaixar a cabeça.*" Ele relata estar amarrado numa cama. "*Vim só para ouvir.*" "*Ai ! Meu pescoço.*"

Esta situação confirma que o poder do obsessor está temporariamente neutralizado, este intervalo da atuação do obsessor será utilizado para fortalecer AD, espera-se que ela responda melhor ao tratamento. No relato clínico esta melhora aparece registrada a partir do dia 21/08, depois da terceira sessão de *desobsessão*.

Esta aconteceu dia 14/08/2003:

Médium 2 recebe AD em *desdobramento*. Ela relata sentir falta de ar. Deseja ser libertada e ir embora. Diz ter tomado uma facada. Relata ter 24 anos e ser uma camponesa. Fala que o marido alcoolizado a mata a facadas. Ele estava enciumado, após uma noite de bebedeira, ensandecido a mata.

Outro episódio de *desencarne*. Outro episódio de conflito no relacionamento familiar. Na seqüência este marido a que ela se refere também se manifesta.

Médium 2 recebe o marido da camponesa: "*Eu não fiz nada. Gostaria de ter renascido não como tio dela, mas como alguém de fora, que eu pudesse me casar com ela e amá-la sem remorso.*" Ele sente-se culpado, porém relata nada ter feito para que ela fosse internada. Atualmente é o tio de AD.

Médium 3 recebe o espírito obsessor. Este relata falta de ar, tontura e diz estar ligado ao caso de AD.

Aqui novos atores envolvidos na trama aparecem para esclarecer o caso e AD mostra-se ainda confusa, entretanto mais calma e organizada como está na descrição clínica. Isto é tido como uma consequência da neutralização do obsessor.

Na sessão do dia 21/08/2003:

A médium 2 recebe AD em *desdobramento*: Ela fala da angústia da sensação de abandono, confusão na cabeça.

Médium 1 recebe mentor. Este afirma que a influência espiritual causou danos orgânicos, que será feito um tratamento com a paciente, uma cirurgia a nível espiritual¹¹⁵. O mentor esclarece que o espírito obsessor terá também um atendimento semelhante ao realizado com a paciente.

Médium 3 recebe o espírito obsessor. Este relata sentir um calor na cabeça. Diz estar com a cabeça enfaixada. Diz sentir-se muito cansado. Depois é encaminhado, segundo a médium 4 por uma equipe espiritual para dar continuidade ao tratamento.

O dano físico, apesar de não observado na descrição clínica, é causado segundo o mentor pela aproximação contínua e intensa do obsessor. Assim, fica evidente a crença de que os espíritos podem causar interferências orgânicas, e se o dano é orgânico, o “reparo” é feito com a matéria, que no caso é o ectoplasma, liberado sempre no início da sessão de *desobsessão*. Este fato também é tido como uma explicação para demora na resposta clínica de AD, que é mais perceptível a partir de 19/09/2003. Entretanto, no dia seguinte a esta sessão, portanto dia 22/08/2003, AD, em atendimento terapêutico na unidade, apresenta-se animada, sorridente e relata: "*Eu estou curada. Esta noite eu rezei bastante e eu acordei curada*". E a partir daqui começa o processo de preparação para alta, com licença nos finais de semana, e maior conscientização de que ela precisa de um atendimento continuado, a alta ocorre efetivamente em 20/10/2003.

Março de 2004: AD mantinha-se bem, estudando e fazendo tratamento na sua cidade natal.

¹¹⁵ Uma das formas de utilização do ectoplasma citado anteriormente. Sobre cirurgia espiritual e apometria ver Greenfield (1999).

Novembro de 2004: Familiares informam que AD ‘reagudizou’ em função de ter abandonado o tratamento e que estava há 1 mês internada em outro hospital psiquiátrico, em fase aguda sem responder ao tratamento.

As considerações feitas pela psicóloga PPE – 01 sobre o caso, revelam alguns pontos de aproximação entre a religião e a terapia :

Para ela, o fato de AD vir de uma formação evangélica e não aceitar os preceitos espíritas, apesar de saber da influência dos espíritos em sua vida e a volta da paciente ao contexto familiar conturbado, desorganizado é o que a faz lembrar incessantemente a situação do trauma. Para a psicóloga o fato de a paciente parar com a medicação significava que a doença já estava instalada novamente.

Considerações sobre este estudo de caso:

Nesta interpretação percebe-se que o não compartilhamento da crença é um dos motivos que faz a paciente *reagudizar*. Apesar de o discurso não ser o da necessidade da conversão, esta aparece como um elemento de eficácia no tratamento.

Pode-se pensar o ritual de desobsessão como um processo, visto que ele não tem uma resposta imediata sobre o paciente. Sendo um processo, utilizo o conceito de ‘drama social’ proposto por Turner (1974) com a análise dos quatro momentos indicados pelo autor: 1) ruptura (*breach*); 2) crise e intensificação da crise; 3) ação reparadora (*redressive action*); e 4) desfecho, que se manifesta como solução harmonizante ou reconhecimento de cisão irreparável.

1) A ruptura aparece neste caso, quando a paciente ao ser avaliada como ‘falando coisas sem nexos’ é tida como fora da realidade em que está inserida. A perda da capacidade narrativa é tida como um sinal de afastamento do real. A visão espírita compreende que apesar de estar fora da realidade atual, ela indica cenas ou vivências de realidades de um passado distante - de outras encarnações – o que de algum modo não é interpretado apenas como uma alucinação.

2) A crise surge neste estudo de caso pela convivência com os personagens responsáveis pelos conflitos em existências anteriores e pela repetição de alguns quadros, como abandono, agressividade e um ambiente familiar desestruturado, o que faz a paciente reviver incessantemente a experiência do trauma.

3) A ação reparadora compreendida pelo ritual de *desobsessão* encena em outro Tempo e Lugar os conflitos do presente permitindo a leitura dos conflitos sociais do presente a partir dos conflitos do passado.

4) O desfecho pode ser entendido aqui como a capacidade narrativa gerada a partir do processo ritual da *desobsessão*. Quando depois de algumas sessões o grupo mediúnico consegue elaborar uma 'história de vida pregressa' dessa paciente que justifica as dificuldades atuais da mesma. Essa 'história de vida' é repassada para a equipe terapêutica que com essas informações define o atendimento clínico e psicoterápico, além da orientação para que o paciente participe das atividades do SAE. Neste caso o desfecho não indica necessariamente uma solução harmonizante ou uma cisão irreparável, o que é trabalhado com a paciente é a sua forma de responder as experiências que a vida proporciona, sem que estas causem novos traumas ou permitam respostas automáticas de um trauma anterior. Pode-se dizer que o desfecho neste caso seja misto, a partir da recuperação da capacidade narrativa e da formulação da 'história de vida pregressa', aliando terapia espírita e terapia convencional.

Como este trabalho de *desobsessão* é um processo de recuperação de narrativa, apoio-me nesta interpretação também em Raisa (1996) quando o autor considera que o paciente readquire a capacidade de produzir narrativas, fala de seu sofrimento, elementos também importantes para esta análise.

Rasia (1996) também se refere a quatro etapas para a compreensão da noção de sofrimento: a) o rebaixamento do eu; b) a negação do outro e do mundo; c) perda da vontade de agir; e d) a perda da potência de narrar-se ao outro. Segundo o autor essas etapas se manifestam nos comportamentos de negação do outro, do mundo e do próprio eu, na impossibilidade de construir uma narrativa sobre o sofrimento que se aproxime do real e na incapacidade de agir (ou imobilização) diante do sofrimento. O que está em questão quando o autor trata do imaginário é que a narrativa produzida pelo paciente não faz a conexão com a realidade. Assim, o imaginário não é meramente a ausência de discurso ou da palavra. Para o autor, é um discurso que não permite ao paciente o acesso a verdade de seu sofrimento.

O processo obsessivo traz algumas semelhanças com as etapas citadas por Rasia. Como o processo inicia-se por um sugestionamento, seguido de um constrangimento que pode ser moral ou físico, o qual pode gerar uma incapacidade de organizar a narrativa, tornando-a distante da realidade. Ao buscar em Kardec (1861) as características da obsessão pode-se ter uma idéia de tal constrangimento, o codificador da Doutrina Espírita fez uma classificação de acordo com o grau de constrangimento em: obsessão simples, fascinação e subjugação.

“Na obsessão simples, o médium sabe muito bem que se acha presa de um Espírito mentiroso e este não se disfarça; de nenhuma forma dissimula suas más intenções e o seu propósito de contrariar. O médium reconhece sem dificuldade a felonía e, como se mantém em guarda, raramente é enganado. Este gênero de obsessão é, portanto, apenas desagradável e não tem outro inconveniente, além do de opor obstáculo às comunicações que se desejara receber de Espíritos sérios, ou dos afeiçoados”

“A fascinação tem conseqüências muito mais graves. É uma ilusão produzida pela ação direta do Espírito sobre o pensamento do médium e que, de certa maneira, lhe paralisa o raciocínio, relativamente às comunicações. O médium fascinado não acredita que o estejam enganando: o Espírito tem a arte de lhe inspirar confiança cega, que o impede de ver o embuste e de compreender o absurdo do que escreve, ainda quando esse absurdo salte aos olhos de toda gente. A ilusão pode mesmo ir até ao ponto de o fazer achar sublime a linguagem mais ridícula. Fora erro acreditar que a este gênero de obsessão só estão sujeitas as pessoas simples, ignorantes e baldas de senso. Dela não se acham isentos nem os homens de mais espírito, os mais instruídos e os mais inteligentes sob outros aspectos, o que prova que tal aberração é efeito de uma causa estranha, cuja influência eles sofrem”

“A subjugação pode ser moral ou corporal. No primeiro caso, o subjugado é constrangido a tomar resoluções muitas vezes absurdas e comprometedoras que, por uma espécie de ilusão, ele julga sensatas: é uma como fascinação. No segundo caso, o Espírito atua sobre os órgãos materiais e provoca movimentos involuntários. Traduz-se, no médium escrevente, por uma necessidade incessante de escrever, ainda nos momentos menos oportunos. Vimos alguns que, à falta de pena ou lápis, simulavam escrever com o dedo, onde quer que se encontrassem, mesmo nas ruas, nas portas, nas paredes. Vai, às vezes, mais longe a subjugação corporal; pode levar aos mais ridículos atos.

A subjugação corporal tira muitas vezes ao obsidiado a energia necessária para dominar o mau Espírito. Daí o tornar-se precisa a intervenção de um terceiro, que atue, ou pelo magnetismo, ou pelo império da sua vontade. Em falta do concurso do obsidiado, essa terceira pessoa deve tomar ascendente sobre o Espírito; porém, como este ascendente só pode ser moral, só a um ser moralmente superior ao Espírito é dado assumi-lo e seu poder será tanto maior, quanto maior for a sua superioridade moral, porque, então, se impõe àquele, que se vê forçado a inclinar-se diante dele. Por isso é que Jesus tinha tão grande poder para expulsar o a que naquela época se chamava demônio, isto é, os maus Espíritos obsessores.” (http://www.feparana.com.br/livro_mediuns/indice.htm)

Kardec (1861) questiona se a obsessão pode provocar loucura.

- A subjugação corporal, levada a certo grau, poderá ter como conseqüência a loucura?

"Pode, a uma espécie de loucura cuja causa o mundo desconhece, mas que não tem relação alguma com a loucura ordinária. Entre os que são tidos por loucos, muitos há que apenas são subjugados; precisariam de um tratamento moral, enquanto que com os tratamentos corporais os tornamos verdadeiros loucos. Quando os médicos conhecerem bem o Espiritismo, saberão fazer essa distinção e curarão mais doentes do que com as duchas."

"Os Espíritos perversos se aproximam antes dos homens que eles procuram atormentar, do que dos Espíritos, dos quais se afastam o mais possível. Nessa aproximação dos humanos, quando encontram algum que os moralize, a princípio não o escutam e até se riem dele; depois, se aquele os sabe prender, acabam por se deixarem tocar. Os Espíritos elevados só em nome de Deus lhes podem falar e isto os apavora. O homem, indubitavelmente, não dispõe de mais poder do que os Espíritos superiores, porém, sua linguagem se identifica melhor com a natureza daqueles outros e, ao verem o ascendente que o homem pode exercer sobre os Espíritos inferiores, melhor compreendem a solidariedade que existe entre o céu e a terra." (http://www.feparana.com.br/livro_mediuns/indice.htm)

Essas descrições dos processos obsessivos indicam que o constrangimento pode chegar a tal ponto de impedir uma narrativa lógica e coesa sobre a realidade em que se está, daí afirma-se que a pessoa ‘diz coisas sem nexos’, ou que ela está deslocada da realidade. Neste último parágrafo é possível compreender o porque dessa moralização do espírito obsessivo ter que ser mediada pelo ser humano. E aqui destaco que o princípio do ritual está em tornar explícita a relação espírito – paciente e ao fazê-lo causar certo constrangimento ao obsessivo, que ao narrar sua relação expõe o conflito social que causou a perseguição, dotando a narrativa da paciente de alguma lógica.

No hospital espírita a passagem do imaginário para o simbólico, portanto, é produzida de forma ritual, por meio de uma expressão simbólica, performativa (cf. Turner 1974), na grande maioria dos casos sem a presença da paciente¹¹⁶, como foi constatado somente o ‘espírito da mesma’ é que participa da sessão, não guardando lembrança exata do acontecimento. A função desse ritual é produzir uma narrativa capaz de fazer o nexo entre a realidade vivida pela paciente e a explicação da doença, a partir disso indicar

¹¹⁶ Greenfield (1999:68) em sua pesquisa também se refere a essa ausência do paciente durante a sessão de *desobsessão*. Em uma das entrevistas, com um médico-espírita ginecologista-01 ligado a uma instituição de ensino médico gratuito, o máximo que constatei foi: “Se temos 2 ou 3 pacientes naquele dia [para atendimento no centro espírita], ele vem é lido o nome dele para o grupo e o seu problema, é feito um passe para ele e ele vai embora. Depois é realizada a reunião mediúnica. Então se houver algum problema espiritual, a idéia é que se comunique na nossa reunião, sem a presença do paciente, é claro.” - Nesse caso, segundo o entendimento passado durante o estudo de caso acima mencionado, não há nem mesmo a possibilidade de o paciente se comunicar em *desdobramento*.

caminhos para o tratamento. Não é, portanto, como poderia-se pensar a princípio, um instrumento para produzir a cura, visto que neste caso a paciente ‘reagudizou’.

Rasia (1996), ao analisar a atuação dos profissionais de saúde do Hospital Erasto Gaetner aponta a incapacidade médica de compreensão do sofrimento dos pacientes, conforme se lê no que se segue: “*O que importa ainda afirmar mais uma vez é a impotência da organização hospitalar e de seus trabalhadores – médicos e enfermeiros – trabalharem com o sofrimento para além da queixa*”. (1996:143)

O ritual de *desobsessão* busca ultrapassar esse limite. O paciente, independente de sua religião, ao ser internado em um hospital espírita indica que seus familiares, e eventualmente o próprio paciente, aceitam ou acreditam na espiritualidade. A eficácia deste trabalho resulta, portanto do que Lévi Strauss (1975) definiu como eficácia simbólica.

“E é necessário que, do mesmo modo que o doente e o feiticeiro, o público participe, ao menos em certa medida, da abreação¹¹⁷, essa experiência vivida de um universo de efusões simbólicas da qual o doente, pois que doente, e o feiticeiro, pois que psicopata¹¹⁸ – isto é, dispondo ambos de experiências não integráveis de outro modo – podem-lhe deixar à distância entrever ‘as luminárias’. Na ausência de todo controle experimental, que não é necessário e nem é mesmo exigido, é esta experiência só, e sua riqueza relativa em cada caso, que pode permitir a escolha entre diversos sistemas possíveis, e acarretar a adesão a tal ou tal prático”(1975:210)

Neste estudo de caso apresentado, é possível perceber que dentre as terapêuticas espíritas - o *passe*, a *prece*, a *consulta mediúnica*, a recuperação por *ectoplasmia*¹¹⁹, entre outros – os profissionais de saúde-espíritas privilegiam a ação mediúnica mais intervencionista que ocorre durante o trabalho de *desobsessão*. Analisando os trechos acima de Kardec (1861), pode-se dizer que a *desobsessão* é uma terapia que tem como base valores morais do cristianismo, onde as relações diacronicas são retomadas.

Nesse sentido, Geertz (1973) afirma que: “*O problema do sofrimento recai facilmente sobre o problema do mal, pois se o sofrimento é normalmente muito cruel, embora nem sempre, ele é também considerado moralmente imerecido, pelo menos para o sofredor*”.(1973:121)

¹¹⁷ “*Sabe-se que a psicanálise denomina abreação ao momento decisivo da cura, quando o doente revive intensamente a situação inicial que está na origem de sua perturbação, antes de superá-la definitivamente. Neste sentido, o xamã é um abreitor profissional.*” (Apud Lévi-Strauss, Antropologia Estrutural, 1975: 209)

¹¹⁸ Este ítem é melhor desenvolvido em *Introdução a obra de Marcel Mauss*, in: Marcel Mauss, Sociologia e Antropologia. Cosac&Naify, São Paulo. 2003.

¹¹⁹ Ver também J. Herculano Pires. *As Leis da Mediunidade*. In: O Espírito e o Tempo.(1979:229-237)

Mais adiante, o autor continua o raciocínio: *“O que o problema do mal envolve não é a adequação de nossos recursos simbólicos para governar nossa vida afetiva, mas a adequação desses recursos para fornecerem um conjunto manobrável de critérios éticos, guias normativos para governarem nossa ação”*.(121) Concluindo que: *“Assim, o problema do mal, ou talvez devamos dizer o problema sobre o mal, é em essência a mesma espécie de problema de ou sobre a perplexidade e de problema de ou sobre o sofrimento”*.(Geertz, 1973:123)

“As causas das aflições que passamos só podem ter duas respostas: ou é alguma coisa que você fez na vida passada, que você trouxe através do teu perispírito que moldou no teu corpo, ou alguma coisa que você fez nesta vida. Então, você está recebendo hoje uma conseqüência daquilo que você fez. Então, a doença, não só as físicas mas as morais também, são reflexo daquilo que nós fizemos no passado. O sofrimento, a dor nada mais são do que uma terapia para o nosso espírito, uma terapia da alma”. MEC-01(Médico-espírita, cirurgião vascular, filiado na AME e palestrante em centro espírita, tem mais de 5 anos de profissão)

Afirmção que remete mais uma vez à formulação de Geertz com relação ao sofrimento:

“Pra um antropólogo, a importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado como fonte de concepções gerais, embora diferentes, do mundo, de si próprio e das relações entre elas – seu modelo da atitude – e do outro, das disposições ‘mentais’ enraizadas, mas nem por isso menos distintas – seu modelo para a atitude. A partir dessas funções culturais fluem, por sua vez, as suas funções social e psicológica”.(Geertz, 1973:140)

Isso parece indicar que a experiência ritual construída por meio da sessão de *desobsessão* tem a capacidade de sensibilizar o “espírito” do doente. Segundo Lévi-Strauss, isto se torna possível porque:

“Dilacerado entre esses dois sistemas de referência, o do significante e o do significado, o homem exige ao pensamento mágico que lhe forneça um novo sistema de referência, no seio do qual os dados até então contraditórios possam se integrar”. (1975:212)

Mas outros trabalhos apresentados em eventos médico-espíritas indicam que não é somente para espírito, em si mesmo, que se concentram as terapêuticas espíritas. O corpo semi-material, chamado de perispírito, como foi constatado no trabalho sobre cirurgias espirituais de Greenfield (1999), é muito citado para provar a eficácia da terapêutica espírita; e no exemplo dado por ele, mesmo essas não dispensam o discurso explicativo para dar sentido ao mecanismo, e esse discurso contem a idéia de que a cirurgia espiritual

só tem efeito se o paciente tiver finalizado o seu processo cármico em relação a doença que o acomete.

Lévi-Strauss coloca no plano verbal a eficácia de diversos rituais voltados para o restabelecimento da saúde:

“E é a passagem a esta expressão verbal (que permite, ao mesmo tempo, viver sob uma forma ordenada e inteligível uma experiência real, mas, sem isto, anárquica e inefável) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, um sentido favorável, da seqüência cujo desenvolvimento a doente sofreu. Neste sentido, a cura xamanística se situa a meio-caminho entre nossa medicina orgânica e terapêuticas psicológicas como a psicanálise”. (1975:228)

Desta forma, parto para o plano do discurso, considerando-o uma forma de prática, exercida pelos médicos-espíritas para dar sentido a terapia religiosa que os mesmos endossam. Tendo como base os textos de FOUCAULT sobre a ordem do discurso. Para ele:

“em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, seleccionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade”(2002[1970]:8)

Nesse sentido, o discurso mesmo que casual parece ser imbuído de um propósito. No discurso institucional isso é ainda mais evidente, segundo Foucault:

“E creio que esta vontade de verdade, por fim, apoiando-se numa base e numa distribuição institucionais, tende a exercer sobre os outros discursos — continuo a falar da nossa sociedade — uma espécie de pressão e um certo poder de constrangimento.” (2002[1970]:18)

Desta forma, compreende-se o empenho da AME e do Hospital Espírita em investir na formação de seus integrantes, como forma de unificar o discurso, ou pelo menos de tornar consciência o discurso oficial.

Foucault nesse sentido entende que: “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.”(2002 [1970]:10)

Agora inicio a análise dos discursos obtidos pelas entrevistas e também os captados nos eventos promovidos por médicos-espíritas.

3.5 – O Discurso Médico-Espírita: Jornadas, Simpósios, Congressos e Entrevistas.

Particpei de vários eventos médico-espíritas no Brasil, iniciando pelos simpósios, em 2004 e 2005, e pelo curso regular da AME do Estado A ao longo do ano de 2005, depois, passei pela jornada de estudo do Hospital Espírita deste mesmo Estado, em abril de 2005, e finalizei participando de um congresso nacional da AME-BR, em junho de 2005. Em fevereiro desse mesmo ano também pude acompanhar uma defesa de tese envolvendo o tema psiquiatria e mediunidade. Tive por objetivo dessa observação ampliar o campo discursivo analisado para além das entrevistas semi-estruturadas, visando apreender quais as categorias nativas recorrentes, a fim de suprir, mesmo que parcialmente, a falta da observação do atendimento clínico – que fui impedida de realizar. Para isso, os discursos foram agrupados em cinco temas: (1) a escolha da carreira, (2) concepções de doença do corpo e do espírito, (3) práticas terapêuticas (4) concepção de religião, (5) concepção de ciência. Dentre os entrevistados¹²⁰, cinco são funcionários do Hospital Espírita, sendo que dois deles também participam das atividades da AME do Estado A, um deles participa também do trabalho de *desobsessão*, sendo que entre eles três são psiquiatras, um homeopata e um clínico geral. Dos outros entrevistados três deles além da atuação médica são ou foram professores da escola de medicina, um deles é ginecologista, outro cardiologista e outro pediatra. Entre os demais, um deles é clínico geral de um posto de saúde 24 horas do SUS, dois são especializados em cirurgia, outros quatro são psiquiatras de outras instituições, um deles também é homeopata e outro tem duas especialidades endocrinologia e pediatria.

3.5.1 – Escolha da carreira e o significado de ser médico-espírita:

A trajetória dos médicos espíritas será relida a partir do ideário espírita. Aparentemente elas apresentam uma certa homogeneidade quanto às motivações alegadas para a escolha da profissão, pois grande parte dos entrevistados reproduz a visão corrente

¹²⁰ Ver Lista de Abreviaturas I – aqui considerei como entrevistados aqueles que forneceram entrevista direta e os que foram selecionados nos eventos.

entre os espíritas de reinterpretação da “vocação” médica como exercício da caridade, como se pode observar nos trechos citados.

“Desde adolescente eu tinha esta intenção de me formar em Medicina e geralmente por ver o sofrimento, as doenças e a necessidade que as pessoas tinham de uma ajuda”. MEP-01 (Médico-espírita Psiquiatra, participa da diretoria de um hospital espírita e tem especialização em transpessoal, atua há mais de 20 anos. Também participa regularmente em um centro espírita.)

A ‘*intenção*’ aqui indica uma escolha consciente, motivada por um olhar já orientado: ‘*por ver o sofrimento*’ e ‘*a necessidade de uma ajuda*’. Um olhar altruísta associado à idéia de poder, poder de ajudar.

Neste outro relato percebe-se a questão do tempo *adolescente* indicando que precocemente já se tinha noção do que desejava fazer, como se fosse uma missão. Certamente, a motivação dessa escolha está relacionada com a idéia de caridade, de auxílio ao próximo, indicando a presença da religião nesta escolha.

“Eu desde de criança tive uma tendência para a área de saúde e isso me levou quando já adolescente a ter assim uma vocação bem grande para medicina, tanto é que não fiz vestibular para nenhum outro curso.”... “como vim de um berço espírita eu tinha a idéia que através de um curso médico eu teria uma facilidade maior de fazer o bem”. MECa-01 (Médico-espírita Cardiologista, coordenador da AME local, professor universitário aposentado e atuante em um centro espírita, atua clinicamente há mais de 20 anos).

A ‘*tendência*’ sugere uma predisposição sendo construída desde antes da adolescência –‘*desde de criança*’. A ‘*vocação*’ aparece como um resultado efetivo dessa ‘*tendência*’, reforçada neste discurso pela origem - ‘*berço espírita*’ - aliada à idéia de ‘*fazer o bem*’. Mas ‘*fazer o bem*’ como? Através da prática médica, ‘*através de um curso de medicina*’ que ofereceria uma ‘*facilidade maior*’ para realizar esse objetivo. O ‘*fazer o bem*’ está relacionado com a noção de *caridade*, e que no Espiritismo está associada à idéia de *salvação*, expresso, por exemplo, num lema muito divulgado pelos espíritas: “*Fora da caridade não há salvação*”¹²¹.

¹²¹ Que é inclusive o nome de um capítulo do Evangelho segundo o Espiritismo, onde há a seguinte passagem: “*Meus filhos, na máxima: Fora da caridade não há salvação, estão contidos os destinos do homem sobre a Terra e no céu. Sobre a Terra, porque, à sombra deste estandarte, eles viverão em paz; e no céu, porque aqueles que a tiverem praticado encontrarão graça diante do Senhor.*” Kardec,(1996 [1864]:220/226).

Num outro caso, *‘realização pessoal’* surge como uma motivação para a prática médica. Não há, em um primeiro momento, a preocupação com o outro, com fazer o bem, apenas a idéia de que a prática médica seja suficiente para gerar uma satisfação interior.

“Eu sempre quis fazer medicina, desde os meus 14 anos. A minha meta era fazer medicina, cheguei a fazer 18 vestibulares. Porque eu só queria medicina, eu só sei fazer isso, foi uma realização pessoal” MEC-01.

Entretanto, a própria *prática médica* – *‘o que eu estava fazendo na medicina’* -, por suas *limitações* – *‘Eu fazia o mesmo tratamento e os pacientes reagiam de forma diferente’*, acabou gerando insatisfação e busca de respostas a *‘questionamentos’*:

“Nasci em berço católico e já muitos anos depois de formado, trabalhando na minha especialidade, comecei a fazer alguns questionamentos para entender porque o tratamento que eu fazia com meus pacientes não tinham o mesmo resultado. Eu fazia o mesmo tratamento e os pacientes reagiam de forma diferente, alguns se recuperavam bem e outros o quadro clínico se complicava sendo necessário fazer a amputação de um membro. Foi daí que busquei a filosofia e nessa busca um colega me deu o Livro dos Espíritos e eu comecei a ler e encontrar respostas para os meus questionamentos e para o que eu estava fazendo na medicina”.MEC-01

Aparece também nessa narrativa a noção de tempo – *‘desde os meus 14 anos’* (*adolescente*)-, entretanto o que diferencia esta narrativa da anterior é que neste há uma busca satisfazer um desejo interior, enquanto na outra, a escolha está calcada no âmbito relacional e religioso. O MEC-01 tornou-se espírita depois de formado, pois a *‘realização pessoal’* não se completa só com a prática médica; no outro caso, MECa-01, chegar a prática médica é resultado de uma busca por uma profissão para completar os objetivos definidos pela religião (uma causa indicada pela conjunção *‘como’*) – *‘como vim de um berço espírita eu tinha a idéia que através de um curso médico eu teria uma facilidade maior de fazer o bem’*.

A falta de uma resposta padrão dos pacientes para os procedimentos médicos convencionais – *‘meus pacientes não tinham o mesmo resultado’* - e as complicações inexplicadas do pós-cirúrgico – *‘alguns se recuperavam bem e outros, o quadro clínico se complicava’* -, demonstram os limites da medicina. Assim, a busca por respostas – *‘foi daí que busquei a filosofia’* - levou esse médico ao espiritismo – *‘nessa busca um colega me deu o Livro dos Espíritos e eu comecei a ler e encontrar respostas para os meus questionamento’* e a assimilar esses conhecimentos à prática médica – *‘encontrar respostas*

... para o que eu estava fazendo na medicina'. A relação médico-paciente aparece como um motivo da conversão.

“Hoje eu pratico uma medicina mais tranqüila voltada para toda a parte tecnológica que existe, que é um avanço que tem na medicina, principalmente para mim que faço cirurgia. Mas, trazendo ao lado dessa tecnologia toda a família, conversando com o paciente, explicando para ele que o tratamento depende muito dele mudar suas condições de vida, que não adianta você se curar, se você não se modificar também, daqui um ano ou dois você vai estar com outro problema”. MEC-01

Uma ‘*medicina mais tranqüila*’ está sugerindo que este profissional complementa a tecnologia utilizada na medicina com o humanismo despertado pelas respostas fornecidas pela Doutrina Espírita, na elaboração de explicações das experiências vividas na clínica. Este profissional inclui, no atendimento, o diálogo com o paciente e seus familiares – ‘*toda a família, conversando com o paciente*’- esclarecendo sobre as possíveis conseqüências, dividindo com eles o êxito ou não do atendimento, sobretudo a necessidade de ‘*mudar o modo de vida*’. A indicação de que o paciente precisa se modificar – ‘*o tratamento depende muito dele mudar*’ – se refere a uma relação entre doença e o estilo de vida e/ou o modo de reagir as experiências vividas. Esse ‘*mudar*’ é um apelo moralizante em relação a uma vivência anterior. A doença, portanto é entendida como um problema orgânico e moral, do corpo e do espírito como segue no próximo depoimento.

“Eu sempre fui fascinada pelo pensamento humano. Cheguei a optar até em fazer filosofia, mas a filosofia não me permitia essa troca, essa possibilidade de auxiliar as pessoas a reverem sua postura de vida”. MEP- 04 (Médica-espírita Psiquiatra com especialização em transpessoal e atuante em um hospital espírita, clinicamente atua há mais de 10 anos)

Aqui dois pontos são importantes. Primeiro, ‘*auxiliar as pessoas a reverem*’ pensando isto como uma prática médica indica que esta prática pressupõe uma relação discursiva. Segundo, que é possível nessa relação discursiva uma interferência comportamental, quando se fala em ‘*sua postura de vida*’. Disso se conclui que a prática médico-espírita não se restringe ao tratamento do corpo e da doença, esta entendida como produto orgânico, pois inclui questionamentos e orientações sobre valores pessoais, culturais e morais.

“O médico é o indivíduo que está aí para cuidar da saúde do paciente. E como saúde é um termo muito amplo que envolve várias áreas. Então, o médico é um indivíduo que deve ter um grande conhecimento sobre o paciente e poder orientá-lo na vida, não só

na parte médica, propriamente dita, na nutrição, na parte psicológica, na relação com as pessoas. Penso que o grande progresso da medicina agora neste século, sem dúvida nenhuma vai ser o entendimento da alma do ser humano". MEG-01 (Médico-espírita Obstetra e ginecologia e professor em universidade federal, atua clinicamente há mais de 25 anos, e participa ativamente em centro espírita e da AME local.)

Ao dizer que -*saúde é um termo muito amplo*' - implica em dizer que a medicina sozinha não dá conta de algo que é muito maior, o que demanda *'um grande conhecimento'* (médico+espírita), para tratar de um paciente – que não é só corpo -, para *'orientá-lo na vida'* - algo que transcende o corpo-, redefinindo que a função do médico que ultrapassa os limites da medicina convencional, caminhando em um sentido humanístico para o *'entendimento da alma do ser humano'*. O discurso indica a transição de uma prática ligada somente às ciências biológicas para uma prática ligada às ciências biológicas e humanísticas.

"O tornar-se médico representa uma necessidade de servir. O médico homeopata e espírita ele está no mundo para servir, ele não está para lucrar, para tornar-se prestigioso, para tornar-se conhecido, ou para através disso influenciar qualquer aspecto da vida de quem quer que seja. Ele está apenas e exclusivamente para tornar-se uma criatura que seja instrumento da vida, para servir, para através desse serviço amar e transformar não o paciente, mas a humanidade toda". MEH-01 (Médico-espírita Homeopata, ligado a Sociedade Brasileira de Homeopatia, professor do curso de especialização e atuante no centro espírita, com mais de 20 anos de clínica médica.)

A *'necessidade de servir'* é uma característica de quem escolhe a profissão de médico, mas para o médico-espírita, que *'está no mundo para servir'* e *'não ... para lucrar'* isto se associa a idéia de caridade, de ter uma vida simples, despojada, vinculada a uma missão: *'está no mundo'*. Estar no mundo e ser um *'instrumento da vida'* marcam o caráter humilde que deve ser buscado, contrapondo-se ao que deve ser evitado que é o *'tornar-se prestigioso, para tornar-se conhecido'* – elementos que remetem ao orgulho e a vaidade, a preocupações materiais. Ser *'instrumento'* está associado à idéia de que é preciso transcender a prática médica, para voltar-se novamente para o aspecto humanístico de *'transformar ...a humanidade toda'*.

Enquanto MEG-01 busca *'o entendimento da alma do ser humano'*, o MEH-01 pretende *'transformar não o paciente, mas a humanidade toda'*. Há uma diferença de abordagem quando ao aspecto humanístico das práticas médico-espíritas: enquanto um, MEH-01, pretende *'entender'*, no sentido de compreender, mas restringindo-se ainda a uma

idéia de ciência que progride – ‘*o grande progresso da medicina agora neste século, sem dúvida nenhuma vai ser o entendimento da alma do ser humano*’-, o outro, MEG-01, transita para o discurso propriamente religioso e moral, ao dizer que o médico-espírita ‘*está no mundo*’ para ‘*servir*’, ‘*não para lucrar*, para ‘*ser um instrumento da vida*’, para ‘*transformar a humanidade*’.

Aqui, nessa outra entrevista, ciência e religião, ciências biológicas e ciências humanas, profissão e humanitarismo, saber e poder, conhecimento e utilidade, indivíduo e sociedade se assimilam reiteradamente formando um *continuum*:

“*Escolhi a medicina por causa do caráter humanitário da profissão, da possibilidade de você fazer um trabalho pelo outro, de você poder servir as pessoas, servir a humanidade, aliando isso à ciência e ao conhecimento. Toda minha formação, todo o meu pensamento religioso ele leva a este aspecto do servir, do estar no mundo para contribuir de alguma forma com as pessoas, com a humanidade, de alguma forma ser útil para sociedade*”. MEP-03(Médico-espírita Psiquiatra, trabalha em um hospital espírita e tem mais de 10 anos de clínica médica.)

A confissão religiosa aparece de forma mais explícita, indicando também a idéia de missão – ‘*estar no mundo*’. É a consciência religiosa que desperta o interesse por esta profissão, mas neste discurso percebe-se a necessidade de aliar a possibilidade de servir com o conhecimento: ‘*aliando isso à ciência e ao conhecimento*’ – ou seja, saber para servir, dando-se um fim moral ao conhecimento - ‘*ser útil para a sociedade*’.

O ‘*caráter humanitário da profissão*’, de apoio ao ser humano – ‘*de você fazer um trabalho pelo outro*’-, logo transcende o ‘*trabalho pelo outro*’, ampliando-se para toda a humanidade – ‘*servir a* - retomando a uma idéia de missão – ‘*estar no mundo para contribuir ...com a humanidade*’, ‘*para ser útil para a sociedade*’.

A partir desses discursos, percebe-se pelo menos três sentidos de *humanizar* a prática médica. A aproximação *cognitiva* entre ciências biológicas e ciências humanas, - ‘*o grande progresso da medicina agora neste século, sem dúvida nenhuma vai ser o entendimento da alma do ser humano*’(MEG-01); a expectativa *moralizante* de intervir na vida dos indivíduos e, no limite, da humanidade ‘*transformar não o paciente, mas a humanidade toda*’ (MEH-01); e o caráter *humanitário*, enquanto parte do serviço social – ‘*de alguma forma ser útil para sociedade*’ (MEP-03). Assim, ‘entender’ e ‘transformar’ são modos que potencializam, ampliando as possibilidades do ‘servir’, mas o ‘servir’ com um

sentido religioso – espírita, ‘*estar no mundo para...*’ – dá um sentido transcendente a esses ‘entender’ e ‘transformar’.

Mas nem sempre ocorre uma ligação assim tão explícita entre religião – espírita – e a escolha pela profissão médica, como se pode ver nos seguintes relatos:

“Escolhi fazer medicina para ter contato com o ser humano, no sentido de ser útil, acho que qualquer religião encaminha neste sentido” MEPe-01

*“Por se tratar de uma área humanística. Lidar com o ser humano era um objetivo da gente. Podia ser enfermagem, medicina, alguma coisa assim e nós optamos pela medicina”*MEG-01 (Pediatra e professora Médica-espírita Pediatra e professora universitária, com mais de 5 anos de clínica, atuante em uma sociedade espírita)

O que prevalece é a de escolha – fazer uma escolha entre várias possibilidades – calcada em um estímulo interior, independentemente se este tem vínculo religioso ou não, o que pode ser compreendido entre os espíritas como um exercício do livre-arbítrio, como menciona Cavalcanti (1983).

Ou, a razão se prende a um interesse muito pessoal:

“Por uma ideologia de querer tratar de dependentes de drogas, por causa de uma experiência com uma pessoa próxima”. ME-01 (médico generalista do SUS, com menos de 5 anos de clínica, atuante na AME local e também em centro espírita, foi responsável por núcleo de estudos espiritualistas na faculdade que fez.)

Mas, ao perguntar se a religião interferiu nesta decisão, responde afirmativamente:

“Acredito que sim. O senso de querer ajudar as pessoas segundo a visão que eu tinha do que deveria ser ajudado, e nesse aspecto entra o conceito religioso que eu já abraçava naquela época”. ME – 01

Aqui a experiência de vida parece ter indicado um caminho. Ou seja, foi direcionado para aquela escolha, via religião. A escolha da carreira profissional em um primeiro momento auxiliou, neste caso, a dar sentido para a experiência vivida.

3.5.2- Concepção de doença: corpo, espírito

“Eu parto da hipótese de que a pessoa é o espírito. Assim, a influência espiritual tem repercussões biológicas e os comportamentos psicorgânicos influem sobre o espírito” MPE – 02¹²² (Médico-espírita Psiquiatra com mais de 15 anos de clínica, com especialidade

¹²² Texto oferecido pelo autor, que é membro do CECA, publicado no "Jornal de Espiritismo" da ADEP – Associação de Divulgadores de Espiritismo de Portugal.

em transacional, diretor clínico em um hospital, coordenador de AME estadual, e atua em centro espírita.)

A noção de pessoa no contexto médico-espírita indica como elemento central o espírito, que mantém com o corpo uma relação de mútua influência com predominância do espírito sobre o corpo – *‘a pessoa é o espírito’*. Portanto, a noção de pessoa desses profissionais fundamenta-se na crença que professam.

“A hereditariedade nós sabemos hoje com o conhecimento da Doutrina Espírita que muita bagagem de doenças que estão latentes no cromossoma, na carga genética, nós sabemos que este estímulo para que essa doença venha a se manifestar é um estímulo do perispírito¹²³” ... “Aquilo que nós herdamos é uma consequência daquilo que nós fizemos no passado, na outra vida, ou mesmo nesta vida. Então, a doença tem um valor cognitivo. Esse sofrimento é necessário pra ele. E os estudos filosóficos nós vamos encontrar Kant falando que a dor é um agulhão da vida. Sem a dor não existiria vida” ... “O nosso perispírito molda o nosso corpo, tanto é que ele é chamado de Modelo Organizador Biológico. Então, ele vai moldar o nosso corpo de acordo com a necessidade das experiências que precisamos passar” MEC – 01.

Nesta fala aparece um outro elemento que compõe a noção de pessoa, é o perispírito; este faz a mediação da influência do espírito no corpo e vice-versa. O perispírito é uma espécie de molde. A *‘bagagem de doenças’*, que aparece primeiramente como algo ligado à biologia – *‘latentes no cromossoma’*, *‘carga genética’* –, para ser acionada – *‘venha a se manifestar’* –, precisa de um estímulo. A natureza, e explicação, desse estímulo já é do campo religioso – referente ao perispírito –, o que conduz a uma compreensão completa da doença a partir de uma explicação composta, científico-religiosa. O sofrimento - que *‘é necessário’* - tem relação com um tempo anterior, um passado, e é uma resposta a comportamentos inadequados produzidos no tempo, pois é *‘uma consequência daquilo que nós fizemos no passado, na outra vida, ou mesmo nesta vida’*; este é o tempo do espírito e não do corpo – remetendo à idéia de outra vida, de carma – *‘necessidade das experiências que precisamos passar’*. O sofrimento/doença, que é manifestação de um estímulo do perispírito, neste contexto tem a função de modelar o comportamento humano, *‘de acordo com a necessidade das experiências que precisamos passar’*.

O que acontece no mundo físico é oportunidade para que se resolvam questões do mundo espiritual, assim *‘muita bagagem de doenças que estão latentes no cromossoma, na*

¹²³ Segundo este entrevistado o “perispírito” vai moldar o corpo de acordo com a necessidade das experiências que se precisa passar.

carga genética’, são *‘aquilo que nós herdamos’* em *‘conseqüência daquilo que nós fizemos no passado, na outra vida, ou mesmo nesta vida’*, e como doença vem *‘a se manifestar’* por *‘um estímulo do perispírito’*, cuja função é *‘moldar o nosso corpo’*, para corrigirmos nossa conduta, por isso dizer que *‘a doença tem um valor cognitivo’*.

Um exemplo das relações entre corpo e espírito pode ser verificado no seguinte depoimento:

“A mãe logo depois que engravida a gente vê que psicologicamente muitas delas mudam o psiquismo, já muda também o relacionamento familiar. Então, a gente que tem uma formação ou um entendimento nessa área espiritual, a gente já sabe que está ali um ser amigo ou um ser não tão amigo daquele casal, porque às vezes começa a acontecer até algum desentendimento entre o casal e pode ser que a própria gravidez cause isso, mas, a gente entende que o ser que está vindo ali pode estar causando uma influência na vida daquele casal”. MEG-01

A dupla formação, médica e espírita, é o que permite justificar as alterações de psiquismo de algumas mulheres grávidas. Este médico ginecologista recorre diretamente à explicação religiosa sobre a capacidade que tem os espíritos de influenciar na vida dos homens. Neste caso há uma indicação de que *‘os desentendimentos entre o casal’* seriam provocados pelo espírito *‘não tão amigo’* que *‘está vindo ali’*, uma utilização da *“lei de afinidade”*.

Noutro relato, o que aparece é uma avaliação das mudanças ocorridas na própria medicina tendo por conseqüência mudanças na concepção de doença:

“A gente entendia num primeiro momento da medicina cartesiana que toda a doença vinha de fora para dentro. E, hoje, está ficando provado que a maior parte das doenças vem de dentro para fora. Por que uns se infectam mais ou menos que outros? Porque alguma coisa dentro de você não está bem, quando alguma coisa não está bem a sua imunidade diminui e os germes vão atacar.” MEG-01

‘Um primeiro momento da medicina cartesiana’ aparece aqui como uma etapa que foi superada por uma segunda, a medicina de *‘hoje’*, que assimila informações espíritas ou espiritualista. (Portanto, as explicações que numa primeira instância, a da *‘medicina cartesiana’*, não encontram explicações ou soluções são buscadas na medicina espiritualista. Assim, se a explicação de que a doença vem de *‘fora para dentro’* não consegue justificar algumas situações, recorre-se ao oposto, que é *‘de dentro para fora’* onde está o problema, ou seja, no espírito, e novamente abre-se espaço para uma explicação religiosa, que remete à idéia de reforma íntima. Portanto, o que se observa aqui é que o discurso médico se subordina ao discurso espírita). Na medicina cartesiana, corpo e alma

(espírito) estavam separados, de modo *‘que toda a doença vinha de fora para dentro’*, uma vez que o espírito não teria influências sobre o corpo; no entanto, no discurso, o entrevistado apresenta uma crítica à medicina de cunho cartesiano, mostrando seus limites: *‘Por que uns se infectam mais ou menos que outros?’* Assim, mais uma vez percebe-se uma transição para um discurso alternativo, uma concepção (de hoje) que entende corpo e espírito como passíveis de mútua influência, podendo-se dizer que parte das doenças tem causa interna – *‘hoje, está ficando provado que a maior parte das doenças vem de dentro para fora.’*, o que pode trazer a resposta àquela pergunta acima: *‘Porque alguma coisa dentro de você não está bem, quando alguma coisa não está bem a sua imunidade diminui e os germes vão atacar’*. Isso impõe mudanças na concepção médica: não é só o corpo que interessa, mas também o espírito; a doença não vem só de fora, mas de dentro também; se alguma coisa dentro de você não está bem, é necessária uma mudança de comportamento – reflexão -, não só tomar remédios (o que significaria que assim como a doença, a cura vem de fora, segundo a medicina cartesiana).

A respeito de doenças psíquicas, verificou-se o seguinte:

“O doente mental é aquele que tem dificuldade em lidar com seus problemas e sentimentos, e ainda lhe falta humildade para admitir que é doente”. MPE – 07 (Médico-espírita Psiquiatra, convidado para dar palestra em evento da AME, atuante em um hospital espírita e em centr espírita)

Nesta fala, a doença é caracterizada por dois déficits: um de natureza intelectual (falta de compreensão, entendimento) -*‘tem dificuldade em lidar com seus problemas e sentimentos’* -, e outro, de natureza moral -*‘falta de humildade para admitir que é doente’*. O biológico, que na linha de um discurso médico convencional deveria indicar a característica da doença, não está presente. O discurso transita para o campo cognitivo e moral.

Isso abre espaço para um discurso alternativo, aparecendo a religião, no caso, espírita a ocupar esse espaço. Entrando-se no plano da crença, que aparece como uma forma de terapia, a eficácia do tratamento pressupõe a conversão:

“Na visão da psiquiatria a doença pode ser um processo, pode ser um surto, uma crise. Pode ser um processo e aí entra muito a parte endocrinológica e genética, tem os casos processuais que mesmo com todo tratamento, o paciente vai enveredando para um cronificação e para uma demência, isso na visão psiquiátrica. A psiquiatria espiritualista o que diria disso: a criatura traz consigo todo aquele programa de doença que ele vai ter durante aquela vida, até por alterações genéticas, mas que tem uma explicação espiritual. Ele está se acertando com a vida, como erros do passado e tem que passar por tudo aquilo.

Essa visão nos dá até uma tranqüilidade com determinados casos que não conseguimos ajudar o paciente e que ele marcha através desse processo, invariavelmente, para uma deterioração mental, isso é se faz deterioração orgânica, porém espiritualmente ele se mantém íntegro, seu organismo está deficitário, não permitindo que todo aquele potencial espiritual possa se manifestar”. MEP-01

Neste relato, inicialmente, aparece a doença compreendida no âmbito da ciência médica -‘Na visão da psiquiatria a doença pode ser um processo’ e ‘aí entra muito a parte endocrinológica e genética’ -, mas logo demonstra-se os limites da medicina convencional -‘mesmo com todo tratamento, o paciente vai enveredando para um cronificação e para uma demência’--, impondo uma busca de explicação e cura para além desta, em a outra medicina - ‘a psiquiatria espiritualista’-, que pode oferecer ‘tranqüilidade com determinados casos que não conseguimos ajudar o paciente’, pois há uma ‘explicação espiritual’ para o caso: ‘a criatura traz consigo todo aquele programa de doença que ele vai ter durante aquela vida, até por alterações genéticas’ (certamente uma referência a estímulos que o perispírito oferece ao corpo a fim de manifestar as doenças que são sintomas de que algo não vai bem interiormente). Percebe-se que não é somente a crença na existência de um espírito que sobrevive a morte física, mas a noção de *reencarnação* é que permite a justificativa, explicação da doença e indicação da cura:– ‘acertando’ , ‘erros do passado’, ‘tem que passar por tudo aquilo’ – o que remete novamente à noção de carma e à idéia de um passado que contém as razões da doença. A doença aparece nas oposições ‘espiritualmente ele se mantém íntegro’ X ‘deterioração mental/deterioração orgânica’, ou ‘organismo deficitário’ X ‘potencial espiritual’. Esta transição - do campo médico convencional para o campo médico-espírita - está relacionada a uma nova forma de compreensão: a doença faz parte do próprio processo de cura da alma e está no âmbito religioso, pressupondo a conversão – do médico e do paciente – a um novo paradigma.

Mas isso decorre de uma visão mais ampla – holística - de saúde, doença, e relações corpo e espírito:

“O ser adoece globalmente, não é assim ‘o meu pé está doente’, mas ‘eu estou doente.’ Não é ‘o meu estômago que está doente’, mas ‘eu estou doente’. É nessa visão global, holística, é que temos que considerar que sintoma é um grito de socorro que o ser apresenta em determinado órgão para o seu estado momentâneo espiritual, psicológico, e se a gente buscar mais profundamente psicológico e espiritual. E com essa visão nós temos então uma abrangência maior e não ficamos detidos somente nos sintomas e sim o que é que aquele sintoma está querendo dizer, para que existe aquele sintoma. E na psiquiatria é muito importante isso, porque traduz o sintoma num estado em que o espírito não deu conta

e aí ele surta, ele apresenta crise, ele apresenta essa emergência espiritual muitas vezes”.
MEP – 01

Esta fala define sintoma como algo relativo ao corpo, uma manifestação no corpo – *‘sintoma é um grito de socorro que o ser apresenta em determinado órgão’-*, mas uma manifestação de uma doença relativa ao espírito – *‘estado momentâneo espiritual’*, *‘estado em que o espírito não deu conta’*, *‘emergência espiritual’*. Nesse sentido, o discurso médico aparece novamente como limitado – *‘não ficamos detidos somente nos sintomas’-* e demanda *‘buscar mais profundamente’* uma resposta com *‘abrangência maior’*, levando o discurso médico a se submeter ao discurso médico-espírita, mediado pela visão holística – *‘o ser adoece globalmente’*.

O mesmo vê-se reiterado no seguinte relato:

“Sair da noção de doença como sintoma, e entender o homem como um todo, um ser integral. Ver a pessoa dentro do contexto onde ela vive, das relações onde vive, dependendo daquilo que ela acredita a respeito da vida, de si mesma e do mundo, que essas coisas acabam sendo realmente determinantes no desenvolvimento da doença mental e de outras doenças também”. MEP – 03

Aqui é reforçada a idéia de uma medicina holística, em contraponto a medicina convencional – *‘sair da noção de doença como sintoma’-*, na qual os outros aspectos são tão importantes quanto o exame físico – *‘entender o homem como um todo, um ser integral’*. Nesta fala as elaborações do paciente sobre o mundo, sobre si e os outros, - *‘daquilo que ela acredita’*, *‘contexto onde ela vive’*, *‘das relações onde vive’* - passam a ter um sentido de *determinação* em relação a doença – *‘essas coisas acabam sendo realmente determinantes no desenvolvimento da doença mental e de outras doenças também’*. *‘daquilo que ela acredita’*, *‘sendo realmente determinantes’*.

E reiteram-se também, os limites da ciência médica convencional:

“A doença é um processo também, ela pode até ter uma base biológica, mas ela acontece como um processo. Porque na prática, no dia-a-dia, a gente observa a multiplicidade de fatores que afetam e que alteram e que determinam o curso da doença”.
MEP-03

Entender a doença como *‘processo’* é dar para este fenômeno um caráter de produção no tempo, e que comporta uma *‘multiplicidade de fatores’*. A explicação médica aparece como limitada – recusa-se a causa única: *‘ela pode até ter uma base biológica’*,

mas desloca-se para um campo mais amplo – várias causas: *‘multiplicidade de fatores’*, e acontece no tempo: *‘ela acontece como um processo’*.

Noutro relato, novamente *sintoma* e *processo* são retomados para caracterizar a doença:

“Procuro identificar junto com o paciente o seu núcleo de sofrimento, identificar a partir da onde o sofrimento dele começou e há quanto tempo vem se agravando ou se arrastando” ... “O núcleo de sofrimento é a maneira de lidar com a vida, com as emoções que vão gerar sintomas também. Muitas doença são causadas pelo stress a ponto de desencadear uma patologia, claro que para isto a pessoa já possuía uma predisposição genética, mas a doença poderia não ter se manifestado.” ... “As pessoas que tem depressão as vezes passam a vida toda tomando remédio, mas nunca param para prestar atenção exatamente em quem são, entrar em contato com si mesmas e trabalhar o seu núcleo afetivo de forma a lidar melhor com a depressão, sem tanta dependência química.” MPeE-01(Médico-espírita Pediatra e Endocrinologista atuante na AME estadual e no centro espírita.)

Assim, *‘núcleo de sofrimento’*, por contraste, pode ser mais uma indicação da visão holística da medicina espírita, pois traz a idéia de que são vários os motivos ou causas do sofrimento; *‘a partir de onde e há quanto tempo’* indica a idéia tempo como elemento de produção da doença; *‘a maneira de lidar com a vida’*, *‘as emoções’* refere-se o aspecto moral, tudo concorrendo para a manifestação da doença –*‘vão gerar sintomas’*. Tudo isso marcado por uma noção de carma, que está latente fisicamente – *‘claro que para isto a pessoa já possuía uma predisposição genética’*-; entretanto, esse carma poderia não se aparecer – *‘a doença poderia não ter se manifestado’*; ou, manifestada, ela é ocultada por um tratamento equivocado - *‘as pessoas que tem depressão às vezes passam a vida toda tomando remédio, mas nunca param para prestar atenção exatamente em quem são’*, sem a possibilidade de *‘entrar em contato com si mesmas’*. Aqui há novo deslocamento do discurso médico –*‘sem tanta dependência química’*- para um discurso mais amplo, psicológico e/ou espírita, mediado pela preocupação moral – *‘trabalhar o seu núcleo afetivo de forma a lidar melhor com a depressão’*, ou seja, a reforma moral ou íntima, reiterada pelo discurso espírita, aparece como um fator capaz de alterar a relação cármica do espírito.

Nesse outro relato, apreende-se os limites da especialidade médica e apresenta-se a solução: uma medicina holista:

“Os distúrbios alimentares em geral são patologias complexas que devem ser acompanhadas por vários profissionais, com seus olhares diferentes. Nenhuma especialidade médica sozinha é capaz de cuidar de um anoréxico. É uma patologia de

difícil solução” ... “Você nunca pode separar mente e corpo, então muitas vezes a pessoa tem melhora física, no sentido do exame físico, mas não tem melhora mental. Então, psicologicamente, mentalmente permanece doente, daí precisa uma abordagem diferenciada.” MEPeE-01

Nesta fala existe uma indicação de que os ‘*distúrbios alimentares*’ por sua complexidade – ‘*patologias complexas*’ - só podem ser solucionados se forem interpretados de forma holística – ‘*por vários profissionais*’-, indicando o trabalho em equipe. Entretanto, quando afirma que ‘*você não pode separar mente e corpo*’, isso vem associado à idéia de ‘*uma abordagem diferenciada*’, e implica um atendimento psicológico/espiritual por parte do médico, pois ‘*a pessoa tem melhora física, no sentido do exame físico, mas não tem melhora mental*’ e ‘*psicologicamente, mentalmente permanece doente*’.

É recorrente uma história da medicina, dividida em duas partes: uma (*antes*) – cartesiana, mecânica, especializada, orgânica –, e outra (*hoje*) – holística, dinâmica, multidisciplinar, sócio-bio-psíquica, como segue na próxima entrevista:

“Antes ficava apenas a parte mecânica da coisa, a medicina mecânica. Então, tinha uma infecção, tratava a infecção. Hoje a gente está vendo mais causas. A gente sabe que a doença hoje não é somente física. Se o indivíduo estiver preocupado com a sua situação social, ele também está doente. Isso reflete na sua imunidade, no seu sono. Se ele tem pressão alta isso ainda pode piorar e ele ter um infarte. Outros fatores são tão importantes quanto o fator físico, propriamente dito”. MEG-01

Este profissional trabalha explicitamente com noção de que houve mudanças na forma de perceber a origem da doença, se ‘*antes ficava apenas a parte mecânica*’, ‘*a doença hoje não é somente física*’; essa forma de interpretação, que inclui ‘*outros fatores*’ no processo de adoecimento caracteriza essa passagem para uma visão holística, legitimando a prática médico-espírita.

Mas a visão holística, que não é só laica, não se mantendo nos estritos limites de um discurso científico, acaba por abrir espaço para a presença mais explícita de um discurso religioso, ampliando as causas, explicações e terapias da doença:

“Na dinâmica causal da depressão está o fato de o ser não identificar o amor de Deus, a paternidade Divina, quando conquista a possibilidade do livre-arbítrio. Este fato gera um campo energético de insegurança que desperta o egoísmo. Neste movimento egoísta a pessoa age equivocada, buscando a segurança e, quase sempre, cria um carma negativo e suas implicações. No caso da depressão, o egoísmo gera a revolta e a rebeldia que é o núcleo motor do deprimido. O carma criado na energia da revolta leva ao complexo de culpa e este à depressão. Assim podemos dizer que a depressão é a expressão da revolta, é a tristeza deteriorada. Dentro desta visão vamos ver que o deprimido tem um

caráter básico a expressar-se na dificuldade em perdoar (a si e ao próximo). É um sedutor por excelência pois a sua dor é a maior do mundo. É perfeccionista por orgulho, agressivo disfarçado (ironia e somatização) e, por fim, um suicida em potencial (tenta agredir com a sua morte a Deus e aos seus semelhantes)”. MPE – 05¹²⁴ (Médico-espírita Psiquiatra, compõe diretoria de um hospital espírita da região sudeste, atua em AME estadual e em centro espírita)

Ao relacionar a *‘dinâmica causal da depressão’* com certa incapacidade de compreender o valor do livre-arbítrio, ao *‘não identificar o amor de Deus, a paternidade Divina’*, reforça-se a noção de doença como um processo, de natureza religiosa. Mesmo tendo transitado para o campo religioso, este profissional ainda recorre a elementos da ciência a fim de agregar legitimidade às explicações, por isso aparecem as referências a *‘campo energético’*, *‘energia’*, se bem que contaminado pela linguagem espírita - *‘carma negativo’*, *‘energia da revolta’* (e que reitera relações que esses profissionais encontram entre Física Quântica e Medicina Espírita¹²⁵). O discurso religioso se reveste de um aspecto moralizante, nas referências a sentimentos e vícios, tais como *‘culpa’*, *‘tristeza’*, *‘orgulho’*, *‘sedutor’*, *‘egoísmo’*, expressão do afastamento do indivíduo em relação a Deus, e motivados ou manifestados em comportamentos como *‘revolta’*, *‘agressivo’*, *‘dificuldade de perdoar’*, marca a doença que tem características psicológicas, médicas com características morais, diagnóstico médico submetido à concepção religiosa.

Nesse outro relato, a formação acadêmica é posta em questão, opondo-se teoria e prática - *‘e por mais que a gente aprenda isso à gente sai da faculdade não sabendo conjugar muito bem as duas coisas’*(teoria) - *‘com a prática é que a gente vê que o paciente não é um conjunto de órgão’*(prática).

“Saúde é um bem estar geral tanto do corpo quanto da alma, e por mais que a gente aprenda isso à gente sai da faculdade não sabendo conjugar muito bem as duas coisas. Só com a prática é que a gente vê que o paciente não é um conjunto de órgãos, ele tem algo a mais, tem um passado, tem uma história, tem uma dinâmica social em torno dele, e a gente precisa entender isso”. ME-02 (Médico clínico geral em formação em acupuntura, trabalha em um hospital espírita, e atua em centro espírita, com menos de 5 anos de atuação clínica)

Este médico explicou ainda que, a partir disso, começou a entender a doença como uma consequência, uma resposta, de um modo de estar no mundo:

¹²⁴ Extraído do jornal Folha Espírita, n.º 289, abril/98, página 4.

¹²⁵ Como pude observar no curso regular da Ame estadual.

“A gente não pode pensar que a pessoa adoce porque tinha que adoecer, não. De repente ela adoce até porque ela não estava feliz naquele momento e daí o sistema imune dela entra em baixa e propicia a entrada de algum microorganismo. Agora, porque ela não estava feliz naquele momento, pode ser porque estava vivendo mal, trabalhando muito e não estava conseguindo se sustentar, essa visão a gente adquire com o tempo depois que sai da faculdade”. ME-02

‘*Bem estar do corpo e da alma*’ remete a uma noção de saúde *composta*, na qual aparece a idéia de conjugar códigos, visão adquirida na prática. Como são aprendizados obtidos em campos diferentes, um campo científico (‘*corpo*’) e um campo religioso (‘*alma*’), eles se relacionam a partir da prática. Qual prática? Se ele fala em ‘*conjugar*’ os aprendizados, está falando de uma prática médica e, simultaneamente, de uma prática espírita, o que vai proporcionar uma redefinição do campo médico – ‘*o paciente não é um conjunto de órgãos, ele tem algo a mais*’, esse ‘*algo a mais*’ é o espírito. Este profissional ainda segue colocando de modo imperativo que ‘*a gente [o médico] precisa entender isso*’, o que significa que sem esse conhecimento, a prática fica incompleta.

‘*A gente não pode pensar que a pessoa adoce porque tinha que adoecer*’, esta fala mostra que a ‘*lei de causa e efeito*’ na qual os espíritas acreditam não funciona de uma forma tão direta. Como se para o cumprimento da mesma necessitasse de um estímulo - ‘*De repente*’, ‘*ela não estava feliz*’ – um estímulo espiritual, um modo de reagir ao mundo, - ‘*daí o sistema imune dela entra em baixa*’ – com uma consequência material ‘*no corpo*’. ‘*Essa visão a gente adquire com o tempo depois que sai da faculdade*’, reforçando que é na prática do fazer médico que as questões espirituais emergem.

3.5.3 – Práticas Terapêuticas: espírito, corpo, complementares

3.5.3.1 - Do espírito

“Na equipe que nós estamos há uma cultura de falar-se da parte espiritual do paciente, não se atendo apenas àquele momento dado, àquela encarnação. Mas, sim a individualidade, não a personalidade que ele está nos demonstrando. E nessa individualidade muitas vezes coisas que não são explicadas dentro da patologia e da psicopatologia e verifica-se então existirem intervenções estranhas, obsessões mesmo e isso é veículado entre todos da equipe na reunião clínica, com muita serenidade, com muita tranqüilidade e sem misticismo, há sim uma cultura já que o homem é um ser espiritual e que reencarna muitas vezes para acertar suas... seu desenvolvimento tanto em virtudes como em inteligência” MEP – 01 (Aqui a explicação para intervenções estranhas é que seriam atitudes pouco compatíveis seja com a personalidade do paciente ou com as características da patologia, como se fosse algo externo interferindo, sugestionando)

O tratamento em *'equipe'* é uma das conseqüências da interpretação holística dada neste contexto, a *'cultura'* a que ele se refere está relacionada com a Doutrina Espírita, posto que é um hospital espírita, e, portanto abrange o tratamento espiritual – *'não se atendo apenas'*, dando uma idéia de concessão ao tratamento convencional. A noção de *reencarnação* entra na narrativa marcada por *'àquela encarnação'*, indicando que poderia existir outras. Nesse relato há uma distinção entre *'individualidade'* e *'personalidade'* que também são conceitos da psicologia, que recebem um olhar diferenciado. A *'individualidade'* está associada à idéia daquilo que o espírito conserva como características de outras existências, enquanto a *'personalidade'* está ligada à idéia de representação ligada ao momento da existência atual. São conceitos de embasamento espírita, posto que a ciência não tem essa dimensão da *reencarnação*. Aqui, em princípio tem-se a idéia de soma de discursos, mas na seqüência já se verifica uma prioridade do discurso espírita – *'há sim uma cultura já que o homem é um ser espiritual e que reencarna muitas vezes para acertar suas... seu desenvolvimento tanto em virtudes como em inteligência.'* Entretanto, este profissional durante o discurso faz uma auto-censura quando admite existir um lado místico do espiritismo que é deixado de lado – *'sem misticismo'*, o que significa também que a mesma doutrina tem um viés voltado para o aspecto científico, e este sim é valorizado. Neste contexto o homem se desenvolve quando trabalha o seu lado moral – *'virtudes'* e o seu lado cognitivo – *'inteligência'* aspectos observados no estudo de caso. O que marca essa narrativa é a naturalidade da fala espiritual em um contexto médico marcado pela *'serenidade'*, pela *'tranquilidade'* com que isso acontece, o que se presume que os demais integrantes mesmo que não sejam espíritas respeitam a crença e a filosofia do hospital.

“O Serviço de Assistência Espiritual (SAE) não participa diretamente das nossas reuniões clínicas, mas quando há indicação ou observação de alguns sintomas, alguns sinais em que demonstrem intervenções estranhas, no caso do paciente, ele é encaminhado para o SAE que através de um voluntário muitas vezes comparece à Unidade, esse paciente alvo é atendido, há troca de informações e essas informações são trazidas para a reunião clínica por um dos participantes. Muitas vezes o nome desse paciente é encaminhado aos trabalhos espirituais da equipe do SAE e conforme os atendimentos feitos é retornado para a equipe o que foi esclarecido”. MPE – 01

Nesta fala o que se percebe é que assim como a definição das doenças, na medicina convencional, através da descrição dos sintomas, também os problemas espirituais –

'intervenções estranhas'- são reconhecidos por *'sintomas'* ou *'sinais'* característicos¹²⁶. Este tratamento espiritual segue paralelo ao tratamento *'holístico'* ofertado. O que permite imaginar que ocorra uma reapropriação de termos da medicina convencional pela terapêutica espírita, semelhante ao ocorrido com as definições de *'personalidade'* e *'individualidade'*.

“É importante saber como ele vive, qual é a sua relação familiar: esposa, filhos. A cultura, a sua religião, as suas atividades físicas, porque todas essas partes entram no tratamento do paciente, neste contexto mesmo biológico ou através dos remédios das atividades físicas, do trabalho social, do trabalho da família, do seu clube de serviço, ou da sua religião. Na parte psicológica, o seu relacionamento familiar com a esposa, filhos, pai, mãe. E com a parte espiritual como ele se comporta perante os seus próprios conceitos, sua consciência, analisando o que fez de errado, o que corrigiu nesta parte e sempre falando que todos nós aprendemos muito por acerto e erro, e que erro não quer dizer que a pessoa fique atada no remorso, por uma culpa e não progrida, mas sim que é oportunidade de mudança, oportunidades que surgirão à frente para que ele reconsidere aquele seu comportamento anterior, aos seus erros anteriores e corrija e se torne mais feliz”. MEP-01

A idéia de complexo aqui é formada tanto pelo aspecto social, como o psicológico quando ele insere no contexto de diagnóstico o campo relacional familiar, portanto social/comportamental, - *'relação familiar'*. Quanto pelo espiritual quando este mostra uma dimensão mais introspectiva e analítica ligada aos valores educativos - *'aprendemos por acerto e erro'*, *'como ele se comporta perante os seus próprios conceitos'*. Essas três dimensões - social, psicológico e espiritual - definindo e interferindo no *'contexto mesmo biológico'*-, o que se apreende é que todo esse discurso visa indicar uma intervenção, quando se enfatiza a *'oportunidade de mudança'*¹²⁷ para *'tornar-se mais feliz'*, relacionando a idéia de felicidade com um dos principais pontos defendidos pela doutrina espírita que é a reforma íntima: o que se pretende aqui é fazer uma relação entre *'ser feliz'* e *'ser saudável'*, sendo que esta relação está mediada por um aspecto moral. Assim tem-se um profissional da medicina, ligado a ciência, encontrando outros caminhos além do científico para o que seja saúde.

¹²⁶ Verificar critérios de encaminhamento para o SAE em anexo.

¹²⁷ No Evangelho Segundo o Espiritismo, no cap. XVII em Sede Perfeitos, há uma descrição do que seria *'um homem de bem'*, e neste trecho encontrei alguma relação com essa idéia mudar e intervir para gerar mudança: *"[O homem de bem] estuda suas próprias imperfeições e trabalha sem cessar em combatê-las. Todos os esforços tendem a permitir-lhe dizer, amanhã, que traz de si alguma coisa melhor do que na véspera"*. (Kardec, 1996 [1864]:249)

“A proposta da transdisciplinariedade é criar uma linguagem universal para a ciência semelhantes às de Kardec”... “O melhor remédio é o perdão”... “Se o paciente não entender o problema dele, ele não vai conseguir mudar a sua vontade, e melhorar-se”. MPE- 07

A *‘transdisciplinariedade’* aparece aqui como o lugar onde a terapêutica espírita tem uma proximidade maior com a prática médica. A *‘linguagem universal’* parece permitir um entendimento entre essas duas práticas. Este médico-espírita dialoga de tal forma com os dois códigos que transforma um elemento religioso – *‘o perdão’*, em um elemento ligado à medicina – *‘o remédio’* – indicando que um aspecto espiritual pode gerar uma consequência orgânica. A transição do *habitus* médico para o religioso dá-se de forma tão explícita e rápida, que não é possível perceber as mediações dessa relação, a não ser no campo semântico. Desta forma, pode-se compreender que *‘não entender o problema dele’* ocorre em função de um desconhecimento da *‘realidade espiritual’* e, portanto o *‘melhorar-se’* significaria *‘converter-se’*. Aqui o discurso médico aparece submetido ao discurso espírita.

“Não tem como desvincular o tipo de crença que a gente tem, independente da religião que a gente assume, da forma como a gente se relaciona socialmente, principalmente em uma profissão assistencialista como a medicina, enfermagem, fisioterapia, enfim todas as profissões vinculadas a assistência da saúde. A gente passa a enxergar o paciente correlacionando a visão espiritual que nós podemos ter dele. Isso influencia na maneira como a gente aborda, como a gente conduz a conversa e o tratamento, na maneira como a gente idealiza prognóstico. Nunca deixando, é claro, de lado as conquistas no campo científico da Medicina. A gente adiciona, eu particularmente adiciono os meus conceitos em benefício dos doentes. Então, a gente passa a entender que ele não só é doente do corpo, mas também da mente, do sentimento, é doente do espírito em suma” ME – 01.

Neste caso, o *habitus* espírita aparece presente em todas as relações sociais – *‘não tem como desvincular’*-, principalmente na relação médico-paciente: *‘crença’*, *‘se relaciona’*, *‘profissão assistencialista’*, *‘adiciona’*-, porém sem a necessidade de uma nomeação explícita - a *‘visão espiritual’*, *‘isso influencia’*, *‘como a gente conduz’*, *‘como a gente idealiza prognóstico’* -, auxiliando na *‘leitura’* que o médico faz do paciente e também na escolha do tratamento. O trânsito se dá num sentido inverso, do *habitus* espírita para o *habitus* médico, e aparece mediado neste caso pela abordagem e interpretação clínica, indicado pelas expressões *‘a gente adiciona’* e *‘eu particularmente adiciono os meus conceitos [espíritas] em benefício para o paciente’*, o que muda um pouco o sentido, isto é,

relativiza a influência do campo espírita sobre o campo. Esta é uma variante da relação de influência entre um campo e outro, e isso se percebe em profissionais que mostram certo cuidado, ou certa auto-censura em fazer essa passagem; algo parecido com o que se viu antes em expressões como: *‘com muita serenidade, com muita tranquilidade e sem misticismo, há sim uma cultura já que o homem é um ser espiritual e que reencarna muitas vezes para acertar suas...’* e *‘criar uma linguagem universal para a ciência semelhantes às de Kardec’*. Não há aqui, portanto, um processo de subordinação de um discurso (médico) a outro (espírita), mas a *adição*: discurso médico (*‘nunca deixando, é claro, de lado as conquistas no campo científico da Medicina’*) + discurso espírita (*‘eu particularmente adiciono os meus conceitos [espíritas]’*), e tudo *‘em benefício dos doentes’*, na verdade a prática é o que orienta essa adição.

“Lá desenvolvemos atividade mediúnica como um recurso para o diagnóstico. Neste trabalho não há incorporação, utilizamos somente a vidência, audiência, intuição e psicografia. A equipe possui médiuns ostensivos. Esclarecendo nos casos clínicos informações da vida atual do paciente, que não foram revelados por este nem por seus familiares, esclarecendo o conteúdo recente dos delírios

Finalidade: identificação dos processos obsessivos, a não resposta ao tratamento convencional.

Orientações dadas versam sobre: temas específicos para serem abordados na psicoterapia, indicação para a participação das atividades religiosas, leituras e prece.”
MPE – 06 (Sócio-fundador e assessor de pesquisas de AME-estadual. Vice-presidente da AME-Brasil. Médico assistente e diretor de um Hospital Espírita. MEDIUM e expositor espírita em diversos eventos nacionais e internacionais. Autor de vários livros espíritas. Médico Psiquiatra)

Esta é uma situação de contraste ao que encontrei no hospital espírita pesquisado. Esta *‘atividade mediúnica’* para *‘diagnóstico’*, que acontece também em um outro hospital espírita brasileiro, significa que não há a tarefa de *doutrinação*¹²⁸, porque eles só entram em *sintonia* com os *mentores* que fornecem informações para psicoterapia e uma indicação do atendimento espiritual que deve ser feito. No caso, não se faz referência explícita à *reencarnação*, pois a busca de informações da atividade mediúnica se faz em relação à *‘vida atual’*. Outro ponto importante a ser ressaltado é que o recurso espírita é buscado quando o paciente *‘(não responde) ao tratamento convencional’*, ou seja, quando já foram esgotadas as opções estritamente médicas. A prática espírita também neste caso é *somada* à prática médica quando esta última não consegue resultados satisfatórios.

¹²⁸ Discurso de convencimento do doutrinador – um dos participantes do trabalho mas que não está ‘incorporado’-, a fim de que o ‘espírito maléfico’ deixe de perturbar o indivíduo, no caso, o paciente.

3.5.3.2 – Do corpo

“Nos diagnósticos sindrômicos, ou seja, nós tentamos encaixar todas as queixas da pessoa num aspecto único e esse aspecto está relacionado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) ao que seria saúde: um completo bem estar físico, emocional, psíquico, social. Mais uma vez idealmente, devemos considerar todos esses aspectos na formação daquele quadro que a pessoa trouxe. Entretanto, nada tão profundo quanto se gostaria. Infelizmente, hoje o tempo em saúde é escasso, são muitas pessoas solicitando atendimento” ME-01

A ‘visão de ser integral’ aparece aqui primeiramente respaldada pela definição da OMS – ‘*completo bem estar um completo bem estar físico, emocional, psíquico, social*’-, o que remete a uma ‘visão holística’, mas ainda nos limites do campo médico (OMS). Entretanto, a queixa é que como a política pública de saúde está organizada – ‘*infelizmente, hoje o tempo em saúde é escasso, são muitas pessoas solicitando atendimento*’-, cada paciente tem direito a um tempo limitado de consulta e atendimento, o que é incompatível para que o médico consiga cumprir plenamente sua função – ‘*nada tão profundo quanto se gostaria*’.

Na seqüência, percebe-se como as circunstâncias de trabalho e as especificidades dos casos levam a práticas diferentes:

“No atendimento emergencial a relação é bastante impessoal, onde todos os esforços são para o suporte a vida da pessoa, já no atendimento ambulatorial, é mais tranqüilo, é possível realizar uma anamnese aberta”. ME-01

Aqui este profissional indica que em circunstâncias em que existe o risco de morte – ‘*atendimento emergencial*’-, o atendimento se concentra no ‘*suporte a vida*’, sendo esta uma situação que permite apenas uma avaliação corporal, e por isso ‘*a relação é bastante impessoal*’; em um outro exemplo – ‘*ambulatorial*’-, ele demonstra que é possível uma observação mais completa do paciente, - ‘*anamnese aberta*’-, em que o paciente pode expor o seu problema com mais ‘*tranquilidade*’. Isso indica uma certa relação com o tempo: em um dos exemplos o tempo é um fator determinante, no outro, é um fator colaborativo.

Em processos de tratamento mais extenso, o que vai definir as terapias decorre de uma avaliação coletiva:

“No hospital, dentro da nossa maneira de trabalhar a definição do tratamento se dá dentro da equipe. A equipe de terapeutas, a equipe vai definir a forma como o tratamento vai ser conduzido, de acordo com as necessidades de cada pessoa. Por exemplo,

um paciente que tenha uma necessidade de trabalhar mais o corpo, de trabalhar mais movimento, ele pode ser indicado para o grupo de dança. Um paciente que precisa centrar mais a atenção, talvez seja indicado para a atividade de xadrez, e assim por diante. As definições vão se dando de acordo com a necessidade de cada paciente” MEP – 03

Aqui percebe bem a distinção entre doença e doente, pois a ‘*definição do tratamento*’ vai considerar ‘*as necessidades de cada pessoa*’, portanto é uma observação sobre o indivíduo e o contexto de sua doença - aquele que tem ‘*necessidade de trabalhar mais o corpo*’, aquele que ‘*precisa centrar mais a atenção*’. Como se trata de pacientes internados, a relação com o tempo é menos conflituosa e, portanto, permite uma abordagem mais *integral e holística*.

A visão holística é invariavelmente bem avaliada, trazendo mais satisfação profissional, sendo uma forma de *humanização* do tratamento - em oposição a uma relação impessoal -:

“Com a visão de homem integral, nós ficamos muito mais próximos do paciente, porque nós nos vemos no mesmo processo de desenvolvimento, de crescimento, de aprendizado, e nesse sentido a aproximação se dá porque não é propriamente alguém são, saudável, que trata de alguém que está doente. Mas são duas pessoas que estão num processo de conhecimento e de aprendizado” MEP-03

A relação médico-paciente tende a ser uma relação mais horizontal e próxima – ‘*ficamos muito mais próximos do paciente*’, ‘*são duas pessoas*’ -, buscando pontos de identidade entre médico e paciente - ‘*nós nos vemos no mesmo processo de desenvolvimento*’; mas a idéia de proximidade aprofunda essa identidade, colocando a questão num plano mais amplo: por um lado, *indistinção* entre médico e doente - ‘*não é propriamente alguém são, saudável, que trata de alguém que está doente*’ -; por outro, estabelece-se ‘*um processo de conhecimento e aprendizado*’ mútuo.

O caráter integral – *holístico* -, no entanto, não está presente apenas na prática médica – na ação do médico -, mas depende de uma adesão do próprio paciente à terapia:

“Hoje, sabe-se, que a cura, ou o alívio dos sintomas está intimamente relacionado ao empenho do paciente em buscar essa realização” ME-01

Essa *humanização*, representou uma mudança na concepção médica – de responsabilidade absoluta pelo tratamento -, gerou um compromisso do paciente com o processo de cura e, certamente, uma aceitação dos princípios assumidos por essa nova medicina – ‘*hoje, sabe-se, que...*’.

Aquí, a variante é o tratamento da depressão:

“O tratamento da depressão requer do profissional certa experiência, porque não raro encontramos pacientes refratários ao tratamento pelo fato desse já ter sido iniciado de maneira inconveniente” MEP-05

Percebe-se uma relação entre ‘*pacientes refratários*’ e uma experiência de relação médico-paciente inadequada – ‘*ter sido iniciado de maneira inconveniente*’, provocando maior resistência do paciente diante de outros atendimentos e revelando que parte da formação do médico e, portanto, do sucesso da terapia, depende da prática – ‘*requer do profissional certa experiência*’.

Essa *certa experiência* conduz ao reconhecimento de níveis de gravidade da doença e diversidade de tratamentos:

“Quando o quadro depressivo não é grave, podemos iniciá-lo de maneira menos "agressiva", usando mais orientações para corrigirmos hábitos alimentares, estimulando o uso de verduras e frutas de cores alaranjadas, amarelas e verdes, os exercícios respiratórios; o banho de sol, as caminhadas ou exercícios regulares; a necessidade do lazer, de leituras e atividades salutaras. Desaconselhamos o uso de alcoólicos, do fumo, do excesso de leite e seus derivados, da carne e dos condimentos.” MEP – 05

Este profissional indica que existem formas menos ‘*agressivas*’ de tratamento - sem intervenção medicamentosa -, voltadas, por exemplo, para a correção de ‘*hábitos alimentares*’, ‘*os exercícios respiratórios; o banho de sol, as caminhadas ou exercícios regulares; a necessidade do lazer, de leituras e atividades salutaras*’.

A concepção holística impõe uma intervenção mais ampla na vida do paciente, gerando um conjunto de regras de comportamentos que vão do campo da moralidade, dos bons hábitos, bom senso à prática efetiva dos preceitos religiosos, independentemente da confissão a que se pertence:

“Enfatizamos da necessidade de valorizar-se a dor alheia, da meditação, do trabalho beneficente em prol dos necessitados (descentralizando a atenção excessiva em si), do culto cristão no lar, de atentar para uma melhor convivência no lar e no trabalho. Quando há um clima de aceitação dos recursos espíritas, encaminhamos para receberem os passes, principalmente nos centros de força Esplênico e Gástrico, os mais afetados, e o recurso da água fluidificada. Não sendo aceitos tais recursos, orientamos da necessidade da fidelidade ao compromisso religioso que temos diante do nosso Criador; com isto, enfatizamos o recurso da prece, da procura da comunhão com Deus, o Nosso Pai, através da prece, que deve ser sincera e sentida para ter-se a eficácia desejada”. MEP – 05

Nesta etapa ele já transitou da *correção de hábitos*, que já indicava alguma associação com a idéia de *reforma íntima*, para um discurso predominantemente espírita –

‘valorizar-se a dor alheia’, ‘do culto cristão no lar’, ‘aceitação dos recursos espíritas’-, reconhecendo que estes também auxiliam na modificação de alguns hábitos do paciente. Este profissional procura marcar a característica voltada para a ciência do espiritismo quando recorre a recursos como – ‘centros de força Esplênico e Gástrico’ -, como uma forma de legitimar para o paciente a terapêutica proposta. No entanto, quando o paciente não é de confissão espírita, ainda assim recomenda-se a prática religiosa: ‘orientamos da necessidade da fidelidade ao compromisso religioso que temos diante do nosso Criador; com isto, enfatizamos o recurso da prece, da procura da comunhão com Deus, o Nosso Pai, através da prece’, mas, nesse caso, há uma ressalva indicativa de certa dúvida quanto à prática efetiva como condição da cura: ‘a prece deve ser sincera e sentida para ter-se a eficácia desejada’.

Aqui o holismo dá espaço para outras terapias e certo sincretismo – Florais, Homeopatia e Espiritismo e princípios de psicoterapia convencional:

“Usamos também os recursos dos Florais e da Homeopatia, no intuito de harmonizarmos as energias do Duplo Etérico e do perispírito. Somos do parecer que a medicina alternativa tem muito que oferecer aos pacientes deprimidos. Buscamos com a psicoterapia oferecer ao paciente a possibilidade de tomar consciência da sua relação consigo, com seu semelhante e com Deus, denunciando a ele a sua maneira de ser diante da vida.” MEP-05

A aceitação da ‘medicina alternativa’ é mais uma forma de mediação entre o discurso médico e o religioso, pois tanto os ‘florais’ e como a ‘homeopatia’ compartilham da idéia de ‘homem integral’ e da noção de ‘energia’ com as terapêuticas espíritas. O uso de Florais e Homeopatia visa potencializar os resultados das práticas espíritas - ‘Usamos também os recursos dos Florais e da Homeopatia, no intuito de harmonizarmos as energias do Duplo Etérico e do perispírito’¹²⁹ -, o que significa que essa relação de influência de discursos e práticas é recíproca, aprofundando a concepção holística.

¹²⁹ Num processo de *desdobramento*, com o auxílio do supervisor espiritual, o médium foi convenientemente exteriorizado. A princípio, seu perispírito ou «corpo astral» estava revestido com os *eflúvios* vitais que asseguram o equilíbrio entre a *alma* e o corpo de carne, conhecidos aqueles, em seu conjunto, como sendo o «*duplo etérico*», formado por *emanações neuropsíquicas* que pertencem ao campo fisiológico e que, por isso mesmo, não conseguem maior afastamento da organização terrestre, destinando-se à desintegração, tanto quanto ocorre ao *instrumento carnal*, por ocasião da morte renovadora.

Cf. <http://www.guia.heu.nom.br/ectoplasma.htm>. [28a] Nos domínios da mediunidade, 7a edição - Francisco Cândido Xavier - André Luiz. Outra fonte consultada foi O Espírito e o Tempo, uma introdução Antropológica ao Espiritismo, de J. Herculano Pires, ver bibliografia (1979:207-237)

O que significa também que a prática médica convencional nunca é abandonada, usando-se todos os recursos desta, dos menos agressivos aos mais ortodoxos e até questionáveis diante de posições recentes sobre tratamentos de distúrbios mentais:

“Quando o paciente depressivo é mais grave, implica na necessidade de usarmos os antidepressivos, a fim de minorarmos o seu sofrimento, que não é pequeno. A escolha do antidepressivo é muito importante, porque tem que levar em consideração vários fatores, tais como: condições sociais, estados orgânicos, idade, tipo de depressão, resistência ao uso da medicação (medo de dependência). Nos pacientes de baixa renda, usamos de preferência os antidepressivos Tricíclicos, por serem os mais baratos. Dentre estes, temos na clorimipramina o mais eficaz e não necessitamos, na maioria dos pacientes, de altas doses. Quase sempre, no início do tratamento, usamos um ansiolítico de preferência à noite para melhorar o sono, até o processo antidepressivo fazer efeito. Nos casos de depressão grave e refratários ao tratamento exposto acima, usamos a Eletroconvulsoterapia com ótimos resultados” MEP-05

Nesta parte do relato, este médico, mesmo quando indica medicamento, o faz considerando ‘vários fatores’, ou seja, ele não abandona o *habitus* espírita de compreensão do ‘homem integral’, o que aparenta uma certa completude neste trânsito de *habitus*, indicando que o há um *habitus* e um *ethos* que conjugam as duas áreas: médica e religiosa.

3.5.3.3- Das terapias auxiliares ou complementares

“Se eu tenho essa visão espiritualista seria uma incoerência não utilizar esses recursos como a acupuntura, fitoterápicos, a ioga que eu gosto e também faço, e outras que tiverem como o Reiki. Eu mesma cheguei a procurar para perceber alguma sensação em mim diferente, cheguei a fazer as sessões pelo menos sete eu fiz...Então, isso eu procuro fazer, porque tudo o que beneficiar não atrapalhando está bom”. MEP – 04

“O importante são as pessoas conhecerem várias formas terapêuticas, não terem preconceito, extrair o melhor de cada uma em benefício do paciente. Se percebo que o tratamento é seguro e útil para o paciente eu recorro”. MEPe-01

“Em situações crônicas, em situações em que você não ache a causa física da doença, ou mesmo que ache, mas a nossa medicina comum não tem muitos recursos para resolver, recomendamos para a acupuntura e homeopatia, principalmente essas duas. Agora, quando é o caso que pode ser auxiliado por alguma outra terapia nós não temos problema, não temos preconceito”. MEG-01

Nessas três falas podem-se compreender alguns aspectos pelos quais o médico-espírita pode recomendar as terapias complementares ou aceitar que o paciente busque esse recurso: i) *‘a visão espiritualista’* e a *‘incoerência da não utilização’*: se o profissional já possui uma concepção de abrangência maior do que a que recebeu na academia quanto à formação do conceito de saúde e doença, existiria uma certa coerência na recomendação dos recursos terapêuticos que compartilhem desse conceito mais estendido – que inclui o espírito; ii) para isto é necessário que este profissional conheça *‘várias formas terapêuticas’* para, somente depois que considerá-las um *‘tratamento é seguro e útil’*, proceder a recomendação; iii) se a *‘nossa medicina comum não tem muitos recursos para resolver’* ou caso *‘você não ache a causa física’* também são motivos para que este profissional, que tem uma percepção de *homem integral*, indique os recursos que ache necessários. Compreende-se assim que as medicinas complementares são mediações possíveis entre o *habitus* médico e o *habitus* religioso, e é através delas que o médico-espírita consegue a legitimidade para recorrer a prática propostas em sua crença. Mas seria bom ressaltar que a mediação mais constante decisiva é a visão holística que legitima todas essas terapias.

3.5.4.- Conceção de religião

“O auto conhecimento faz parte do tratamento, seja por quais meios ele quiser. Seja por meio da psicoterapia, por meio da meditação, da yoga, da religião que também levam a reflexão. A pessoa vai ter que parar e reavaliar suas escolhas, seus posicionamentos de vida para poder lidar melhor com a patologia. Porque senão vai ficar só na troca de receita, ele vai no consultório repete as queixas e pega uma receita e isso vai se repetir indefinidamente se não houver mudança real de posicionamento”. MEPE-01

A determinação - *‘vai ter que’* - de uma auto avaliação – *‘auto conhecimento’* – indica imediatamente um retorno da relação de poder entre médico-paciente, restando ao paciente a liberdade para escolher *‘quais os meios ele quiser’* – *‘meditação’*, *‘yoga’*, *‘religião’*. O *habitus* religioso aqui interfere no discurso médico, justificando-se em uma limitação do *habitus* médico, pois o medicamento é tido como incapaz de produzir a cura sozinho - *‘pega uma receita e isso vai se repetir’* -, demandando uma *‘mudança real de posicionamento’*.

Mas não é só em termos práticos imediatos (de eficácia) que se recorre à religião – aqui referida em termos de religiosidade:

“A religiosidade dá um sentido e um significado que são altamente protetores, psiquicamente e fisicamente. Ela auxilia nos enfrentamentos e nas superações das coisas de uma forma muito maior”. MEPe-01

A ‘religiosidade’ aparece com um caráter preventivo em relação à doença – ‘protetores’ - tanto corporal como espiritualmente, ganhando um sentido muito mais amplo – ‘uma forma muito maior’. É a esse caráter *protetor* que entendo como preventivo, pois se, como foi observado diversas vezes, faz parte da cura das doenças que o paciente assuma mais profundamente seu compromisso religioso¹³⁰, então, quando o indivíduo segue desde sempre os preceitos religiosos, tudo leva a crer que as doenças tenderiam a não se manifestar, havendo um equilíbrio entre corpo e espírito.

“Esse trabalho nosso é um trabalho de fluidoterapia. No primeiro trabalho ela vem faz a entrevista conosco, a gente faz uma oração com ela, transmite energia e nesse período de 10 a 15 minutos a gente tenta captar se tem algum problema espiritual ou não. As vezes a pessoa que nos procura fica mediunizada nesse momento, as vezes a pessoa chora, ou as vezes ela conta sobre um outro momento da vida dela. Esse primeiro momento é uma triagem dos processos espirituais, já que a proposta da casa espírita é tratar os problemas espirituais, então para a gente saber se é espiritual ou não a gente tem que fazer essa triagem. Nessa fase alguns médiums videntes conseguem ver alguma entidade próxima, alguma coisa assim. Então, a gente complementa algumas coisas, pergunta se morreu alguém na família, se algum amigo se suicidou, se os problemas podem não ter vindo de lá para cá. Depois a gente complementa com alguma visão dos colegas, quando a paciente sai a gente comenta o caso dela com as outras pessoas da equipe e anota na ficha dela. Então, nós temos esse fichário e já apresentamos até em congressos médico-espíritas a nossa casuística de percentual de problemas espirituais na casa espírita. No segundo trabalho, se nós temos dois ou três pacientes, eles vêm naquele dia marcado é lido o nome para o grupo e o seu problema, é feito um passe para ele e ele vai embora. Depois, é realizada a reunião mediúmica, então se houver algum problema espiritual a idéia é que se comunique nessa reunião, sem a presença do paciente, é claro.” MEG-01

Os resultados: *“Dos nossos pacientes com problemas espirituais, nós apresentamos uma estatística de setenta e poucos casos, que nós conseguimos em 25 anos de atendimento. Então, a porcentagem é pequena, pelo volume dos pacientes, a gente atende em média 10 pacientes por semana. Dos casos catalogados como obsessão 80% dos casos melhoraram, inclusive com 5 anos de follow up”.* MEG-01

Nesse relato de um tipo de tratamento espiritual, feito em um centro espírita, com a colaboração voluntária do médico, que aproveita para fazer suas anotações científicas,

¹³⁰ É bom lembrar: ‘*indicação para a participação das atividades religiosas, leituras e prece*’ (MPE-06); ‘*fidelidade ao compromisso religioso*’, ‘*tomar consciência da sua relação consigo, com seu semelhante e com Deus*’ (MEP-05); ‘*quando alguma coisa não está bem a sua imunidade diminui e os germes vão atacar*’ (MEG-01); ‘*O núcleo de sofrimento é a maneira de lidar com a vida, com as emoções que vão gerar sintomas também*’ (MEPe-01)

percebe-se que o número de casos ligados à obsessão é relativamente pequeno, em proporção ao número de atendimento feito no centro. Isso leva a crer que nem todos os casos são de natureza espírita, e o que mantém um certo crédito da terapia é que os casos catalogados adequadamente como obsessão têm respostas terapêuticas satisfatórias, inclusive com um período de acompanhamento relativamente extenso – *‘obsessão 80% dos casos melhoraram, inclusive com 5 anos de follow up’*. Indicando que a relação mediunidade e patologia não é tão corriqueira como imaginam outros médicos.

3.5.5 - Concepção de ciência, pesquisa

“Hoje, a medicina passa por um movimento muito forte, muito importante, que é a medicina baseada em evidência. Antigamente, nós fazíamos tratamentos empíricos, ou seja, através da experiência. Nós aplicávamos a um paciente um determinado tratamento se aquilo fazia efeito, nós imaginávamos que aquilo fazia efeito para todos. Hoje em dia, procura-se fazer estudos científicos para verificar uma eficácia estatística daquele tratamento e estatisticamente comprovar que aquilo é realmente oportuno.” ME-01

Novamente, como uma forma de contextualizar as práticas médicas não convencionais, recorre-se a um a história da medicina, sempre dividida em duas partes – *antes, antigamente e hoje, hoje em dia* -, aparecendo no discurso tanto médico como no espírita uma idéia de evolução do conhecimento. Nova perspectiva - *‘medicina baseada em evidência’*-, novos métodos com controle matemático, baseados em *‘estudos científicos para verificar uma eficácia estatística daquele tratamento’*-, portanto, sugerem alguma segurança na aplicação de determinados medicamentos e terapias – *‘procura-se... estatisticamente comprovar que aquilo é realmente oportuno’*. Já antigamente *‘nós fazíamos tratamentos empíricos, ou seja, através da experiência. Nós aplicávamos a um paciente um determinado tratamento se aquilo fazia efeito, nós imaginávamos que aquilo fazia efeito para todos’*. É interessante notar essa caracterização dos *‘tratamentos empíricos, através da experiência’* como sugerindo algo menos científico e a aplicação de métodos estatísticos – que raramente levam a resultados universais – como mais científico. (Isso será tratado em outro momento, quando a concepção de pesquisa for abordada).

Mas, essas *mudanças* não se referem somente às terapias ou medicamentos, ou às relações médico-paciente. Referem-se também à forma como o ser médico é aprendido:

“A medicina está mudando sempre, constantemente tem coisa nova, visões novas, recursos terapêuticos e de diagnósticos novos, que nunca é a mesma coisa. Constantemente há mudanças. Inclusive há, recentemente, mudança na formação médica, novas maneiras

de trabalhar a educação médica, os alunos que se formam hoje têm orientações já diferentes da nossa época, então está sempre mudando tudo.” MEPe-01.

A presença de palavras indicativas de mudança é mais do que retórica, reflete no campo conceitual, ou seja, ‘inclusive’ na formação médica. Note-se que *inclusive* não tem apenas o sentido de incluindo, de adicionar a mudança na formação do médico como mais um dos eventos, mas de dar um valor positivo, visto que a Academia resiste o quanto pode a mudanças apenas provenientes de modismos.

“Logo que nós começamos a medicina há 25, 26 anos atrás, o paciente acatava mais as orientações dos médicos. O médico era mais respeitado. Hoje tem uma participação e um questionamento maior por parte do paciente e o médico também sente necessidade de estar constantemente renovando seus conhecimentos, porque a medicina assim como toda a parte científica evolui muito rapidamente, então a gente tem estar o tempo todo se atualizando, esse é um dos motivos pelos quais a gente optou pela carreira universitária, porque nos obriga mais ainda a nos atualizar.” MEG-01

Nesse relato, a idéia de *mudança* é ambígua, porque ora é positiva - ‘o médico também sente necessidade de estar constantemente renovando seus conhecimentos’ – ora é negativa - ‘... há 25, 26 anos atrás, o paciente acatava mais as orientações dos médicos. O médico era mais respeitado’, o que leva a uma ambigüidade também em da recepção da *participação* do paciente e *questionamento* deste em relação ao médico e sua prática. Mas em vista de que a medicina ‘*assim como toda a parte científica evolui muito rapidamente*’, o médico resigna-se - ‘*então a gente tem estar o tempo todo se atualizando*’, reconhecendo que esta foi a sua escolha – ‘*esse é um dos motivos pelos quais a gente optou pela carreira universitária, porque nos obriga mais ainda a nos atualizar*’, aceitando como regra do jogo a atualização.

Essa mudança conceitual vai mais além quando ela gera mudança de paradigma:

“Hoje o paradigma da medicina está voltado para uma medicina holística. Então, está havendo um momento de mudanças. Em 2006, nós estamos mudando o curriculum da Federal, para que o aluno possa atuar de forma holística. Tratar a doença na fase da prevenção com o médico da família, a visitação nas residências, para melhorar a condição de vida. A gente sabe que no caso se você deixar a doença se estabelecer você não tem recurso para combater essa doença. Então, hoje, esse paradigma está mudando bastante e a gente está fazendo parte dessa corrente de pensamento”. MEG-01

Essa afirmativa de que o ‘*paradigma da medicina*’ agora - ‘*hoje*’ - é de uma ‘*medicina holística*’ é aceita ora em vista dos limites de uma medicina convencional, curativa, que existe em função (a partir) da doença – ‘*a gente sabe que no caso se você*

deixar a doença se estabelecer você não tem recurso para combater essa doença’ - , ora em vista da posição de sujeito da mudança -‘e a gente está fazendo parte dessa corrente de pensamento’.

Nesse outro relato, busca-se legitimidade para o uso de terapias espíritas em pesquisas feitas em instituições internacionais por ‘*peessoas de renome*’:

“Hoje em dia a pesquisa da espiritualidade no campo médico é ponta das principais universidades internacionais¹³¹, principalmente nos EUA e Europa. Não são pequenos núcleos excêntricos que estão investigando esse assunto, são pessoas de renome, de grande importância científica, que passaram a perceber que o aspecto espiritual e religioso, na verdade o aspecto espiritualista que é o termo mais adequado, e amplamente difundido, tem muita influência na saúde das pessoas, na maneira como se investiga a doença, no processo terapêutico em si”. ME-01

A questão que fica é por que no exterior essa abertura para pesquisa no campo da espiritualidade é maior do que no Brasil, onde a presença religião espírita é ainda mais ampla? Seria justamente o caráter *mais religioso do que científico* que o espiritismo assumiu no Brasil o que tem dificultado as investigações?

Para este mesmo profissional, a prática médica, no contexto da doutrina espírita, reconhece necessariamente a influência da *mediunidade em patologias psiquiátricas (principalmente) e orgânicas*:

“A partir do momento que nós trabalhamos com a existência do espírito dentro da prática diária da medicina, fatalmente nós entraremos em contato com o aspecto da mediunidade, e veremos que a mediunidade está incluída em muitas patologias, principalmente as psiquiátricas, mas também as orgânicas”. ME-01

Essa parte do relato parece confirmar em parte os questionamentos feitos anteriormente. Que a relação espiritismo e medicina seja mediada pela presença da mediunidade em muitas patologias, e isso já havia sido constatado com alguma segurança no resgate histórico. Entretanto, entender que ‘*muitas patologias*’ tenham relação com ‘*aspectos da mediunidade*’ indica que há um reforço maior das disposições do *habitus* religioso do que das do *habitus* médico, o que pode ser explicado, primeiramente, por uma

¹³¹ Como exemplo, posso citar o pesquisador Harold Koenig que apresentou no V Congresso Nacional da Associação Médico-Espírita do Brasil, a comunicação sobre o tema “Espiritualidade no Cuidado com o Paciente”. Ele também é Diretor do Centro para o Estudo da Religião/Espiritualidade e Saúde da Universidade de Duke, Carolina do Norte, EUA. Também o psiquiatra Alan Sanderson que fundou em Londres uma organização que se denomina The Spirit Release Foundation (Fundação para a Liberação de Espíritos – ou *desobsessão*, em linguagem espírita) e que agora conta com 170 associados. Entre estes não há muitos médicos, mas terapeutas complementares e pessoas com formações diversas, tais como psicólogos, aconselhadores, passistas, médiuns, enfim, pessoas interessadas nesse tipo de trabalho.(www.amebrasil.org.br)

orientação prévia para o que se vai buscar conhecer: ‘a partir do momento que nós trabalhamos com a existência do espírito dentro da prática diária da medicina, fatalmente nós entraremos em contato com o aspecto da mediunidade’. O que de certa forma é confirmado, quando Puttini (2004) considera que existe uma relação simbólica entre espírito malféfico e loucura, o que indica uma reinterpretação sobre o que é a cura:

‘Nas sessões mediúnicas, como são regularmente realizadas no Brasil, ocorre uma competição entre os espíritos, isto é, concorrem, num campo de lutas, aquisições de caracteres de ‘espíritos inferiores’ e ‘espíritos superiores’. Essa disputa moral, como se viu, renova-se pelas manifestações dos médiuns e enquanto tais são feitas em torno de aquisições de elementos de moralidade (leis morais espíritas) numa perspectiva terapêutica e educativa. Para a troca simbólica, a referência material é a loucura e a referência espiritual é o espírito maléfico. A cura sobre a possível desordem patológica de ordem moral e material no corpo da vítima (candidata a médium) é o reconhecimento da perspectiva de valor de que a mediunidade bem praticada, ou melhor, que o sistema de crença do espiritismo se consolide na prática da mediunidade, exercida com caridade, única finalidade religiosa a ser alcançada.’ (Puttini, 2004:121)grifo meu

Nesse sentido, e sob esta interpretação, a ‘cura’ está diretamente associada à conversão – ‘o sistema de crença do espiritismo se consolide’ -, à prática adequada – ‘é o reconhecimento da perspectiva de valor de que a mediunidade bem praticada’ – e a valores do espiritismo – ‘a caridade’. Se, portanto, alguns médicos-espíritas estão mais voltados para o *habitus* religioso, esses vão encontrar dificuldades na prática de pesquisa científica que relacione a ciência e o espírito, porque sentem dificuldades de formular perguntas com *distanciamento* e que impliquem *questionamentos* acerca da doutrina.

Aqui, o médico que falou entusiasmadamente sobre os avanços da *pesquisa da espiritualidade* na Europa e Estados Unidos, fala do uso ainda *empírico* das terapias religiosas no Brasil e do incipiente *movimento científico* sobre elas, justificando esta limitação – ‘falta’ - pela *crença* e sua *eficácia simbólica* – ‘faz-se a terapia para determinada pessoa, acredita-se que funciona e toma-se como verdade essa eficácia’ - vinculadas ao ‘*caráter latino, emocional e religioso que tem o povo brasileiro*’.

“As terapias religiosas infelizmente por falta de um movimento científico dentro delas, estão pouco vinculadas a esse tipo de investigação (medicina baseada em evidência). Então, hoje em dia as terapias religiosas são aplicadas na base do empirismo. Faz-se a terapia para determinada pessoa, acredita-se que funciona e toma-se como verdade essa eficácia, pouco tem de movimento científico realmente nas terapias religiosas, principalmente no Brasil, pelo caráter latino, emocional e religioso que tem o povo brasileiro, então são poucos os centros que têm uma terapia religiosa cientificamente conduzida”. ME-01

Observe-se que este médico aplica às terapias religiosas os mesmos critérios de validação científica que fizera à medicina (primeiro depoimento analisado neste item – 3.5.5), submetendo-as à mesma abordagem histórico-metodológica, pois as terapias religiosas hoje se assemelham às práticas médicas de *antigamente*. Compare-se: sobre a medicina - ‘*antigamente, nós fazíamos tratamentos empíricos, ou seja, através da experiência. Nós aplicávamos a um paciente um determinado tratamento se aquilo fazia efeito, nós imaginávamos que aquilo fazia efeito para todos*’; sobre as terapias religiosas - ‘*Então, hoje em dia as terapias religiosas são aplicadas na base do empirismo. Faz-se a terapia para determinada pessoa, acredita-se que funciona e toma-se como verdade essa eficácia*’. Nesse sentido, ‘*pouco tem de movimento científico realmente nas terapias religiosas*’, o que se significa que este médico entende ciência orientado *mais* pelo *habitus* médico e acadêmico do que pelo espírita. Entretanto, Puttini (2004), no contexto estudado por ele – um hospital espírita de São Paulo –, e recorrendo à doutrina (Kardec), afirma que a *caridade* também pode ser compreendida como uma *atividade científica*:

“A caridade nesse caso, como se viu, desde Allan Kardec pode ser interpretada como atividade científica, que naquele momento significava diferenciar principalmente as atividades mediúnicas (e o médium) dos charlatães atuantes no campo religioso. Mas, aqui se refere àqueles médiuns que exercem a mediunidade no espaço hospitalar estudado, que carregam o capital simbólico fundamentado na cientificidade da atividade mediúnica e não necessariamente para distinguir-se da atividade voluntária benemerente” (Puttini, 2004:262) grifo meu

É nesse sentido que a caridade faz a mediação entre ciência e religião, podendo ter ambas as funções ao mesmo tempo – auxílio ao próximo e estudo. Essas mediações possibilitam o trânsito de um *habitus* médico para um *habitus* religioso e vice-versa sem que a característica de um *habitus* fique completamente ausente da característica do outro *habitus*.

Conclusão

A noção de "racionalidades terapêuticas" permitiu neste trabalho estudar a associação das terapêuticas espíritas com a prática médica convencional. Observou-se que as opções de especialidades médicas que compreendem o paciente como '*homem integral*', são legitimadas por esses profissionais pela proximidade conceitual com a religião espírita – como é o caso da homeopatia, acupuntura e, mais recentemente, a opção de médico da família, um modelo antigo com cara nova. A outra forma observada foi a associação de especialidades como pediatria e homeopatia, ou ginecologia e acupuntura, ou psiquiatria e transpessoal (que é uma especialidade ligada à psicologia) e outras tantas combinações possíveis ainda dentro do sistema oficial de atendimento médico. Quando Helman (1994) analisa a inserção das terapias alternativas ela constata que estas propõem uma abordagem *holística* do paciente, na medida em que as dimensões psicológicas, sociais, morais e físicas, são pensadas como interdependentes, constituindo uma totalidade que é dinâmica. A essa totalidade dinâmica os médicos-espíritas adicionam a dimensão espiritual, e com isso a noção de *reencarnação*, *carma* e *perispírito* passam a permear o conceito de saúde e de doença.

A adesão à terapêutica espírita como forma de tratamento não é muito explícita, tendo-se observado sua utilização restrita a princípio nos centros e hospitais espíritas – onde é bastante presente. A categoria médico-espírita é construída de maneira *liminar* apoiada na *solidariedade estrutural* entre ciência e religião. Penso nesta característica – *solidariedade* - em função do caráter dinâmico – de influências recíprocas - atribuídas a ambas.

É porque a medicina tem limitações na sua aplicabilidade, ou seja, para algumas patologias ela ainda não encontrou solução ou tratamento possível, e, em muitas circunstâncias ainda não tem nem explicação para certos quadros patológicos, que uma certa solidariedade estrutural aparece permitindo que aspectos religiosos possam dar sentido e significado para esses casos, afastando a idéia de caos, reordenando a estrutura.

Essa dialética pôde ser analisada no capítulo histórico quando se demonstrou a formação da categoria médico-espírita a partir do conflito entre médicos e *médiuns-receitistas*. Um outro desdobramento desse conflito foi a aproximação entre medicina e

homeopatia, que muito embora, assim como a acupuntura, ainda lhe falte uma comprovação científica nos moldes atuais, acabou sendo legitimada e incorporada a prática médica.

Essa relação entre medicina e espiritismo cresce e hoje é intermediada pelo movimento médico-espírita. Na pesquisa de campo procurei demonstrar as várias formas como essa mediação pode se dar e com quais categorias discursivas são expressas, partindo das investigações feitas por Puttini (2004) em um hospital espírita e dos dados levantados sobre o papel de mediador dos médicos-espíritas entre os médicos e os voluntários espíritas, comparando-os com um contexto etnográfico mais amplo.

A mediação foi interpretada, portanto, a partir da trajetória dos médicos-espíritas relida pelo ideário espírita. Do tríplice aspecto da Doutrina Espírita – o moral, o científico e o filosófico –, no qual se percebe pela etnografia que dois deles se sobressaem e se relacionam constantemente na prática do médico-espírita: o moral e o científico. Essa relação é dada já pela autodenominação de médicos-espíritas. A princípio poderia supor que o aspecto filosófico fosse o elemento mediador dessa relação, mas o que se percebeu foi a idéia de um *continuum* entre religião e ciência, embora o aspecto religioso apareça mais marcado no discurso dos entrevistados. Além do caráter *missionário* atribuído à profissão, é recorrente a subordinação da prática médica à religiosa, quando se menciona, por exemplo, que *'Jesus é o médico divino das almas'*. No outro extremo, a importância da ciência é destacada, considerando seus métodos de trabalho, entre eles os métodos de pesquisa da área médica são observados – exigidos - com rigor e a participação em núcleos de pesquisas ligados às universidades, definindo o perfil dos médico-espíritas que associam medicina e religião em suas investigações. Neste caso, o aspecto religioso aparece submetido ao científico para comprovação, embora a questão filosófica da religião permaneça sendo observada e aceita por esses profissionais. Por um lado, a cura está no plano da conversão e no outro a cura está na dependência da comprovação científica da terapêutica espírita.

Pode-se afirmar que a mediação entre ciência e religião começa pela prática da caridade, transitando, através da prática mediúnica – categoria na qual caridade e estudo estão associados -, para uma mediação através do estudo, entendido por Puttini (2004)

como pesquisa, pois o trabalho de desobsessão (que é um tipo de trabalho mediúnico) é tido como objeto de investigação por parte dos médicos-espíritas.

A mediação inicial pela caridade pode ser compreendida, segundo Cavalcanti (1983:70), quando ela afirma que a caridade para os espíritas “*é a cura de si mesmo através do outro*”. Puttini (2004: 262) já vislumbrava essa transição da caridade para o estudo quando analisou esta prática dentro do contexto hospitalar espírita:

*“A caridade no hospital, nesses termos, é científica porque carrega um capital simbólico, constantemente em **processo de teste de legitimação** junto aos profissionais de saúde que não adotam as mesmas perspectivas de valores religiosos como finalidade das ações terapêuticas. Como se pôde observar, principalmente pela presença religiosa do profissional da saúde espírita, que tem formação acadêmica médica e religiosa, formaram-se estruturas sociais para a produção de bens simbólicos do espiritismo nos espaços híbridos”.*(Puttini, 2004:262).

No contexto pesquisado, pode-se entender que a caridade seja uma das categorias de mediação capaz de produzir a diferenciação da atuação dos médicos-espíritas, quando considerado os sentidos acima expostos.

Para compreender esta categoria é necessário entender o processo da *dádiva* que a permeia. A caridade no contexto espírita pede um *retorno* – que pode ser material ou espiritual –, mesmo que não seja explícito -, como um benefício pessoal - ‘*eu ajudo o meu próximo porque isso me faz bem, eu me sinto melhor*’ – e nesse sentido esse ‘*sentir-se melhor*’ está relacionado à idéia de poder – ‘de intervir no modo de vida do outro’, ‘de curar por meio da conversão’, ‘de transformar a humanidade’; e o retorno como uma auto-ajuda – ‘não é só o doente que melhora, o médico também’, ‘o médico aprende com o outro’, ‘a caridade é oportunidade de autoconhecimento’. O *retorno* ainda pode ser social - ‘*nós praticamos a caridade para minimizar o sofrimento alheio*’ -, e isso remete à idéia de que se paga uma *dívida* por se estar em uma situação material melhor, portanto também traz a idéia de uma *compensação*, ou mesmo a intenção de minimizar o próprio *carma*. E até mesmo, científico - ‘*eu pratico a caridade porque desejo minimizar a dor, o sofrimento do outro*’ e com isso tem-se o espaço apropriado onde ‘*posso fazer observações regulares com essa prática, legitimando a terapêutica na qual acredito*’.

A mediação advinda do *habitus* letrado desses profissionais, representada pelo estudo é percebida nos congressos e simpósios espíritas onde são apresentados casos de investigação clínica e evidenciando a tendência de sistematizá-los, com o intuito do

reconhecimento da terapêutica espírita e também do reconhecimento pessoal no meio científico – busca da legitimação acadêmica. Outra forma é a realização de palestras de cunho médico e moral onde divulgam as relações entre corpo e alma, mediadas pelo perispírito, além disso, encontram nas terapias alternativas ou complementares inúmeros elementos que permitem a correspondência de conceitos – assimilação - dos dois campos – como ‘energia’, ‘vibração’, ‘equilíbrio’, ‘centros de força’ entre outros exemplos, e, portanto a prática e o estudo dessas terapias também consistem em mediações.

A transição entre o *habitus* religioso e o *habitus* médico torna-se possível porque a caridade e o estudo encontram correlação com a função assistencialista da prática médica e o seu caráter predominantemente científico de produção desta prática. Associado a isso, o fato deste profissional ter o domínio dos dois códigos permite-lhes praticá-los com certa segurança. Concluo, portanto sobre a diversidade de mediação exercida pelos médico-espíritas nos diferentes espaços de atuação dos mesmos.

A prática do médico-espírita está então condicionada a reinterpretação de alguns conceitos médicos, iniciando pela noção de pessoa, na qual além do aspecto biológico, social, e psíquico é adicionado o aspecto espiritual – que inclui o espírito e o perispírito (o corpo semimaterial – em si mesmo uma mediação).

Outra noção que é reinterpretada é a causalidade das doenças. Na medicina convencional muitas vezes, as doenças são interpretadas como hereditárias, decorrentes de agentes externos (germes, vírus, bactérias), ou como disfunção orgânica. A esta noção, os médicos-espíritas acrescentam a *lei de causa e efeito*, associadas à idéia de reencarnação, que juntas constituem a noção espírita de *carma*. Enquanto a *medicina convencional* tende a pensar a doença como algo que tem origem na constituição do indivíduo (genética) ou vem de *fora para dentro*, a *medicina espiritualista* tende a pensar que o processo é justamente o inverso: em boa parte, as doenças se manifestariam em função do *carma*, o qual, se acredita, imprimem no perispírito as características necessárias para o desenvolvimento de determinada patologia, ou seja, de *dentro para fora e desde antes desse tempo imediato*.

Dentre as terapias espíritas propostas a desobsessão é a que mais se destaca, tanto enquanto prática como enquanto investigação clínica. Na desobsessão, como foi demonstrado, a noção de tempo e espaço, ritualmente suspensas, são reorganizadas de

forma a construir um sentido para os problemas de relacionamentos interpessoais. Para Turner (1974) o drama social é reinterpretado ritualmente produzindo a passagem do imaginário para o simbólico, desta forma, segundo Geertz (1973) a experiência sensível se torna inteligível, quando a teoria espírita é vivenciada no ritual de desobsessão e a partir dessa experiência ela produz conhecimento. Entretanto, é necessário que se diga que essas diferenças em momento algum desqualificam nem a medicina convencional, nem a medicina espiritual. Há uma tendência de trabalhar *cooperativamente*, ou seja, esgotados os recursos da medicina convencional acionam-se os recursos da medicina espiritual, mediados pelas terapias alternativas ou complementares. É porque a medicina convencional não dá conta de explicar ou solucionar todos os casos, que ela abre espaço e reconhece outras formas de tratamento, e é por esse mesmo motivo que a medicina espiritual conseguiu alguma inserção e legitimação, incluindo nesse espectro a aproximação do Espiritismo com a Homeopatia. Isso reflete a liminaridade estrutural em que estão, com suas tensões e conquistas. É nessa condição liminar estrutural que ocorre o trânsito entre os dois *habitus* – o médico e o espírita - como uma possibilidade aberta, passível de ser reinterpretada, como sugerem as várias maneiras de praticar a medicina espiritual, seja no exercício profissional ou filantrópico, variando as formas de produzir essa combinação, conforme o contexto, os interesses e disposições pessoais.

Referência Bibliográfica

- Albuquerque, J. A. Guilhon. 1978. *Metáforas da desordem. O contexto social da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- _____. 1986. *Instituição e Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Almeida, Alexander M. 2005. *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de Médiuns Espíritas*. São Paulo. IPq/FM da USP. (Tese de doutoramento)
- _____. 2003. “Visão Espírita dos Transtornos Mentais”. XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia.
- Almeida, Angélica A. Silva. 2002. *Uma Fábrica de Loucos: Espiritismo e Psiquiatria no Brasil (1900-1950)*. São Paulo.
- Amaral, Leila. 1999. “Sincretismo em movimento – O estilo Nova Era de lidar com o sagrado”. In: Carozzi, María Julia (org.) e outros. *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes.
- Amarante, P. (Org.). 2000. “Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade”. In *Ensaio*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- _____. (Coord.). 1995. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Aubrée, M. e Laplantine, F. 1990. *La table, le livre et les sprits*. Paris: J.C. Lattès.
- Bourdieu, P. 1996. *A Economia das Trocas Lingüísticas: O que Falar Quer Dizer*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo.
- _____. 1974. *A Economia das Trocas Simbólicas*, São Paulo, Perspectiva.
- _____. 1989. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- _____. 1983. *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo. Ática.
- Canclini, Nestor. 1993. “Antropólogos sob a Lupa”. In *Revista Ciência Hoje*, ano 15- nº90.
- Capra, Fritjof. 1997. *A Teia da Vida*. São Paulo. Editora Cultrix.
- _____. 1988. “O modelo biomédico”. In *O ponto de mutação*. São Paulo. Cultrix.
- _____. 1986. *O Ponto de Mutação*. São Paulo. Editora Cultrix.
- _____. 1985. *O Tao da Física*. São Paulo. Editora Cultrix.
- Cavalcanti, M. L. V. de C. 1983. *O Mundo Invisível: Cosmologia, Sistema Ritual e Noção de Pessoa no Espiritismo*. Rio de Janeiro. Zahar Editores.
- Corbisier, C. A. 2000. “Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência”. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaio - Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Costa, F. L. da. 2001. *Demônios e anjos: o embate entre espíritas e católicos na República Brasileira até a década de 60 do século XX*. Ponta Grossa/PR (Tese de Doutorado)
- Crema, Roberto. 1985. *Análise Transacional Centrada na Pessoa*, Editora Agora. 4ª edição.
- Damazio, S. 1994. *Da Elite ao Povo: advento e expansão do espiritismo no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Duarte, Luiz Fernando Dias. 2004. “Ética de Pesquisa e ‘Correção Política’ em Antropologia”. In: Víctora, Ceres e outros. (Org.). *Antropologia e Ética. O Debate Atual no Brasil*. Niterói: EdUFF.
- _____. 2003. “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença”. In *Ciência&Saúde Coletiva*, nº 8(1): 173-183.

- Foucault, Michel. 2002 [1970] *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola.
- _____. 1997. [1970-1982]. "O poder psiquiátrico". In *Resumo dos Cursos do Collège de France*.
- Geertz, Clifford. 1989[1973]. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Giumbelli, E. 1995. *Em Nome da Caridade: assistência social e religião nas Instituições Espíritas*. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos da Religião (ISER).
- _____. 1997b. "Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais". In *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v.40 no. 2.
- _____. 1997. *O Cuidado dos Mortos: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.
- Goffman, E. 1961. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Guimarães, Patrícia. 2001. "O doutor e a pomba-gira". In: Kuschnir, Karina e Velho, Gilberto.(Org.). *Mediação Cultural e Política*. Rio de Janeiro: Aeroplano.
- Guirardo, Marlene. 1986. *Instituição e Relações Afetivas*. São Paulo: Summus
- _____. 1987. *Psicologia Institucional*. São Paulo: EPU.
- Greenfield, Sidney 1999. *Cirurgias do Além: Pesquisas antropológicas sobre curas espirituais*. Petrópolis. Ed. Vozes.
- _____. 1992. "O corpo como uma casca descartável: as cirurgias do Dr. Fritz e o futuro das curas espirituais". *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, n. 16/1-2.
- Helm, Cecil. 1994. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Kupstas, Márcia. (1997). *Saúde em Debate*.
- Leão, Frederico. 2004. *Uso de práticas espirituais em Instituição para portadores de Transtornos Mentais*. São Paulo. IPq/FM da USP (Dissertação de mestrado)
- Lévi-Strauss, Claude. 1975[1955]. "O Feiticeiro e sua Magia", "Eficácia Simbólica", "Estrutura dos Mitos". In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lewgoy, B. 2000. *Os Espíritas e as Letras: um estudo antropológico sobre a cultura escrita e a oralidade no espiritismo kardecista*. PPGSFFLCH- USP. (Tese de doutoramento)
- Loyola, M. A. 1984. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- _____. 1987. "Medicina Popular: Rezas e curas de corpo e alma". In: *Ciência Hoje*. Vol. 6/nº 35. Rio de Janeiro: SBPC.
- Luz, Madel T. 2005. "Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX". *Physis*, vol.15, p.145-176.
- _____. "Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo Comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica". In *Ciências Sociais para o Ensino Médio*. São Paulo. Editora Hucitec.
- _____. 1997. "Novas Realidades em Saúde, Novos Objetos em Ciências Sociais". In *Ciências Sociais*. São Paulo. Editora Hucitec – Abrasco.
- Martins, Paulo Henrique. 1999. *As terapias alternativas e a libertação dos corpos*. In *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis. Ed. Vozes.
- Miceli, S. 2004. "A força do sentido". In Bourdieu, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Montero, P. 1985. *Da doença à Desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Morin, Edgar. 1973. *O Paradigma Perdido: a natureza humana*. Portugal: Publicações Europa-América.
- _____. 2001. *Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*. São Paulo: Cortez.

- Morin, Edgar. 1986. Para sair do século XX. Tradução de Vera de Azambuja Harvey. Rio de Janeiro: Nova Fronteira
- Peirano, Mariza G.S. 1992. "A Favor da Etnografia". Série Antropologia 130. Brasília.
- Pena-Vega, Alfredo & Nascimento, Elimar Pinheiro do (orgs). (1999). O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond.
- Puttini, Rodolfo F. 2004. Medicina e Religião no Espaço Hospitalar. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. São Paulo. (tese de doutoramento)
- Rabelo, Mirian Cristina. 1993. "Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas". In: Caderno de Saúde Pública. Vol.9 nº3. Rio de Janeiro.
- Rasia, José Miguel. 1996. Hospital: sociabilidade e sofrimento. Tese 2120, Curitiba.
- Russo, Jane. 1993. O Corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80. Rio de Janeiro. Editora UFPJ.
- Soalheiro, N. I. 1996. "A Clínica da Referência". In: Seminário Urgência Sem Manicômio. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Stoll, Sandra. J. 2003. Espiritismo à Brasileira. Curitiba. Ed. Orion.
- Turner, Victor. 1974a. "Social dramas and ritual metaphors". In: Dramas, fields, and metaphors: symbolic action in human society. Ithaca: Cornell University Press. p. 23-59.
- _____. 1974b. O Processo Ritual. Petrópolis. Ed. Vozes.
- Uchôa, Elizabeth. 1995. "Epidemiologia e Antropologia: Contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da Depressão". In Ciências Sociais e Saúde. São Paulo. Editora Hucitec.
- Velho, Gilberto (org.). 2001. Mediação Cultural e Política. Rio de Janeiro: Aeroplano.

Sites consultados:

www.amebrasil.org.br
www.amesaopaulo.org.br
www.feparana.com.br/biografias
<http://skepdic.com/brazil/saudealtern.html>
<http://www.geocities.com/saudeinfo/oquee.htm>
http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/terapias.html
www.espirito.org.br
www.espirito.com.br
www.unipaz.net/alubrat_arquivos/pos.htm
www.geocities.com/saudeinfo
<http://www.cvdee.org.br/artigos>
www.scielo.br/scielo
www.abant.org.br
<http://conselho.saude.gov.br/>
www.vademecum.com.br
www.universoespirita.org.br
www.febnet.org.br/
www.guia.heu.nom.br/ectoplasma.htm

sef.feparana.com.br/apost/unid52.htm
www.feparana.com.br/livro_mediuns/indice.htm
<http://adeportugal.org/mambo>
<http://www.folhaespirita.com.br/>
[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r27\(2\)/carta.htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r27(2)/carta.htm)

Periódicos consultados:

Revista Isto É. 28 de maio de 2003, nº1756. "Além do Corpo" – Matéria da Capa.
 Bibliografia espírita consultada
 Informativo CRM/PR. abril/maio/2005. Medicina e espiritualidade aplicadas em prol do paciente. p.14
 Revista Veja. 1º de dezembro de 2004. O Equilíbrio do Cérebro e da Alma. ed. 1882
 Revista Isto É. 1º de junho de 2005, nº1859. "A Medicina da Alma", p.74-78

Literatura espírita consultada

Miranda, Hernínio C de. 1977. Hahnemann, o Apóstolo da Medicina Espiritual.
 Kardec, A. 1996 O Evangelho Segundo o Espiritismo. Rio de Janeiro: FEB.
 _____. 1993 (1857). O Livro dos Espíritos. Rio de Janeiro: FEB.
 _____. 1994b (1859). O Livro dos Médiuns, Rio de Janeiro, FEB.
 Menezes, A. B. de. 1988 [1939]. A Loucura sob novo prisma: estudo psíquico-fisiológico. Brasília. Editora da FEB.
 Nobre, Marlene. 2003. A Alma da Matéria. São Paulo. FE Editora Jornalística Ltda.
 Pires, J. Herculano. 1979. O Espírito e o Tempo. Introdução Antropológica ao Espiritismo. Coleção Científica Edicel. São Paulo: Edicel.

Anexo I

Critérios de encaminhamento de paciente para o Serviço de Atendimento Espiritual

Casos em que o terapeuta avalie que exista a necessidade de um atendimento complementar pelo SAE (Serviço de Assistência Espiritual) devem ser solicitados através do SEPETECOM pelas pastas do Serviço existentes em cada Unidade. Nestes casos devem ser usados os critérios abaixo relacionados, inclusive podem ser registrados apenas os números (ex.: motivo do encaminhamento: nº 5), de forma que possibilite um posterior levantamento estatístico. Para isto é necessário e importante para o Serviço que as equipes anotem nas fichas da pasta do SEPETECOM o seguinte:

- a. o motivo do encaminhamento
- b. o registro breve sobre a evolução favorável ou não em relação ao quadro anterior ao encaminhamento.

O Serviço periodicamente registrará se houve alguma comunicação específica na reunião de desobsessão sobre o caso.

"O fato de não haver comunicação não significa que o paciente não está sendo atendido, mas sim que os dados obtidos não possibilitaram a identificação. Daí vem a necessidade do registro da evolução do paciente por parte da equipe para posteriores dados comparativos."

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Estes critérios não significam que o paciente que preencha a mais de uma destas indicações tenha necessariamente um fator paranormal em sua patologia, mas sim indicativos que sugerem a validade da pesquisa e talvez o uso complementar de recursos terapêuticos do Serviço de Assistência Espiritual - SAE.

A - HISTÓRICO

01. História passada em umbanda, candomblé, saravá, magia negra, etc...
02. Queixas da família quanto a comportamentos "estranhos" anteriores, tais como: visões, esquisitices, falas estranhas, etc..., concomitante com outros itens.
03. Paciente com história de "paranormalidade", reforçada por relatos de familiares.
04. Relatos de obsessão mediúnica, pelo paciente ou familiares.
05. Relatos insistentes em possessão (seja demonológica ou outros), pelo paciente ou familiares.
06. Quadro que se inicia após um óbito (significativo ou não ao paciente), concomitante com outros itens.
07. Histórico de suicídio na família, concomitante com outro item.

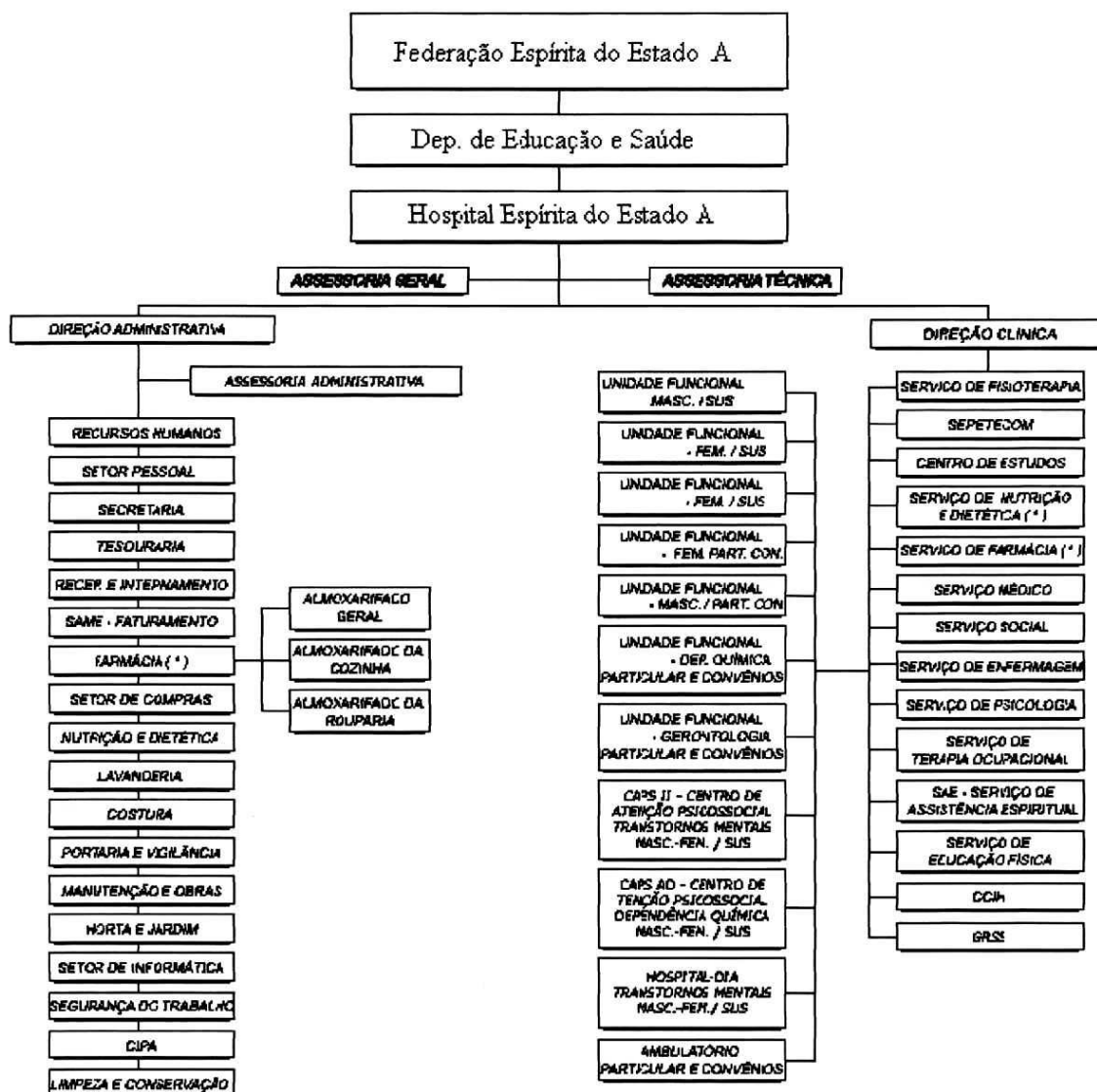
B - SINTOMÁTICO

08. Medicamentos não agem conforme a expectativa e indicação.
09. Delírios que permanecem apesar da terapia e dos medicamentos.
10. Discurso invariável em seu conteúdo, independentemente da patologia, funcional ou orgânica.
11. Fixação na parte mística, quer de ordem religiosa ou fictícia.
12. Extrema agressividade sem causa aparente ou explicações.
13. Alterações da personalidade em curto espaço de tempo. (Várias personalidades personificadas pelo paciente.).
14. Medo irracional e visões persecutórias. Terores constantes quanto à assombrações.
15. Medo persistente de morrer.
16. Fixação em suicídio.
17. Idéias persistentes de homicídio.
18. Tentativas de homicídio.
19. Compulsão ao uso de álcool, drogas, atos criminosos, atendendo a vozes e ordens recebidas do além...
20. Quadros extremos de apatia, isolamento e desnutrição, associado a outro item.
21. Vontade constante de morrer.
22. Paciente cujo quadro psicopatológico não apresente melhoras com as terapias usuais.

C - OUTROS

23. Situação não descrita nos itens anteriores, porém observada pelo terapeuta e que necessitaria de uma investigação. (Descrever com suas palavras o que lhe chamou a atenção.)

Organograma do Hospital Espirita



CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
GRSS - Gerenciamento de Resíduos de Serv. de Saúde
SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SEPETECOM - Serviço de Estudo e Pesquisas em Terapias Complementares.
 (*) Pertencentes às duas Diretorias.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL ESPÍRITA

F.R 83609 CAAE 0001.0.087.000.-06

Nº do projeto no CEP:

Tipo: mestrado

Local: HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA

(médicos- entrevista)

Título: **RELAÇÃO ENTRE CIÊNCIA E RELIGIA NA VISÃO MÉDICA**

Autor: EVELINE STELLA DE ARAUJO

PARECER DO RELATOR:

Descrição resumida do estudo: Trata-se de uma pesquisa de mestrado, a ser realizado no Hospital Espírita de Psiquiatria, através de questionário, tendo com sujeito de pesquisa profissionais médicos. A casuística está prevista para 10 entrevistados e a pesquisa será concluída em 1 ano a partir da data de aprovação. Enfatiza que o resultado esperado é a especificação das diferenças na compreensão terapêutica e seus resultados. Utiliza hipóteses a serem testadas como: de que forma um grupo de médicos elabora a existência do espírito e também o elo entre a medicina e os aspectos cristãos, que tendem a ter as religiões ocidentais.

Objetivos: Apresenta como objetivo desta pesquisa aprender qual a visão médica quanto a crença religiosa, quando a crença existência da alma e se existe alguma relação entre a doença e karma.

Comentários: A apresentação do projeto está bastante resumida. Sugere-se ao pesquisador esclarecer os itens:

- 1- Título: Definir título correto, apresenta-se diferente. Folha de rosto pesquisa intitulada "RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA E RELIGIÃO NA VISÃO MÉDICA" nos demais documentos "RELAÇÃO ENTRE MEDICINA E RELIGIÃO NA VISÃO MÉDICA" OBS: o título considerado oficialmente é o que conta na folha de rosto, portanto, caso deverá corrigir os demais documentos ou, fazer nova folha de rosto.
- 2- No item antecedentes científicos: sugere-se melhorar uma vez que está aparentemente confuso títulos, autores e datas, alguns itens até diferentes do citado na bibliografia.
- 3- Resultados esperados com as hipóteses a serem testadas.
- 4- Métodos: neste item a pesquisadora descreve pesquisa bibliográfica e de campo com observação participante, não menciona questionário apresentado para uso. Obs: será importante utilizar um código para a aplicação dos questionários, considerando que o entrevistado não é obrigado a registrar seu nome no formulário.
- 5- TCLE: sugerimos alterar o TCLE de forma clara e que contemple todos os itens da Resolução 196/96 MS.

Conclusão: O projeto apresenta pendências, portanto poderá ser aprovado após complementação dos itens citados acima.

Relator / assinatura e identificação

Data:

Reapresentação e complementação do projeto: Em 09/02/06

APROVADO ()

APROVADO COM PENDÊNCIA (X)

NÃO APROVADO ()

Relator / assinatura e identificação

Assinatura do presidente

Encaminhar para: _____

Data: ____/____/____



Curitiba, 7 de fevereiro de 2006.

Ilmo (a) Sr. (a)
EVELINE STELLA DE ARAUJO
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA E RELIGIÃO NA VISÃO MÉDICA”**, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, e foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro em reunião do dia 07 de fevereiro de 2006 para ser realizada no Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro. Recomenda-se ao pesquisador informar ao cep todas as ocorrências, alterações, inclusões, exclusões, e conclusão desta pesquisa.

Registro CEP-HEPBR 019SM001-06-01.

FOLHA DE ROSTO83609 CAAE 0001.0.087.000-06

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevo-me,

Atenciosamente

Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa Em Seres Humanos





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0001.0.087.000-06	
Projeto de Pesquisa Relações entre Ciência e Religião na visão Médica			
Area(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo Grupo III	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 82921598949	Pesquisador Responsável Eveline Stella de Araujo	<i>E. de Araujo</i> Assinatura	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 03/02/2006	Recebimento:	<i>[Signature]</i> Assinatura	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL ESPÍRITA			

<http://200.214.130.77/sisnep/cep/caae.cfm?VCOD=83609>

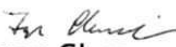
3/2/2006



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o título da dissertação de mestrado de **Eveline Stella de Araujo** foi alterado de “*Relações entre Ciência e Religião na visão Médica*” para “*Médicos, Médiuns e Mediações: um estudo etnográfico sobre médicos espíritas*”, por solicitação da banca examinadora da qualificação, no dia 23 de julho de 2007, no Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, nesta Universidade.

Curitiba, 20 de setembro de 2007


Prof. Dr. Igor Chmyz
Coordenador em exercício - PPGAS-UFPR

