

RODOLFO FRANCO PUTTINI

MEDICINA E RELIGIÃO
NO ESPAÇO HOSPITALAR

UNICAMP

2004

RODOLFO FRANCO PUTTINI

MEDICINA E RELIGIÃO
NO ESPAÇO HOSPITALAR

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA À PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANA MARIA CANESQUI

UNICAMP

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P987m Puttini, Rodolfo Franco
Medicina e religião no espaço hospitalar / Rodolfo
Franco Puttini. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Ana Maria Canesqui
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. *Instituições religiosas. 2. Espiritismo 3. Hospitais –
aspectos sociológicos. I. Ana Maria Canesqui. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Maria Canesqui (orientadora) _____

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes _____

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros _____

Prof. Dr. Lísias Nogueira Negrão _____

Prof. Dra. Maria Helena Villas Boas Concone _____

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 18/02/2004

À Cristina e aos meus filhos Bruno e Murilo

Agradecimentos

Para realização deste trabalho contei com a paciência, compreensão e cooperação das seguintes pessoas e instituições.

À Ana Maria Canesqui, minha orientadora, agradeço os apontamentos sempre prontos na efetivação da tese, desde a elaboração do projeto de pesquisa. Quero deixar a minha gratidão pelo acompanhamento científico aos meus estudos. Agradeço-lhe muito a liberdade concedida e a confiança na exequibilidade desse trabalho.

Agradeço ao professor Nelson Filice de Barros, pela leitura e sugestões ao projeto de pesquisa. Aos professores Everardo Duarte Nunes e Solange L'Abbate pela convivência universitária em meu estágio docente.

Minha gratidão aos funcionários e religiosos espíritas da instituição em que realizamos a pesquisa, pela presteza às informações e às entrevistas.

Meu reconhecimento ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-Unicamp e à Capes, pela estrutura e apoio material. Aos funcionários do Departamento, pelas informações burocráticas.

Quero deixar meu profundo agradecimento aos meus pais, à Cristina e ao Bruno que sempre me apoiaram nos momentos de perplexidade. E à Lourdes, Natal e Marcelo, pelo suporte de uma rotina familiar.

Sumário

| | |
|---|-----|
| Resumo | x |
| Abstract | xi |
| Capítulo I: Problema, revisão bibliográfica, objetivos e metodologias | 13 |
| 1. Apresentação do problema: espaço médico ou espaço religioso? | 15 |
| 2. Doença, saúde e terapias espíritas | 19 |
| 3. Objetivos | 33 |
| 4. Enfoques metodológicos e procedimentos técnicos | 35 |
| Capítulo II: O contexto dos hospitais psiquiátricos mantidos por espíritas | 43 |
| 1. Sobre a institucionalização dos hospitais no Brasil | 47 |
| 2. A institucionalização dos hospitais psiquiátricos no Brasil | 55 |
| 3. Filantropia e os hospitais administrados por praticantes do espiritismo no Brasil | 63 |
| 4. Características dos hospitais espíritas no Estado de São Paulo | 73 |
| Capítulo III: As concepções do mundo espíritas | 81 |
| 1. A cosmovisão kardequiana das doenças: aflições e sofrimentos gerais | 85 |
| 1.1. Doenças espirituais: deficiência mental e loucura | 89 |
| 1.2. Perispírito e doença espiritual | 97 |
| 2. A produção doutrinária e os fundamentos cientificistas do espiritismo Kardecista | 107 |
| 3. As terapêuticas e as curas espirituais | 115 |
| 3.1. Mediunidade e loucura | 123 |
| 4. Bezerra de Menezes e André Luiz: o projeto de uma psiquiatria espírita no Brasil | 129 |
| 5. A organização corporativa de médicos espíritas e a produção literária espírita recente | 149 |
| Capítulo IV: A constituição simbólica do espaço médico espírita | 161 |
| 1. O espaço da prática médica | 165 |
| 2. O espaço da prática religiosa espírita | 191 |
| 3. O espaço da produção de bens simbólicos | 201 |
| 4. Espaços e agentes em interações simbólicas | 221 |
| Capítulo V: Um caso de cura? | 233 |
| 1. O caso Silva | 237 |
| 2. A título de conclusão | 259 |
| Referências bibliográficas | 279 |
| Anexos | 285 |

Lista de abreviaturas

AGE: agente religioso espírita.

AGEM: agente religioso espírita médium.

AGEDir: agente religioso espírita dirigente.

AGEHib: agente religioso espírita híbrido.

APS: agente profissional da saúde.

APSHib: agente profissional da saúde híbrido.

SUS: Sistema Único de Saúde.

EMTN: Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional.

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

SND: Sistema Nacional de Dietética.

CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social.

DNPM: Desenvolvimento neuro-psico-motor

DMP: Deficiência mental profunda

Lista de quadros

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

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

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

Resumo

Com o propósito inicial de identificar e analisar as características e a emergência de instituições hospitalares administradas por religiosos do espiritismo, o objetivo deste trabalho é compreender as relações entre diferentes agentes terapêuticos, que utilizam simultaneamente terapias religiosas e médicas no espaço médico.

Escolhemos apenas uma organização hospitalar que oferece assistência médica e espiritual às pessoas portadoras de deficiências múltiplas. Utilizamos a metodologia de Pierre Bourdieu (praxiologia), elaboramos entrevistas estruturadas e as aplicamos a agentes religiosos e profissionais da saúde com roteiros específicos.

Depois de interpretarmos a literatura espírita (Allan Kardec, Bezerra de Menezes, André Luiz e médicos espíritas), analisamos as relações de forças entre quatro tipos de agentes: agentes religiosos espíritas, agentes espíritas dirigentes, agentes religiosos híbridos, agentes profissionais da saúde e agentes profissionais da saúde híbridos. Nesse contexto, identificamos um caso de cura híbrida, espiritual e biomédica.

Concluimos a respeito de um campo de lutas simbólicas entre agentes. Nesse espaço hospitalar de natureza híbrida, que favorece a compreensão das relações entre agentes que utilizam práticas terapêuticas simultaneamente médica e religiosa, destacamos: o mercado de bens espirituais, as estratégias utilizadas no processo de produção e distribuição dos serviços terapêuticos espíritas e a circulação de bens de salvação dentro do campo religioso.

Abstract

The finality of this study is to identify and analyse the characteristics and growth of hospital institutions administrated by Religious Spiritists. The objective of this work is to understand a medical hospital environment.

We chose only one hospital organization that cares and gives medical and spiritual assistance to people with multiple deficiencies. We used the Pierre Bordieu's methodology (praxiology). We developed specialized interviews prepared with directional questions to the religious workers and health professional.

After analysing Allan Kardec's, Bezerra de Menezes', Andre Luiz's and spiritist doctors' spiritual literature, we identified and analysed the relations of forces between four types of workers (agents): spiritual religious workers, spiritual managers, hybrid religious workers and hybrid health workers. In this situation, we finally analysed a case of spiritual and biomedics cure.

We discovered a field of symbolic interworkers struggles within a hospital environment of a hybrid nature, which favours the understanding of the relationships among those that use therapeutic practices as well as medical and religious practices, it is important to emphasize in this philanthropic enterprise: the market of spiritual assets, the strategies used in the process of production and distribution of spiritual therapeutics circulation services such as salvation assets within the religious field.

Capítulo 1:
Problema, revisão bibliográfica, objetivos e
metodologias

1. Apresentação do problema: espaço médico ou espaço religioso?

No Brasil, a relação entre religião e medicina, há décadas, vem sendo abordada com uma certa frequência na imprensa e em publicações específicas. Geralmente através da mídia chega-se de dois modos a imagem de práticas religiosas de cura: associadas às instituições religiosas ou a certos agentes populares de cura (benzedores, rezadores, videntes) que atuam, autonomamente, desvinculados de instituições e movimentos religiosos. Ambos são sempre reconhecidos pela medicina como curandeiros ou charlatões, passíveis de penalidades de acordo com o Código Penal Brasileiro. Quanto às publicações específicas é tradicional, entre as Ciências Sociais, o interesse pela temática dentro do campo religioso. Nesse contexto científico, as religiões brasileiras tornaram-se objeto de estudo, entre elas as religiões mediúnicas, que se caracterizam por um elemento comum: a manifestação do transe (candomblé, umbanda, pentecostais, espiritismo kardecista). NEGRÃO (1996 b, p.22) enfatiza que, da extensa bibliografia, as religiões afro-brasileiras são as que mais aparecem, seja pelo número de adeptos, popularidade ou influência na cultura nacional. Sobre o tema manifestação do transe religioso podemos confrontar ainda PRANDI (1991), AUBRÉE (1990) e RIZZI (1995). Nesses estudos é possível encontrar trabalhos científicos, que focalizam a clientela e a demanda de tratamento e cura religiosas, os quais têm valor importante na análise da constituição dessas religiões.

Uma questão pode ser posta: como se enquadra o atual estatuto dos hospitais administrados por espíritas? Vale lembrar que são instituições que, há mais de 40 anos, aplicam terapias religiosas, conjuntamente às terapias médicas direcionadas a certos transtornos mentais. Para uma análise, seria incompleta uma visão que interpretasse esse conjunto de práticas partindo somente do exame de um sistema religioso ou exclusivamente da análise do sistema médico, pois o assunto está circunscrito num campo de relações entre práticas médicas e práticas religiosas e na coexistência de instituições e agentes híbridos. Isto é, de médicos ou profissionais da saúde detentores de uma formação universitária proveniente exclusivamente do campo biomédico ou ao lado de adeptos de crenças e práticas espíritas e de agentes restritamente religiosos (dirigentes institucionais e voluntários), atuantes num espaço institucional híbrido (médico e religioso simultaneamente).

Outro problema, a respeito, destaca-se dos estudos acadêmicos a partir da determinação dos espaços da organização religiosa. Os cientistas sociais quando buscam os dados empíricos entre os grupos religiosos geralmente os obtêm de locais reservados ao culto. Esses locais sagrados se transformam em objetos de investigação, tradicionais às Ciências Sociais, expressam a estrutura de rituais, práticas e representações sociais: são os centros espíritas kardecistas, os terreiros de umbanda, as tendas de candomblé ou de quimbanda e as casas de família, entre outros.

Contudo, não foram identificados estudos sobre práticas religiosas que se desenvolvem no interior de hospitais psiquiátricos, em cujo espaço organizam-se terapêuticas religiosas aplicadas de maneira complementar ao tratamento tradicional da Psiquiatria. Mais detalhadamente, o hospital espírita é um espaço relacional onde profissionais da saúde e espíritas kardecistas convivem e atuam efetivamente desde os anos de 1950.

A seguinte questão orienta este estudo: como é possível conviver atualmente num mesmo espaço hospitalar, de caráter híbrido, simultaneamente religioso e médico, um conjunto de práticas terapêuticas médicas e religiosas? O fato é que, desde o início, pareceu contraditória a existência desse tipo de hospital, uma vez conhecida de todos a secular relação antagônica entre a medicina e religião, que ocupa, em consequência disso, campos de atuação distintos e autônomos. Por outro lado, mesmo diante da importância contingente dos hospitais psiquiátricos espíritas no Brasil (Confrontar Quadros 1, 2 e 3) não foi encontrada nenhuma referência a eles na literatura médica, antropológica, sociológica ou historiográfica, apesar de alguns trabalhos mencionarem timidamente tais instituições, inseridas no contexto assistencial da religião espírita.

Além disso, AUBRÉE e LAPLANTINE (1990) informam a existência de hospitais espíritas, mencionando-os como grupo de atividades extensivas aos centros espíritas e não fazem outra nota fora desse ambiente religioso, inseridos no contexto assistencial da religião espírita.

Por outro lado, o espaço dos hospitais psiquiátricos dirigidos por espíritas aparece também como lugar em que os espíritas praticam a religião de base

reencarnacionista, que tem na prática da caridade e da mediunidade elementos importantes. Levando-se em conta que o espiritismo kardecista traduz o espaço conjunto religioso e médico como um meio para legitimar os princípios religiosos, deve-se levar em conta que estas instituições sociais se constituem também em meios de assistência médica, imprescindível à própria prática médica e à assistência à saúde da população, enquanto prestadora de serviços médicos assistenciais, segundo a sua relação com a biomedicina e a política governamental de saúde.

A coerência do estudo aqui desenvolvido ancora-se sobre as duas seguintes instâncias: a) o ineditismo de estudos sobre agentes e espaços híbridos, como se poderá ver, em seguida, na revisão da literatura; b) a hipótese de um campo relacional onde se entrecruzam agentes institucionais e terapêuticas médicas e religiosas.

2. Doença, saúde e terapia espíritas

Uma análise da bibliografia dedicada ao tema espiritismo permite dividir os estudos nas seguintes classes de preocupações:

a) os trabalhos que evidenciam a importância da terapêutica espírita, ou ainda do transe, como forma terapêutica na religião espírita (BASTIDE (1972); CAMARGO (1961); SEIBLITZ (1979); NEVES E SEIBLITZ (1984));

b) os trabalhos que estudam de maneira endógena a religião mediúnica e ao espiritismo em particular, sem se voltarem às terapêuticas mediúnicas como elemento primordial (ORTIZ, 1978; CAVALCANTI (1983); GIUMBELLI (1997); SANTOS (1999));

c) os trabalhos que utilizam as terapêuticas mediúnicas como foco principal, mas não necessariamente voltam atenção a religião espírita como central entre as demais religiões mediúnicas (LOYOLA (1984); MAGGIE (1986); MONTERO (1985); VELHO (1975); DANTAS (1983); RIZZI (1995), NEGRÃO (1996b), PRANDI (1991)).

Roger Bastide (BASTIDE, 1967) foi o primeiro a considerar o espiritismo uma religião integrada na sociedade brasileira para pensá-la em contraposição à pureza nagô do Candomblé da Bahia (BASTIDE, 1971). O problema social da manifestação mediúnica foi transformado, pelo autor das ciências sociais, em problema sociológico, partilhando o objeto em comum com as ciências médicas, particularmente com a Psiquiatria. Foi a partir das manifestações do transe no candomblé, tipificadas pela Psiquiatria como doenças mentais, que Roger Bastide inaugurou, nas ciências sociais brasileiras, um diálogo (implícito) com o campo médico, pressupondo os fundamentos teóricos das sociologias da religião de Emile Durkheim, Marcel Mauss, Bronislaw Malinowsky e Max Weber. A elaboração desse conjunto de conhecimentos teve por motivo primeiro esclarecer o transe, visando explicitar os seus condicionamentos e sistematizar as suas relações e seus vínculos, assim como avaliar os seus resultados e aplicações fora do contexto das diagnoses e terapêuticas médico-psiquiátricas. O sociólogo desenvolveu assim um discurso contra-hegemônico às correntes dominantes provenientes do pensamento médico, que considerava

o transe uma forma patológica, identificando-o, no sentido etiológico, com a doença mental por excelência.

É importante citar a opção intelectual de BASTIDE (1972) na ocasião em que se posicionou contra a escola culturalista americana. A postura do autor permitiu-lhe desenvolver uma produção intelectual fundamentada com base na análise específica do sincretismo religioso, primordial em seu projeto intelectual, alocado no interior da linha de pensamento da sociologia da religião.

ORTIZ (1978), nos anos 70, teve por objetivo ampliar a temática e explicitar as lacunas deixadas pelo mestre Roger Bastide quando repensou a integração do mundo religioso afro-brasileiro na moderna sociedade brasileira, cujos valores teriam sido transformados na umbanda, para ele, o ponto mais alto do sincretismo religioso. A umbanda seria uma síntese na dicotomia clássica ou o protótipo de síntese, que evidenciaria tanto a conservação das tradições afro-brasileiras (embranchamento das tradições afro-brasileiras), quanto a sua reinterpretação no campo mediúnico (embranchamento das práticas espíritas kardecistas).

A reinterpretação do kardecismo de Renato Ortiz partiu da matriz de Roger Bastide, de quem se apropriou o termo embranchamento, sendo que, pelas suas palavras, “para subir individualmente na estrutura social, o negro não tem alternativa, vai aceitar os valores impostos pelo branco, rejeitando tudo aquilo que tem uma forte conotação negra isto é afro-brasileira” (ORTIZ, 1978, p.30). Parece que o autor aproximava-se mais do contexto das religiões mediúnicas de Cândido Procópio Ferreira Camargo, quando este descreveu as possibilidades de trocas entre crenças afro-brasileiras e kardecistas num *continuun* (CAMARGO, 1961): Renato Ortiz transformou a Umbanda em religião genuinamente nacional porque é a mais sincrética. Ao retomar o tema do reconhecimento social da Umbanda, assim o fez pela via da discussão sobre o transe de Bastide e a apresentou num modelo final inversamente modificado na ideologia atribuída aos intelectuais umbandistas. Por suas palavras: “embora as novas concepções do transe não sejam ainda do domínio público, é certo porém que elas já penetraram a camada de intelectuais umbandistas. Uma curiosa inversão se opera: de forma patológica a possessão

passa a ser encarada como meio de vencer a doença mental, como *terapia*” (ORTIZ, 1978, p.30, grifo do autor da tese).

A conclusão de uma terapêutica umbandista foi uma consequência do recrudescimento das perseguições às religiões mediúnicas desde a década de 40 (BIRMAN, 1983 e GIUMBELLI, 1997). Já consolidada e identificada na década de 60 por instituições religiosas legais, a umbanda e o kardecismo foram retomadas por CAMARGO (1961), que aprofundou em seu projeto de análise a identificação e os fundamentos sociológicos do conceito de sincretismo religioso, sob a denominação de “religiões mediúnicas” se valendo da idéia de *continuun* religioso. O espiritismo kardecista ocupava uma posição hierarquicamente superior às demais em relação ao uso da mediunidade. Essa idéia de *continuun* religioso foi criticada por vários autores, como se poderá ver posteriormente.

Contudo, foi a primeira vez que se observou, na literatura acadêmica, a distinção dos aspectos terapêuticos das religiões mediúnicas de maneira enfática. É que Cândido Procópio Camargo identificou as religiões e as práticas terapêuticas mediúnicas como elementos de integração social. O destaque à função terapêutica pertence à função complementar de integração do indivíduo na sociedade. Descreveu então detalhadamente o sistema espírita reconhecendo seu público consumidor nas pessoas 'nervosas' que ali se adaptam pelo desenvolvimento da mediunidade terapêutica.

Essa constatação não foi resultado de um debate que relacionasse doença mental e transe como fez BASTIDE (1972) quando pensou as relações entre manifestações mediúnicas e as doenças mentais na Psiquiatria. A terapêutica mediúnica, para CAMARGO (1961), foi interpretada como um elemento sociológico importante para o estudo da crença religiosa, consistente sob o que lhe aparecia na forma de uma etiologia e terapêutica das doenças e que tinha sua específica função no processo de conversão religiosa do indivíduo na sociedade, uma vez que, por suas palavras, “a eficácia prática demonstrada pela cura, seu caráter experimental e significado moral, em termos de minoração dos sofrimentos humanos, constitui poderoso elemento de convicção” (CAMARGO, 1961, p.96)

O autor, por conseguinte, preocupou-se em demonstrar a existência de um mercado das terapêuticas mediúnicas a partir da autonomia dessas religiões em relação aos

serviços médico-psiquiátricos. Ao espiritismo, em particular, associava duas razões, centradas na perspectiva da mudança cultural paulista: a) a existência de uma tradição brasileira de terapêutica sacral; b) a existência de uma inoperância da medicina oficial brasileira.

Essas duas razões funcionais da religião bastariam para dar início a outro ramo na pesquisa sociológica das religiões mediúnicas se não fossem as críticas de ORTIZ (1978), igualmente importantes nas relações entre medicina oficial e outras práticas de cura alternativas. Se por um lado ORTIZ (1978) apontava as limitações do mercado de ofertas terapêuticas desenvolvida por CAMARGO (1961), por outro lado e, diversamente, indicava uma interpretação alternativa do mercado concorrencial, sob dois outros critérios: pelos extremos da ilegitimidade à legitimidade na história das religiões. Esse esforço de sair das amarras funcionais de Cândido Procópio Camargo moveu-se para o interior do campo religioso, nos termos postos por Pierre Bourdieu, quando ORTIZ (1978) colocara em confronto argumentos legítimos da Igreja Católica hegemônica contra argumentos ilegítimos da umbanda. Utilizando recursivamente o conceito de mercado religioso de Peter Berger associou economia de mercado à economia religiosa no momento que se consolidava o mercado interno brasileiro. Embora o autor seja, desde a década de 70, um especialista em Pierre Bourdieu fez uso recursivo da teoria de Berger. Declarou corroborar as teorias sobre a noção de campo religioso, deixando-a implícito no texto, sem pormenorizá-la.¹

No entender desta pesquisa, ORTIZ (1978) mostrou algumas possibilidades de novos ramos temáticos se concretizarem, primeiro configurado numa especificidade que se verá em LOYOLA (1984) e MONTERO (1985) ao ampliarem e retomarem o debate do mestre CAMARGO (1961), acrescentando respectivamente as teorias e metodologias de Pierre Bourdieu e de Antonio Gramsci. Em seguida, por outra sugestão de estudo de ORTIZ (1978), originada pela hipótese de repressão e perseguição aos umbandistas, concretiza-se um veio da pesquisa histórica e antropológica sobre a umbanda e o espiritismo, quando se utilizou como material de investigação os processos judiciais

¹ BERGER *apud* ORTIZ, Renato. **A Morte Branca do Feitiçeiro Negro: umbanda, integração de uma religião numa sociedade de classes**. Petrópolis: Vozes, 1978, p.47.

movidos contra os agentes religiosos, cujos resultados mais expressivos foram constatados nos trabalhos de MAGGIE (1992) e GIUMBELLI (1997).

MONTERO (1985) e LOYOLA (1984) promoveram esforços continuadores de CAMARGO (1961), muito embora divergissem de seus resultados e metodologias, utilizados para se pensar o campo das medicinas alternativas. De fato, Candido Procópio Ferreira Camargo (no prefácio em MONTERO, 1985) manifestou claramente que a autora continuava suas preocupações teóricas à medida em que ela, uma estudiosa das medicinas alternativas “foi saber se a terapia religiosa constitui sistema de atendimento terapêutico, dotado de lógica interna capaz de explicitar concepções sistemáticas relativas à etiologia das moléstias e às práticas de seu tratamento” (MONTERO, 1985, p.10).

MONTERO (1985) repensou a condição subalterna das medicinas populares, realçando no seu interior as representações populares da doença, intrínsecas ao debate mais amplo das relações entre classes dominantes e dominados. Sistematizou a demanda terapêutica popular e diante de uma nova ordem intelectual indicou o rumo das pesquisas sobre as medicinas alternativas. MONTERO (1985, p.75) utilizou os freqüentadores dos centros de umbanda como material de pesquisa, identificando-os como clientes potenciais do atendimento previdenciário. Deduziu o sentido dos conflitos entre as duas medicinas, uma medicina mágica e outra oficial, e concluiu sobre a lógica do discurso religioso que, ao dividir em doença material e doença espiritual, demonstrou que trazia embutido a supremacia do espiritual.

LOYOLA (1984) já havia realizado uma investigação anterior a de Paula Montero, esclarecendo o papel das medicinas populares quando transformadas em alternativas aos serviços oficiais de saúde. Como material de pesquisa obtido através de etnografia, Maria Andréa Loyola inquiriu agentes de cura (religiosos e oficiais) no bairro de Santa Rita no Rio de Janeiro e constatou o lugar de encontro de um mercado terapêutico de cura, onde as várias terapêuticas permanecem sempre em concorrência com a medicina oficial, embora a autora enfatize que a clientela se valha simultaneamente de muitas delas, legitimando-as diante de suas necessidades de cura.

Sem pensar exclusivamente a partir das religiões mediúnicas (que delimitavam os espaços sagrados no interior dos centros espíritas) ou a partir de outras práticas de cura (alternativas e oficiais, que se estabeleciam no espaço urbano), LOYOLA (1984) comprovou a existência de uma oferta ampla e concorrencial de serviços e agentes de cura, detentores de concepções de doenças e terapêuticas próprias, incluindo católicos, protestantes, umbandistas e adeptos do candomblé no espaço urbano. Identificou a todos como agentes populares de cura, para promover posteriormente sua crítica, ao constatar a concorrência simbólica com o campo médico, este hegemônico pela medicina oficial.

Embora MONTERO (1985) tenha refletido as razões de uma medicina popular quando presumiu forças exógenas a religião umbandista, LOYOLA (1984) percorreu a investigação com a metodologia de Pierre Bourdieu, sendo essa proposta a mais próxima destas pretensões de estudar a instituição de um campo híbrido nos espaços hospitalares espíritas, especialmente porque ficou demonstrada, nos resultados de LOYOLA (1984), a existência das relações entre agentes religiosos e médicos fora dos espaços sagrados, tradicionalmente destinados às religiões em geral (igrejas, templos e centros espíritas).

Privilegiando as várias práticas terapêuticas concorrentes entre si e com a medicina oficial no campo terapêutico onde se relacionam e concorrem, Maria LOYOLA (1984) apontou o médico popular como um, dentre outros tipos de agentes, 'especialista da cura do corpo'. A característica principal do médico popular era a de mobilizar, para a clientela, os distintos recursos de cura (alopáticos ou não) disponíveis no mercado e que atuavam muitos deles como troca de bens simbólicos.

As características do médico popular de Loyola assemelham-se às características do médico espírita, que se pretende aqui estudar, com o diferencial de que os cuidados médicos exercidos nas confluências dos hospitais psiquiátricos mostram, com clareza, as ambigüidades que carregam os agentes em relação à sua própria religiosidade.

Será tomado de empréstimo a idéia de campo de Pierre Bourdieu, como fez LOYOLA (1984), porque se aplica nos estudos dos hospitais psiquiátricos em questão. Contudo, será utilizado dessa metodologia de maneira a levantar nesse espaço híbrido

relacional quais sistemas estruturam seus *habitus* e práticas dos agentes religiosos e dos profissionais da saúde, atuantes num mesmo espaço médico terapêutico.

Problemática intelectual correspondente (embora diversa) resultou em virada metodológica no campo das Ciências Sociais por um grupo de pesquisadores, antropólogos especialmente que, nos anos 80, usaram metodologias antropológicas e estudos de caso que rompiam com os pressupostos generalizantes das abordagens sociológicas.

Assim se justificou o trabalho de VELHO (1975) que impulsionou criticamente o tema sincretismo religioso e posteriormente o de DANTAS (1982) que com a mesma justificativa avançou a crítica à ideologia dos estudos afro-brasileiros centrados principalmente no candomblé. Vale a pena lembrar que MAGGIE (1986) foi a primeira antropóloga a tomar como unidade de análise um terreiro de umbanda no Rio de Janeiro, descrevendo a unidade religiosa como suficiente para uma estudo antropológico, embora tenha esvaziado a historicidade do objeto de estudo ao centrá-lo em uma única experiência. Sugeriu, enfim, a modificação da noção de comunidade, utilizada na literatura acadêmica sobre as religiões afro-brasileiras, que eram ainda interpretadas por religiões populares com traços primários perdidos no meio urbano. Essa constatação bastou a autora para demonstrar a inconsistência das teorias desde Bastide até Camargo, dado que as explicações mais eram devidas à ideologia do grupo de estudiosos, pois não enfatizavam os aspectos conflituosos, subjacentes aos agentes sociais dos grupos estudados.

Em igual perspectiva, SEIBLITZ (1979) motivada ao estudo específico de um centro espírita no Rio de Janeiro (Centro Espírita Sumaré), mencionou que

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

Também antes de MONTERO (1985), SEIBLITZ (1979) utilizou-se da metodologia etnográfica pela perspectiva de Antonio Gramsci e Pierre Bourdieu, orientadores teóricos para se pensar a dimensão ideológica de um ritual (operação fluídica) numa religião mediúnica. Portanto, com uma conclusão similar à de MONTERO (1985) na matriz de CAMARGO (1961), a autora esclareceu pertencer à área da medicina oficial a

reprodução de símbolos presentes na religião, situação em que mais se aproximava da ideologia dominante para se ganhar adeptos da religião do que propriamente da terapêutica alternativa.

Por outro lado, a circularidade temática levava CAVALCANTI (1983) a propor um estudo endógeno do espiritismo de Allan Kardec, uma vez justificada a falta de uma interpretação antropológica dessa exclusiva religião desde CAMARGO (1961). Utilizando a metodologia do estudo de caso em três instituições espíritas no Rio de Janeiro, direcionou a CAMARGO (1961) uma resposta decisiva, quando em um capítulo inteiro de sua tese recobrou o debate iniciado por BASTIDE (1970, 1971) sobre o transe. Deixava crer que essa era a melhor forma de dar conta do etnocentrismo de Candido Procópio de Camargo, especialmente aos desdobramentos do conceito *continuun* mediúnico como um dado *a priori*, uma vez que não explicava completamente a questão da mediunidade espírita. Para a autora, no espiritismo de Allan Kardec, a mediunidade é o ponto alto da cosmologia. Essa postura lhe permitiu trazer ao debate uma reinterpretação dos conceitos de transe e possessão que, desde Roger Bastide, nunca foram articulados com os teóricos da antropologia, nem teriam sido focalizados como nucleares nos trabalhos de antropólogos brasileiros, uma vez em voga as preocupações para uma fundamentação do espiritismo kardecista enquanto uma religião oficial.

Assim, como se viu, no nível conceitual se disputava o estatuto científico do objeto mediúnico. No sincretismo religioso participavam a umbanda e o candomblé na busca de identificações religiosas. Pela concepção de religiões mediúnicas lutavam pela legitimidade o kardecismo e as demais religiões afro-brasileiras. Enquanto VELHO (1975) e DANTAS (1982) colocaram o kardecismo para segundo plano, uma vez que se interessaram em desenvolver o eixo temático sob os objetos da umbanda e do candomblé, CAVALCANTI (1983), diferente dos trabalhos de SEIBLITZ (1979) e NEVES (1984), manteve-se na defesa do quadro referencial de CAMARGO (1961), ao trazer as características do espiritismo enquanto um sistema religioso entre as demais religiões mediúnicas.

A contribuição de CAVALCANTI (1983) foi a de atestar completamente as distinções da religião espírita, preencher as lacunas deixadas pela literatura sociológica que,

por suas palavras “caracterizava o espiritismo, geralmente a partir de uma análise externa, no sentido em que não leva em conta de maneira sistemática o discurso do informante sobre si mesmo” (CAVALCANTI, 1983, p.132). A partir de um exame interno à religião e considerando o espiritismo um sistema religioso e cultural, Cavalcanti demonstrou uma particularidade sobre o sistema ritual estruturado sob três pólos categóricos: estudo, caridade e mediunidade. Para a autora é esse o conjunto que define o espiritismo enquanto uma religião. A importância da mediunidade sobre as demais categorias (já denotadas em outros estudos) se justificava por duas razões: a) ela é central para entender o ritual, quando é tomada no sentido de comunicação com os espíritos; b) ela é fundamental, quando no sentido da experiência do transe (recepção do espírito), constitui-se a experiência central dos adeptos da religião. Para a autora, eram ambas as razões que aproximavam o Espiritismo, na sociedade brasileira, das demais religiões mediúnicas.

Mesmo utilizando o recurso da Antropologia para ampliar o entendimento cosmológico pela reconstrução da pessoa espírita, CAVALCANTI (1983) não percebeu que um sistema diagnóstico e terapêutico espírita, quando operado principalmente em espaços médicos, converte-se em um conjunto de símbolos, igualmente importantes. A cosmologia espírita para a autora insere-se numa cosmovisão da religião inclusa numa sociedade dos espíritos. Em razão disso, desenvolveu seus estudos com médiuns em centros espíritas, a partir de um modelo montado por ela para, no campo, seguir como modelo ordenador. O que se verificou em sua pesquisa foi uma confirmação do universo espírita, repartido em dois módulos de representações e concepções de mundo: a) os aspectos diacrônicos (comunicação com os espíritos) e b) os aspectos sincrônicos (comunicação da instituição). Esse conjunto de representações que, operando explícita ou implicitamente na vida cotidiana dos adeptos, mostrou a concepção que os membros do grupo religioso tinham a respeito do mundo. A hipótese deste trabalho reclama novos operadores lógicos para a análise crítica do espiritismo em relação às práticas terapêuticas, exercidas fora do espaço religioso. Acredita-se que nessa nova circunstância de estudo, as práticas terapêuticas exercidas em espaços médicos, outras possibilidades surgem aos estudos no campo religioso e no campo da saúde, centradas na busca das estratégias utilizadas pelos agentes, atuantes tradicionalmente em campos de atuação diferentes.

Por outro lado, MAGGIE (1992, p.21-24) ampliou as considerações sobre a cosmologia das religiões mediúnicas quando investigou, a partir da crença generalizada na magia, as relações entre magia maléfica e benéfica, presentes numa relação simbólica entre, de um lado, curandeiros, benzedores, benzedoras, espíritas, médiuns de todas as espécies e, de outros, juizes, promotores, advogados e policiais. Utilizando os processos judiciais entre 1890 e 1945 no Rio de Janeiro, acusados de transgredirem os três artigos penais relacionados a práticas mágicas ('Curandeirismo', 'Prática Ilegal de Medicina' e 'Charlatanismo'), a autora apontou o entrelaçamento dos discursos das personagens como um instrumento de análise articulado no palco jurídico. Supõe-se que tenha retomado a temática sugerida em anos anteriores por ORTIZ (1978). Vê-se que MAGGIE (1992) defendeu que, à parte os artigos penais - cuja existência para a autora já denotava o temor aos malefícios e os modos de combater seus produtores -, na história das religiões mediúnicas sempre esteve presente o discurso de que o Estado perseguiu e reprimiu macumbeiros, espíritas e umbandistas e seus participantes. Justificou assim haver um certo consenso ideológico - quer entre estudiosos (por exemplo, Nina Rodrigues, Arthur Ramos e Roger Bastide), quer entre mães e pais-de-santo - relativamente à idéia de que a crença sempre foi vencedora. Por isso mesmo, o sincretismo religioso, nos estudos acadêmicos, sempre foi utilizado como resultado dessa repressão (escravos escondem divindades africanas sob a máscara de santos católicos), motivo ideológico principal que deduziu a autora a origem da nova religião afro-brasileira.

Essa disputa intelectual entre as categorias magia e religião serviu à MAGGIE (1992) de referência para diferenciar as práticas ilícitas daquelas lícitas, uma vez que protegidas por intelectuais da elite local - os puros nagôs -, cuja isenção das acusações policiais tendiam a justificar com o *status* de religião o que anteriormente era qualificado de prática ilícita, dado que mágica e impura. De acordo com a filosofia de Michel Foucault, MAGGIE (1992) demonstrou que os mecanismos reguladores criados pelo Estado a partir da República não extirparam as crenças nos feitiços mas, ao contrário, foram fundamentais para a sua constituição. Uma fórmula resultou do estudo de um caso exemplar para a definição dos feiticeiros no Rio de Janeiro, que a autora aprofundou detalhadamente numa instituição mediúnica, o Centro Redentor: de uma etnografia constatou que a feitiçaria é uma categoria que opera logicamente no estabelecimento de relações e hierarquias entre

coisas e pessoas, cujos critérios de bem e mal, falso e verdadeiro, estruturam um *status* que discrimina uma relação de poder. Ficou comprovado que as religiões mediúnicas são consideradas cultos oficiais, percebidos como práticas de magia benéfica (rituais de invocação dos espíritos), enquanto as feitiçarias e os feiticeiros praticam atos criminosos, rituais de magia negra e são os representantes do mal.

MONTERO (1985) já havia abordado essa relação de poder entre magia e religião, mantendo em foco a questão da magia na Umbanda como pretexto para alcançar a compreensão de como grupos sociais desprivilegiados são capazes de produzir práticas culturais próprias. Também percebeu que se opera uma desigualdade no interior das religiões mediúnicas, em que as práticas mágicas estruturam-se numa dicotomia que espelha a relação subalterna mantida com a medicina oficial. Assim, especialmente as práticas terapêuticas espíritas transformam-se num objeto cosmológico em consequência da lógica médica, reproduzida no espaço sagrado da religião. Há, portanto, uma medicina mágica, que faz cópia simplificada de um modelo dominante para reinterpretar simbolicamente seus elementos num espaço terapêutico inserido nas casas de culto (umbandistas e espíritas). A autora concluiu que os grupos sociais desprivilegiados, ao mesmo tempo, negam o modelo biomédico e afirmam a superioridade da cura mágica. Concluiu ainda que o discurso religioso umbandista, por isso, é dicotomizante, não podendo ser auto-referente, objetivamente resolve os casos espirituais enquanto à medicina cabe cuidar dos casos materiais.

Recentemente NEGRÃO (1996a, p.79-80) retoma noutra perspectiva a temática da magia e religião na umbanda, discutindo com conceitos da sociologia sobre os fenômenos mágicos e religiosos que lhe serviram para interpretar as relações entre os cultos afro-brasileiros e a sociedade. Comparando a utilização dos conceitos magia e religião nas sociologias de Max Weber e Émile Durkheim, aponta para o uso similar dos conceitos sagrado e carisma, respectivamente, que o autor chama atenção para essa relação conceitual nos clássicos da sociologia, atrelada a um fenômeno eminentemente moral (sagrado) frente a amoralidade na magia.

Tende-se concordar com MONTERO (1985) sobre a existência de uma lógica ambígua na estrutura do sistema religioso mediúnico, também aplicável para o sistema

religioso do espiritismo. Mas, certamente no interior de um hospital psiquiátrico espírita, em razão principalmente da figura do médico espírita, essa dicotomia inclina-se a um discurso ambíguo em razão do uso de conhecimentos médicos e religiosos concomitantes.

Por outro lado, utilizando-se do mesmo material de pesquisa de MAGGIE (1992), GIUMBELLI (1997) fomentou a crítica aos estudos sobre o Espiritismo de CAVALCANTI (1983), seguindo a orientação de FRY (1983, p.15) sobre as investigações de DANTAS (1983) às religiões afro-brasileiras. Segundo FRY (1983), a contribuição de Dantas teria sido a de mostrar a configuração das religiões afro-brasileiras através de uma série de alianças e conflitos, que se entrecruzavam as fronteiras entre senhores, escravos, políticos, psiquiatras, policiais, homens poderosos de negócios, pais e mães-de-santo, padres e antropólogos. Com suas palavras: “é na justaposição das posições ideológicas e teóricas destes e outros atores sociais que se constitui a cada momento o panorama das formas religiosas denominadas ‘afro-brasileiras’”.

Sugerindo até repensar o sincretismo religioso da umbanda, GIUMBELLI (1997) declarou a sua pretensão de esclarecer historicamente o significado do espiritismo para o período anterior a 1950 no Rio de Janeiro. Por isso fez uso de processos judiciais, jornais e revistas especializadas, exclusivamente trabalhando com as categorias ali encontradas, como fez DANTAS (1983) quando tinha por objetivo relativizar a tese da repressão no candomblé sem substantivar a 'pureza' da religião (ou a ideologia dos intelectuais envolvidos). GIUMBELLI (1997), do mesmo modo, repensou os caminhos de legitimidade da religião espírita a partir de categorias objetivamente construídas por atores sociais – espíritas, religiosos, médicos, delegados, juizes, promotores e advogados -, percebendo a evolução dos interesses comuns entre esses de transformar o espiritismo numa categoria de significado religioso.

Emerson Giumbelli contribui tanto para clarear as omissões metodológicas de CAVALCANTI (1983), quanto para indicar um modo de estudo para o campo constituinte religioso brasileiro, tomando o cuidado com as ideologias peculiares às pesquisas e aos pesquisadores que investigam as religiões brasileiras. Nesta pesquisa foca-se o espiritismo a partir da abordagem de investigação empreendida por GIUMBELLI (1997), como uma categoria construída socialmente entre agentes sociais. Já alertara sobre a recorrente idéia

consensual, entre os autores que estudaram o espiritismo no Brasil, de pressupô-lo uma religião (ora para explicitar suas raízes e desdobramentos europeus, ora para tomá-la na forma de religiosidade), idéia norteadora que motivou o autor à investigação do seu processo de legitimidade social.

De um lado, viu-se que, em muitos estudos, a referência 'terapêutica espírita', que é interessante aqui, aparece de modo secundário, sendo que a unidade religiosa - centro espírita - sempre acentuada como espaço sagrado é a única fonte de logramento de dados, quando se tem por objetivo descrever a cosmologia da religião. Defende-se, neste texto, 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.

LEWGOY (2000), em recente trabalho de doutorado, demonstrou o conjunto de importantes relações entre espiritismo kardecista e cultura letrada, levantando as características de uma 'religião do livro', peculiarmente às práticas de cultura letrada no transe mediúnico, cujo exemplo de privilégio à escrita nas comunicações psicografadas, provava ao autor uma hierarquia entre escrita e oralidade, idealmente encarnada pela academia (como erudição) e pela forma burocrática (como registro de documentos). Segundo o autor, a partir dessas práticas culturais letradas, o espiritismo kardecista estabeleceu um sistema de referências eruditas, cuja base divide-se entre as revelações mediúnicas e discussões grupais na escola espírita, onde o conteúdo do sistema de crenças e a cultura bibliográfica são atualizados pela participação efetiva dos adeptos na religião por meio de práticas vinculadas a uma socialização no mundo escolar e erudito da sociedade (citações, leitura, prece, oratória, doutrinação).

A temática de LEWGOY (2000) não se distancia dos debates que aqui se descreve. Socialmente, sendo a religião qualificada como de elite e seus participantes definindo-a simultaneamente científica, filosófica e religiosa, o autor avançou em suas

conclusões por um espiritismo sincrético, quando verificou que a compatibilidade entre ciência e religião não é igualmente a tônica dos cultos afro-brasileiros. A distinção do espiritismo entre as religiões mediúnicas é retomada pelo fato de os espíritas tentarem sincretizar domínios que estavam separados (ciência e religião), fundidos na tendência a reunir num todo as idéias religiosas de diferentes esferas, dada a sua antiga vocação totalizante, concluindo por suas palavras,

nem sempre o acúmulo de identidades e códigos culturais distintos numa mesma proposta é vivido como soma, vide as colisões entre posicionamentos mais evangélicos e outros, mais científicos e experimentais, no interior do movimento espírita (LEWGOY, 2000, p.345).

LEWGOY (2000) estudou a obra de André Luiz (escritos psicografados por Francisco Candido Xavier) dentro da hipótese de que o Espiritismo constituiu-se de uma tradição da cultura escrita, funcionando como memória cultural do grupo. Essa perspectiva não poderia ser descartada uma vez que, para nós, esse *corpus* literário é a composição elementar do capital cultural do profissional da saúde, que carrega valores da crença espírita, além dos valores cognitivos incorporados pelas ciências médicas. Entende-se que, para LEWGOY (2000), o capital cultural está retratado na etnografia que fez, em que traduziu a leitura e a fala dos espíritos enquanto autoridade textual, formadora de uma unidade da oralidade. No entanto, o autor deixou de explorar, na obra de André Luiz, a parte que diz respeito às concepções das doenças em geral e das deficiências mentais em particular, fundamentais na estrutura simbólica em que se propõe o escritor mediúnico em comparação ao escritor não-mediúnico (por exemplo, o médico convertido ao espiritismo, Bezerra de Menezes), principalmente considerando-se a possibilidade da literatura espírita estender-se à publicação de autoria de médicos espíritas, atualmente autores de teses espíritas igualmente importantes para análise da cultura espírita.

3. Objetivos

Dada a possibilidade de verificação empírica de espaços híbridos, em que atuam concomitantemente atividades médicas e religiosas, apresenta-se, a seguir, em quatro tópicos, os objetivos deste trabalho:

1) Identificar e analisar as características e a emergência das instituições hospitalares espíritas, em cujo espaço combinam práticas terapêuticas médicas e espíritas;

2) Analisar, na literatura espírita, os fundamentos religiosos e metafísicos que se referem às concepções de doença, saúde e terapêutica, especificamente em relação à doença em geral e às doenças mentais e deficiências mentais, em particular;

3) Identificar e analisar os agentes que, nesses estabelecimentos asilares e hospitalares, valem-se de terapêuticas simultaneamente médicas e religiosas;

4) Analisar casos clínicos com categorias de doenças codificadas pela medicina e pelo espiritismo, submetidos simultaneamente às terapias médicas e religiosas.

4. Enfoques metodológicos e procedimentos técnicos

Esta investigação constitui uma etapa de pesquisa mais ampla, que se propõe a conhecer as características dos espaços em cujas atividades agentes híbridos atuam nessas instituições. A finalidade de esclarecer a natureza desses espaços, possibilitará, em estudos posteriores, formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis sobre o tema. Ou seja, trata-se esta pesquisa de um estudo exploratório, nível de pesquisa baseado no levantamento bibliográfico que suscitou lacunas e localizou problemas sociológicos, que justificam a pesquisa de campo. Para tanto, será aqui utilizada, como abordagem metodológica, os procedimentos lógicos da praxiologia de BOURDIEU (1983a), cuja teoria está voltada ao trabalho de entendimento dos processos simbólicos de determinadas interações sociais. Será utilizada inclusive a sugestão elaborada pela filosofia da ciência social de Hugh Lacey, cujo seguinte esquema será adotado no decorrer deste trabalho de campo, que orientará as interpretações e crenças do pesquisador dentro de um sistema de crenças mais geral em teorias:

- 1) Acolher uma teoria é provisoriamente manifestar-se a favor dela, acreditando no conteúdo racionalmente desenvolvido no seu interior;
- 2) Comprometer-se com a teoria (ou crença) é enquadrar-se numa agenda de pesquisa centrada no conteúdo da teoria escolhida;
- 3) Subscrever o conteúdo de uma teoria é declarar que tal teoria é mais bem confirmada que o conteúdo das demais teorias rivais;
- 4) Sustentar uma teoria é sustentar a crença consolidada no conteúdo argumentativo que a teoria escolhida manifesta, ou melhor, é subscrever que a teoria é legitimamente incluída no conjunto de conhecimentos e crenças racionalmente aceitas ou de itens que não exigem investigação ulterior”;
- 5) Adotar uma teoria é aplicar o seu conteúdo em projetos práticos ou usar a teoria para informar as próprias ações como fonte das crenças geratrizes, sobre os meios direcionados a metas ou sobre as possibilidades a serem atingidas; ou ainda como restrição, sobre as pressuposições de perspectivas de valores. (LACEY, 1998, p.115-117).

Em sendo o trabalho de campo investigar explorando dois campos em interações simbólicas, o critério de escolha de apenas uma instituição para estudo de caso é uma decisão que objetiva inclusive o aprofundamento do contexto e de situações peculiares ali definidas, levando-se em conta o projeto dos diretores espíritas da instituição escolhida, ou seja, de implantar de modo legítimo o espaço religioso em convívio com o espaço médico no interior da instituição.

Por outro lado, será utilizado meios técnicos para garantir, na investigação social, a possibilidade da obtenção e validação dos dados pertinentes à problemática definida. Embora o pesquisador acolha provisoriamente o conteúdo racional da doutrina espírita, o que lhe garante a adequação e aplicação do método da observação participante, principalmente em relação à frequência às reuniões religiosas, será utilizada entrevistas semi-estruturadas com roteiros específicos (Cf. Anexos) para resgatar as relações estabelecidas entre os diversos agentes atuantes para consolidação de um espaço híbrido, cuja característica principal vem sendo colocada como tese central, a da aceitação de terapias espirituais do espiritismo, concomitantes às terapias convencionais da medicina.

Será então importante esquematizar resumidamente como se utilizará a lógica da pesquisa social na abordagem teórica de Pierre Bourdieu. Como acentua ORTIZ (1983, p.18), Pierre Bourdieu faz crítica ao objetivismo e ao conhecimento fenomenológico, cujos conhecimentos produzidos nas ciências sociais contrapõem-se à sua teoria da prática de Pierre Bourdieu, por onde é possível identificar o agente social fora da "função das relações objetivas que regem a estruturação da sociedade global" (ORTIZ, 1983, p.19). O conhecimento praxiológico é definido por Pierre Bourdieu como

o conhecimento que tem por objeto não somente o sistema das relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações *dialéticas* entre essas estruturas e as *disposições* estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las, isto é, o duplo processo de interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade (BOURDIEU, 1983, p.47).

Nesse sentido,

a prática, pode assim, ser definida como "produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*"¹, isto é *habitus* enquanto sistema de disposições duráveis é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais" (ORTIZ, 1983, p.19).

Colocando à disposição da pesquisa social como instrumento de investigação que garante a objetividade das práticas subjetivas, Pierre Bourdieu define o conceito de

¹ BOURDIEU *apud* ORTIZ, R. "A procura de uma sociologia da prática" in ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983, p.19.

habitus através do conhecimento dos indivíduos que incorporam as suas posições na estrutura social. Para tanto,

é necessário e suficiente ir do *opus operatum* ao *modus operandi*, ir da regularidade estatística ou da estrutura algébrica ao princípio de produção dessa ordem observada e construir a teoria da prática ou, mais exatamente, do modo de engendramento das práticas, codição da construção de uma ciência experimental da *dialética da interioridade e da exterioridade*, isto é, da *interiorização da exterioridade* e da *exteriorização da interioridade*" (BOURDIEU, 1983, p.60).

Assim, define-se que

podem ser apreendidas empiricamente sob a forma de regularidades associadas a um meio socialmente estruturado, produzem *habitus*, sistemas de *disposições* duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente 'reguladas' e 'regulares' sem ser produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem se produto da ação organizadora de um regente (BOURDIEU, 1983, p.60-61).

Sendo assim, em que qualquer interação social pode representar um campo de reconhecimento e de confrontação do próprio lugar no interior da mesma estrutura social, pretende-se na presente pesquisa investigar empiricamente o *habitus* espírita, mas também o *habitus* médico, quando nas condições sociais localizadas nesses espaços em interações simbólicas. Fica claro, então, que a qualificação híbrida aqui se aplica tanto à prática religiosa, quanto à prática médica, dialeticamente estruturada em *habitus*.

Para Pierre Bourdieu o campo se constitui, portanto, de uma economia simbólica, que se estrutura historicamente. Essa referência histórica carrega valores simbólicos constituídos, reificados ou incorporadas pelos agentes, a partir do princípio gerador do *habitus* (MICELI, 1992, p.XLI). Nesses termos, capital simbólico é o conjunto de relações sociais reproduzidas a partir do estoque de produtos simbólicos em uma dada sociedade, que podem ser referidos a campos sociais. Importa mencionar a referência do professor Renato Ortiz ao campo social, ao dizer que

para Bourdieu, a questão se coloca em outro nível, pois o campo não é resultado das ações individuais dos agentes. Abre-se a possibilidade de estudar as relações existentes num campo determinado e, por conseguinte, as estratégias dos agentes que o compõem e o sistema de

transformação ou de conservação da sociedade global (...) o campo se particulariza, pois, como um espaço onde se manifestam relações de poder, o que implica afirmar que ele se estrutura a partir da distribuição desigual de um *quantum* social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio, que Bourdieu esse *quantum* de "capital social" (...) A estrutura do campo pode se apreendida tomando-se como referência dois pólos opostos: o dos dominantes e dos dominados. Os agentes que ocupam o primeiro pólo são justamente aqueles que possuem um máximo de capital social; em contrapartida, aqueles que se situam no pólo dominado se definem pela ausência ou pela raridade do capital social específico que determina o espaço em questão (...) Bourdieu mostra que para se compreender o funcionamento e o sentido desse espaço social é necessário referi-lo ao sistema das relações entre as posições ocupadas por aqueles capazes de produzi-lo, reproduzi-lo e utilizá-lo. Tem-se assim a possibilidade de apreender as relações que se estabelecem entre um campo específico e a estratificação da sociedade em classes ou em frações de classe (ORTIZ, 1983, p.19-24).

Nesse sentido, esta pesquisa se volta para o estudo dos espaços e agentes híbridos dentro da instituição escolhida, médica e religiosa. O estudo dessas práticas e de seus respectivos agentes está caracterizado pelo fenômeno dado por uma estrutura própria de representações e elaborações discursivas, proveniente tanto do campo da medicina, quanto do campo da religião que, ao participarem da prática médica e da terapêutica religiosa no mesmo espaço médico e religioso, podem ser analisadas por dois eixos centrais: pelo capital acadêmico e pelo capital das opções religiosas.

Para tanto, entende-se que o capital acadêmico dos profissionais da saúde é legitimado formalmente na vida acadêmica pela escolaridade e aquisição de diploma, sendo essa forma privilegiada para a reprodução social. Entende-se ainda que a reprodução pedagógica do campo simbólico, religioso e médico concomitante, se dá inclusive fora no domínio da técnica, da produção científica e das crenças cientificistas espíritas, o que permite visualizar a doutrina espírita como um sistema de crenças adotado pelos agentes religiosos.

A idéia estratégica de pensar os indivíduos no espaço social em constante competição, por buscarem legitimidades através de diferenciações sociais ou prejulgando valores, oferece um quadro de disposições (*habitus*) construído pelos indivíduos que informam sobre padrões desejáveis e aceitáveis, num substrato de calculações simbólicas (BOURDIEU, 1997, p.157-194).

Complementando o que se disse a respeito do critério de seleção da instituição para o estudo de caso, privilegiou-se primeiramente que a organização fosse administrada por praticantes do espiritismo e localizado no Estado de São Paulo. Optou-se então pela pesquisa desse tipo de hospital, que foi denominado inicialmente de organização híbrida em função de nele atuarem práticas terapêuticas exercidas por agentes médicos e religiosos de modo simultâneo. Após um levantamento prévio, feito por visitas às 26 instituições hospitalares (Cf. Quadro 1), elegeu-se como critério de distinção a empresa que mantivesse mais evidente as interações sociais entre agentes e práticas terapêuticas médicas e religiosas em seu interior. Disso resultou a escolha daquela que estava em fase de consolidação de uma organização particular de práticas terapêuticas espirituais espíritas.

O hospital escolhido para estudo está organizado numa grande área no Estado de São Paulo e mantém um quadro de funcionários profissionais da saúde para ampla atuação médica. Atende mais de 600 pacientes em regime de internato de longa permanência. Oferece serviços de saúde à clientela através do SUS na sua totalidade. Trata-se de um sistema de asilo, que mantém o seu funcionamento com equipes multidisciplinares, exigidas pelas reformas hospitalares mais atuais no Brasil e fiscalizada pela Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Desde os anos 50, essa instituição asilar-hospitalar goza de grande prestígio da sociedade local e nacional pelos trabalhos benemerentes prestados à cidade em que está localizada e, como instituição filantrópica de serviço de saúde no Estado, como uma referência nacional na especialização ao atendimento de uma clientela especial portadora de deficiências múltiplas.

Por outro lado, mantém, no interior do espaço asilar, uma pequena estrutura física para tratamento espiritual, mas de modo velado. A participação restrita de religiosos e alguns funcionários faz desse espaço um lugar sagrado, em que se discute as futuras instalações de um local oficial para terapêutica espiritual e espírita, voltada a todos os grupos que interagem dentro da instituição. Trata-se, portanto, de uma escolha estratégica para o estudo de uma instituição fechada que satisfaz as condições propostas no projeto de pesquisa, cuja natureza híbrida, em relação ao provimento de serviços terapêuticos - religiosos e médicos -, encontra-se em processo de efetivação, quando se tem por meta a implantação de um espaço religioso. Nessas circunstâncias pode-se acompanhar o processo

de legitimação, que se dará para além do estatuto jurídico que a autoriza funcionar como entidade filantrópica.

Um outro passo estratégico na investigação diz respeito à análise das concepções kardecistas de doença e saúde. Antes da coleta de dados, que será feita pelas entrevistas, optou-se por analisar os fundamentos religiosos e metafísicos do espiritismo, quanto às concepções das doenças e terapêuticas enunciadas na literatura espírita disponível. Deve-se lembrar que a obra do codificador do espiritismo tem sido a via principal para compreensão das representações religiosas dos adeptos do espiritismo kardecista dentro das escolas espíritas, ao mesmo tempo que contribuem para formação do *habitus* espírita. Nesse contexto escolar, em que se toma a representação social de pessoas que participam unicamente desses espaços, nem sempre se avalia a literatura religiosa, de onde os adeptos retiram os princípios que regem as concepções de saúde e doença de origem espiritual. Nas escolas religiosas espíritas, que funcionam dentro dos centros espíritas (SANTOS, 1999), as garantias dessa reprodução ideológica estão asseguradas, utilizando-se a procedência de princípios espíritas por fidelidade religiosa.

No próximo capítulo aborda-se a literatura espírita de interesse para esse estudo. Primeiramente fez-se uma vista da imensa literatura espírita e selecionou-se uma quantidade razoável de livros para compreensão geral, de acordo com uma leitura interpretativa dos temas pré-fixados. As obras apareciam distintas e foram classificadas entre escritura mediúnica e escritura não-mediúnica. Levou-se em conta a possibilidade de diferentes interpretações girarem em torno das concepções de saúde e doença entre três fontes distintas, a saber: a) a literatura de Allan Kardec, que se está considerando fonte primária e original dos princípios religiosos do espiritismo; b) a obra mediúnica de médiuns brasileiros, dentre elas a do médium Chico Xavier, que versa matéria eminentemente médica; e c) a obra de médicos de convicção religiosa espírita, cujo conteúdo desenvolvem argumentos médicos e espíritas concomitantemente. Dessa maneira, pôde-se reduzir esta seleção de livros para estudo comparado a três tipos de escrituras:

- a) os cinco livros da codificação organizado por Allan Kardec;

b) os escritos psicografados do médium Francisco Cândido Xavier, através do espírito do médico André Luiz;

c) dos escritos de médicos praticantes do espiritismo.

Em relação à investigação das atividades terapêuticas de profissionais da saúde e religiosos atuantes no interior do espaço médico e religioso serão utilizados dois tipos de procedimentos metodológicos. Um meio de descrever as interações estruturadas entre as atividades médico-científicas e as religiosas-espíritas é a observação dos procedimentos dos agentes nas reuniões mediúnicas e no espaço médico, junto aos casos de pacientes que passam por essas reuniões espirituais.

Um segundo modo de estudar as características dos agentes envolvidos com tais atividades será aplicar entrevistas semi-estruturadas, mediante roteiros (Cf. Anexos), junto aos agentes no âmbito do hospital, que possibilitará identificá-los de acordo com uma classificação segundo as suas posições institucionais. As entrevistas serão feitas com os agentes religiosos e os profissionais da saúde, praticantes do espiritismo ou não. Dos profissionais da saúde serão entrevistados cinco enfermeiras, duas fisioterapeutas, seis médicos, três pajens, duas psicólogas. Dos agentes religiosos serão entrevistados três médiuns, três voluntários, 12 religiosos praticantes do espiritismo em cargos de diretoria ou da administração.

Da análise do material empírico, privilegiará aquele para o entendimento da constituição simbólica do espaço médico-espírita. O quarto e o quinto capítulos terão por objetivo mostrar a constituição desses espaços terapêuticos, a partir das relações estabelecidas entre os agentes no espaço social.

Finalmente, o estudo de um caso clínico, projetado como mais um recurso metodológico, terá por objetivo obter informações qualificadas sobre o campo médico interagindo com o campo religioso. Em todos os anos de frequência ao hospital estudado, sempre foi lembrado apenas um caso de cura espiritual e médica, que interessou aos agentes religiosos reproduzi-lo de modo insistente como caso exemplar. Será importante relatá-lo a partir dos variados pontos de vista sobre o seu traçado, que seguiu do espaço

terapêutico espírita para o espaço terapêutico médico. As entrevistas semi-abertas, especialmente voltadas a esse caso, serão feitas com agentes religiosos e profissionais da saúde que intervieram no processo de cura do paciente. Poderá ai ser revelado os bens e serviços simbólicos trocados entre os diversos agentes no espaço médico, justamente no período de formação do espaço híbrido (que parece se formar concomitante à legitimação do espaço religioso dentro do hospital). Enfim, haverá o especial interesse na seleção desse caso inclusive pela identificação daquele que vinha sendo privilegiado pelos próprios agentes religiosos como caso típico para a formação do espaço híbrido.

Por último, cabe lembrar os procedimentos quanto às citações no interior da tese. Citações referentes a autores cujas referências são colocadas no final da citação indicando o livro, ano e páginas são diferenciadas das citações de fonte primária obtidas pelas entrevistas, que se optou colocá-las em itálico, com a referência da fala de acordo com a lista de abreviaturas.

Capítulo II:
O contexto dos hospitais psiquiátricos mantidos
por espíritas

Neste capítulo apresenta-se uma versão para compreender a emergência dos hospitais psiquiátricos organizados por espíritas. As informações foram limitadas aos estudos históricos que se dedicaram ao entendimento da institucionalização dos hospitais em geral e dos hospitais psiquiátricos no Brasil e, também, àqueles estudos que mostram um panorama das instituições filantrópicas no campo da saúde. Nessa exposição, não se pretende realizar um estudo histórico sobre a emergência da organização hospitalar administrada por espíritas no Estado de São Paulo, mas apenas levantar hipóteses sobre essa emergência à luz dos estudos existentes. Finalmente se destaca, nesse contexto, algumas características desses hospitais, quanto a sua origem, tipos de recursos humanos disponíveis e a clientela atendida.

1. Sobre a institucionalização dos hospitais no Brasil

Várias interpretações históricas apresentam a institucionalização dos hospitais no Brasil. Todas elas, no entanto, apontam as Santas Casas de Misericórdia como as primeiras organizações de assistência hospitalar no período colonial. Distintas, portanto, dos hospitais modernos, essas primeiras instituições hospitalares se revelam importantes para este objeto de estudo na medida em que denotam as primeiras características das instituições hospitalares brasileiras. Vale a pena rever, nessas interpretações, algumas atividades exercidas naqueles hospitais e perceber posteriormente como se deu a inclusão da prática médica, estabelecida exclusivamente em um espaço médico.

Na década de 70, uma linha de pesquisa histórica, fundamentada nas teorias do filósofo Michel Foucault, especializou-se nos estudos de reconstrução da Medicina Social no Brasil. MACHADO (1978) desenvolveu uma versão do nascimento dos hospitais relacionado com a projeto de medicina social e demonstrou o nascimento do hospício como resultado de uma luta vitoriosa da medicina em que a Psiquiatria nascente lhe servia de instrumento. Traçou, nas origens, a atuação das Santas Casas de Misericórdia, especificamente no contexto colonial.

Segundo o autor, há uma separação nítida entre a organização hospitalar no período colonial e o hospital moderno:

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

Para o autor os documentos históricos mostram uma descrição espacial compatível com a assertiva descrita acima. Não existindo uma assistência médica contínua aos enfermos, em matéria de oferecer diagnósticos e observações constantes da evolução da doença e, percebendo também a ausência de práticas terapêuticas médicas pelo número reduzido de médicos e cirurgiões na equipe, a assistência aos enfermos ficava a cargo dos religiosos que desempenhavam, por exemplo, a tarefa de enfermeiros. Na Bahia, no Pará, no Rio de Janeiro e em São Paulo, as Santas Casas de Misericórdia, no período colonial,

faziam a função religiosa de um hospital, em cujos espaços estruturava-se a assistência religiosa aos enfermos, mantidos pelos 'Irmãos da Misericórdia', eleitos provedores e tesoureiros.

Para ilustrar, MACHADO (1978) aponta um importante elemento de conotação dessa imagem assistencial, a figura ativa do padre encarregado da assistência espiritual dos enfermos. Para o autor é pela presença permanente do agente religioso que se pôde deduzir a ausência do médico no interior do hospital, mas “seria inexato afirmar a inexistência do tratamento no hospital colonial: mas não seria correto pensá-lo em termos de uma atividade médico-hospitalar” (MACHADO, 1978, p.65).

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

De outro modo, GUEDES (1988) mostrou elementos de interpretação que concordam parcialmente com a exposição de Roberto Machado:

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

hospitalar neste período estava circunscrita ao atendimento e internação dos doentes mentais ” (GUEDES, 1988, p.8, grifos do autor da tese)

Embora essa última interpretação do autor poderia relaciona-se mais às atividades religiosas nos primórdios da institucionalização de hospitais específicos para os cuidados das doenças mentais (hospitais psiquiátricos), na história da institucionalização dos espaços hospitalares em geral, é certo afirmar que o marco a partir do qual se pensa a hegemonia médica, em substituição à hegemonia dos espaços das Santas Casas de Misericórdia é o século XIX. Os dois autores descrevem esse primeiro período como marco ideológico por caminhos diversos, preferindo GUEDES (1988) analisar a assistência hospitalar psiquiátrica sobre a base dos hospitais filantrópicos que, para ele, tem origem no período colonial.

A resposta de MACHADO (1978) procura um caminho de cunho explicativo, partindo de um argumento histórico diferente do posto por GUEDES (1988): os hospitais psiquiátricos nascem com a institucionalização da medicina social, no século XIX, marco temporal em que ocorrem “importantes transformações com relação ao estilo de governo (...) assinalando uma série de diferenças do modo de organizar a sociedade e o Estado” (MACHADO, 1978, p.105). Assim, para o objetivo último de Roberto Machado em historiar o nascimento do hospital psiquiátrico, o período anterior deve ajustar-se a uma sucessão de fatos que narram a origem da instituição de caráter essencialmente social: o nascimento dos hospitais militares, dos leprosários e da Faculdade de Medicina.

Seguindo o argumento de institucionalização da medicina social, MACHADO (1978) justifica, em função da ausência de assistência médica dada aos soldados enfermos, ou ainda da má assistência proporcionada pelas Misericórdias, interessando restabelecer-lhes a saúde surge o hospital militar, “não sendo pensado como instrumento de intervenção positiva com o objetivo de obter a cura e produzir saúde” (MACHADO, 1978, p.125), não fora criado pela iniciativa governamental como novo modelo de atenção hospitalar ao doente, mas mantivera o mesmo modelo hospitalar antes estruturado pelas Misericórdias. Os hospitais militares surgem para manter a tropa com o menor ônus possível, colocando em evidência a importância da função médica que, para o autor, se articulava com o objetivo militar na estruturação desse novo contexto, abrindo possibilidades de novas

condições para o exercício da prática médica para além dos objetivos coloniais de exercitar os valores humanitário e caritativo. Assim, os pareceres médicos ganhavam aí significado de autoridade médica no processo de cura, que se atestava: ou o doente é curável ou incurável. Nessa composição, os hospitais militares oferecem “condições para novas formas de aprendizado médico, fundadas numa nova concepção da função hospitalar” (MACHADO, 1978, p.128). Também nesse espaço hospitalar, foi possível estruturar a formação de pessoal qualificado, quando, consolidada ideologicamente na Europa, “o projeto de um saber (..) que se produz no hospital e é ali transmitido” (MACHADO, 1978, p.129), mas seguido por um discurso mais abrangente sobre a vida da população, o trabalho e a defesa, enfim, inserindo o hospital nos problemas da cidade. O ensino médico inicia-se atrelado à ofensiva de combater “os desmandos e o ócio de uma população sem trabalho” (MACHADO, 1978, P.131).

Um segundo tipo de instituição hospitalar demarcará, por outra face, a separação entre as atividades médica e religiosa no mesmo espaço terapêutico. A lepra, uma doença contagiosa e epidêmica, ganha um significado social quando, para a administração da doença, importa evitar o contágio e livrar a cidade do perigo ameaçado: relacionado como uma instituição de controle social, os leprosários fazem a função de locais de isolamento e exclusão da doença, sob certas condições:

A instituição lazareto adquire um caráter de especificidade em função daqueles que irão ocupá-la. Não é suficiente ter um local para alojar os lázaros e excluí-los da cidade: uma exclusão passa a ser eficaz somente quando existirem condições que garantam a ausência de comunicação e a contenção do mal – mal específico – no espaço por ele destinado. Dentre as condições, está a presença religiosa do capelão e médica do cirurgião: duas figuras residentes no lazareto, que procuram diminuir o sofrimento do leproso ao nível do corpo e da alma (MACHADO, 1978, p.136).

Nessas condições de uma doença incurável como a lepra, o religioso apresenta-se, em relação ao médico, um papel importante na organização do hospital. Ambos têm a função de manter presentes a vigilância, que denuncia os leprosos na cidade, mas também devem assegurar, no interior dos leprosários, a contenção da lepra, cujos cuidados e tratamento são necessários no hospital. Embora juntos, é preciso notar uma crescente importância da atividade médica em detrimento do agente religioso, uma vez que a atividade religiosa passa a ser apontada como não qualificada no processo de admissão dos

doentes no espaço terapêutico e na assistência médica à doença. Para o autor, ao ser demandado o saber médico pela administração portuguesa, a organização e funcionamento desse tipo de instituição hospitalar passa gradativamente a obedecer um critério médico (MACHADO,1978,p.139), não necessariamente por uma iniciativa dos médicos. Enfim, sobre a atividade médica “a medicina não parece ser vista – como acontecerá explicitamente com a medicina social do século XIX – como uma prática política específica, como um poder especializado que deve assumir a responsabilidade dos indivíduos e da população atuando sobre as condições naturais e sociais da cidade” (MACHADO, 1978, p.149).

Importante anotar ainda uma terceira justificativa da institucionalização da medicina social, a partir de outra discussão levantada pelo autor, como elemento da fundação e organização dos hospitais como espaços terapêuticos exclusivamente para o exercício da prática médica: o projeto das Faculdades de Medicina em 1832, organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que se incluía no projeto de medicina social como ofensiva da medicina brasileira. Nesse aspecto histórico do ensino médico institucionalizado, o reconhecimento da verdadeira medicina como posição central no campo das práticas de saúde, cria-se concomitantemente a figura do charlatão como desviante, surgindo à volta de um projeto médico “que defende e justifica uma sociedade medicada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber” (MACHADO,1978,p.194). Nesse mesmo modo de ver, a medicina legal se generaliza como atividade principal de um projeto de 'polícia médica':

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

Importante lembrar, nessa versão, os tópicos que instauram os elementos de distinção entre os espaços hospitalares coloniais e os espaços hospitalares modernos. Para MACHADO (1978), atrelados ao projeto da medicina social, o nascimento do hospital

geral tem por característica o elemento político, desde o final do século XVIII, quando os espaços hospitalares são utilizados como instrumento de poder do governo para cobrir uma instância pública que garanta os interesses da administração colonial na área do trabalho e da defesa do país.

Já GUEDES (1988) preocupa-se em descrever uma continuidade das organizações benemerentes, dentro dessa reformulação política da função hospitalar moderna, nos seguintes termos:

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

Uma outra vertente de estudo, que também se preocupa em apresentar uma interpretação sobre a institucionalização dos hospitais e da Psiquiatria, especialmente na França, resgata a importância dos valores cognitivos conquistados pela Psiquiatria até aquele momento. As reflexões do sociólogo brasileiro BIRMAN (1978) em conexão com a linha de pensamento CASTEL (1978) retomam ambos, na discussão histórica do surgimento da medicina social, a importância do conceito de 'medicina mental', uma intersecção nem sempre realizada por Roberto Machado, embora tenha exposto no prefácio do livro de BIRMAN (1978) a importância do estudo sobre a medicina mental, não necessariamente levantada como hipótese de trabalho na abordagem que utilizou de Michel Foucault. Para CASTEL (1978), as atividades filantrópicas não aparecem como fato que serve para tornar inteligível o aparecimento do hospital psiquiátrico e da psiquiatria, mas surgem dentro da preocupação de resgate dessas atividades como elemento que justifica a vitória do alienismo, especialmente na instituição do espaço terapêutico médico-psiquiátrico,

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

Mas, se no processo histórico de busca de uma assistência psiquiátrica adequada, aparecem versões interessadas em mostrar a fecundidade do período alienista, privilegiando datar aí o marco para o início da evolução dos valores cognitivos da Psiquiatria, por outro lado, diante de um tal emaranhado de valores científicos e sociais, no processo de disjunção entre as atividades religiosa e médica, há uma preocupação em destacar as relações da medicina mantidas com o Estado.

Para MACHADO (1978, p.215) é no momento em que o Estado formaliza a assistência social que passa a vigorar uma imagem da atividade médica como 'atividade científica', principalmente em relação às atividades charlatanescas. Comparadas às atividades médicas, os charlatães não tinham racionalidade científica e iludiam o povo.

Nesse sentido, as relações da medicina com o Estado não foram de justaposição nem de apropriação, assegura. O que ocorre dentro da consolidação do projeto de medicina social com medidas de controle social é a estruturação de um tipo de racionalidade, presente no exercício do poder de Estado e necessária para o funcionamento da medicina, de um lado, em função da 'medicalização da sociedade' (sic), de outro, pela inadequação entre o projeto médico e o modo de atuação dos organismos estatais em relação a saúde da população. Nesse processo social, embora a medicina tivesse por função assessorar o Estado, também assumiu a função de criticar as práticas e saberes em jogo.

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

a medicina social nascente luta por uma hegemonia no Estado, se desenvolve juntamente com a idéia de centralização política, participando assim da própria luta pela constituição de um Estado

centralizado no qual ela figuraria através de um órgão especializado (MACHADO, 1978, p.243).

Finalmente, MACHADO (1978, p.252-3) assume que a medicina, nesse período, deve ser vista antes em seu aspecto social do que em suas características científicas, de uma ciência natural. Como novo tipo de conhecimento, a medicina se torna social porque a prática médica, não considerando a doença isoladamente, desloca o objeto da medicina, que é a doença, para o campo da saúde, fundamentando assim o princípio social da medicina, que não é somente o restabelecimento da saúde pela ação curativa direta sobre a doença, mas a possibilidade de impedir o seu aparecimento e controlar sua manifestação pela prevenção.

Para o autor, a medicina social descobrirá os espaços institucionais pelo esquadramento urbano (MACHADO, 1978, p.278). Os hospitais e os hospícios surgem nesse contexto, entre a emergência de outros grandes estabelecimentos (cemitério, escola, quartel, prisão, bordel e fábrica). Nessa perspectiva, torna medicável as instituições aparece como resultado da intervenção médica, que visa proteger a coletividade e proteger a pequena coletividade enclausurada no espaço hospitalar:

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

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

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

2. A institucionalização dos hospitais psiquiátricos no Brasil

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

Nessa perspectiva explicativa, desde a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1830, o louco passa a ser objeto da medicina social, quando, na guarda do espaço hospitalar, institui-se como instrumento terapêutico da psiquiatria, consequência de uma crítica higienista ao regime disciplinar das instituições anteriores de enclausuramento (as Santas Casas); mas, num segundo lance, também em função do perigo por que poderia passar à população, uma vez identificado quem se desviou a partir de critérios que a própria medicina social instituiu. Ainda nessa perspectiva, similar ao charlatão ou ao leproso, o louco participa do projeto da medicina social como elemento para institucionalização da ordem médica psiquiátrica, que a polícia médica procura "aqueles que circulam livremente pelas ruas, podem enfurecer-se e repentinamente cometer atos homicidas" (MACHADO, 1978, p.377).

COSTA (1989) representa uma outra vertente, que pretende revalorizar "o interesse pela história da psiquiatria no Brasil e, através disso, o da Psiquiatria brasileira em geral" (COSTA, 1989, p.53) quando toma a perspectiva proposta pelo seu orientador Georges Devereux, de sua tese defendida em 1974 na *École Pratique de Hautes Etudes*, cuja metodologia utilizou para o estudo do pensamento psiquiátrico da Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos 20 e 30 do século XX. Na montagem histórica, a aplicação do método aos fatos da história da Psiquiatria (que permite abordagens psicológicas e sociológicas ao fenômeno histórico) "o caso deste trabalho, contradiz pontos de vista de

autores como Michel Foucault, que, estudando os mesmos fatos, propuseram explicações de outra ordem” (COSTA, 1989, p.57).

A crítica ao trabalho de Roberto Machado evidencia-se quando o autor coloca-se defendendo que a Liga Brasileira de Higiene Mental tem um valor inestimável para a história da psiquiatria brasileira, demonstrando que, no Brasil, a Psiquiatria tem uma história que pode ser contada pelo pensamento psiquiátrico em função dos compromissos assumidos ideologicamente, cuja origem e evolução não se resumem “a um amontoado incoerente de práticas asilares” (MACHADO, 1978). Da mesma forma que BIRMAN (1978), o autor preocupa-se com as teorias históricas que interpretam os valores cognitivos da psiquiatria nascente desde o modelo médico organicista, de Pinel e dos alienistas aos higienistas, juntamente com os valores sociais carregados de preconceitos, como acontece para o caso dos psiquiatras da Liga e mais atualmente para o movimento de desinstitucionalização dos anos 70. O autor incluiu os movimentos sociais de desospitalização nos anos 80 e a atual reforma psiquiátrica no âmbito do SUS. Nessa discussão, no prefácio à 4ª reedição de sua obra, mostrou-se preocupado particularmente em descrever o aspecto ideológico, mais presente na atualidade pelo uso do conceito de prevenção na reforma da assistência psiquiátrica desde os anos 70, quando tomou por referência a Psiquiatria comunitária norte-americana que, em vez de curar, se colocou a prevenir. Em vez de adotar os hospitais preferiu a comunidade, em vez do psiquiatra preferiu as equipes comunitárias, enfim, em vez da doença preferiu considerar a saúde mental. Esses parâmetros não estão deslocados de um projeto psiquiátrico das teorias de degenerescência, fonte das ideologias racistas, aprofundadas no entre guerras nazista. O autor faz um alerta sobre uma repetição histórica, dada a mesma desatenção que se faz no uso da idéia de prevenção, que decorre do mesmo contexto da prática social dos eugenistas, o que atualmente se repete na psiquiatria preventiva, que pressupõe uma unidade biopsicossocial na assistência psiquiátrica. Assim sendo, estudar esse período histórico é dar subsídios intelectuais para a análise de ideologias, fundamentalmente válidos para a história da psiquiatria brasileira:

A psiquiatria brasileira (..) extremamente mal conhecida (...) sua história nem sequer foi ainda corretamente recenseada. É quase desnecessário dizer que pouquíssimos autores preocuparam-se em tematizar seriamente qualquer aspecto que fosse de nossa Psiquiatria e

os poucos trabalhos existentes sobre o assunto são, na maioria, simples narrativas factuais, mesmo que esses estudos tenham sido sistematicamente esquecidos (COSTA, 1989, p.58).

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

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

Enquanto MACHADO (1978) pressupõe diferenças entre os espaços médicos organizados, anteriores ao nascimento da medicina social, enquanto causa ideológica da instituição da Psiquiatria e dos espaços hospitalares específicos para o tratamento psiquiátrico, para COSTA (1989) essa distinção ideológica deve seguir outro parâmetro determinante, dentro do conjunto articulado de valores e crenças que conferem (ou que ideologicamente conferiram) unidade à Psiquiatria no Brasil, inscrita historicamente na prática social médica, não necessariamente advindo das relações de poder com o Estado.

A atividade científica da medicina, alicerçada numa racionalidade médica, para MACHADO (1978), não está justaposta nem apropriada pelo Estado quando se considera a atividade do charlatão. Para COSTA (1989), a relação é de justaposição, quando se verifica, nos desdobramentos históricos da prática psiquiátrica, que as teorias eugênicas fundamentam o poder médico na sociedade.

Charlatões e curandeiros, ambas as figuras tipificadas posteriormente no Código Penal Brasileiro, o que se pode afirmar é sobre uma característica comum: o exercício da atividade aparentemente cientificista, reclamados pelos autores acima como valores exteriores às atividades científicas da psiquiatria organicista.

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

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

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

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

MACHADO (1978) já havia notado, na tese da continuidade epistemológica franco-brasileiro, a transferência dos valores humanitários dos primeiros alienistas franceses aos alienistas brasileiros, como prova da influência na instituição da prática médica alienista brasileira. A referência aos alienistas Pinel e Esquirol reproduz os valores centrais da psiquiatria francesa em duas articulações: da loucura com a inteligência e da loucura com a civilização. Ambas linhas de raciocínio estão mediadas, confirma o autor, pela categoria da moralidade nos primeiros trabalhos médicos no Brasil. A ambigüidade instaurada no campo da ciência psiquiátrica ocorre desde quando a loucura, interpretada por

valores morais e sociais, ganha significado de objeto do conhecimento científico nas ciências médicas, sintetizada no conceito de alienação mental (MACHADO, 1978, p.381). Por isso, na história da psiquiatria, a institucionalização das práticas psiquiátricas, não podendo estar descolada de seus próprios valores cognitivos, a Psicopatologia é uma área de atuação que se candidata a servir de base epistemológica e referência teórica e prática da Psiquiatria, historicamente datada desde a Psiquiatria organicista.

Mais recentemente, algumas teses reclamam a mesma dissensão de COSTA (1989) em relação à instituição do ideário intelectual europeu e americano e estudam, na mesma esteira, os impasses, as rupturas e transformações sofridas no passado da psiquiatria brasileira. O trabalho de ODA (2003), por exemplo, compara Nina Rodrigues e Juliano Moreira, na fundação da psiquiatria brasileira, deslocando-se do pensamento de psiquiatras europeus pelos estudos de psicopatologias comparadas, demonstrando assim que a história dos alienistas brasileiros passa pela aplicação científica da psiquiatria da época, aplicada à população brasileira, possibilitando associar às crenças animistas valores sociais de inferioridade e racismo, como um estágio da cultura brasileira a ser superado. A autora mostra, pela apresentação do estudo de caso que fez em Nina Rodrigues,¹ que a negra Umbelina Maria do Bonfim, internada no Hospício de Alienados São João de Deus, em Salvador, diagnosticada por delírio de perseguição sistemática, ou delírio crônico, freqüentadora do candomblé, quando caía no 'estado de santo' sofreria de um estado clínico psiquiátrico tratado como 'fenômenos sonambúlicos ou histeróides'. Por outro lado, no seu histórico de vida, parou de trabalhar por acreditar estar enfeitiçada, mantinha alucinações auditivas de estarem tramando contra ela,

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

Também URQUIZA (1991) contribui para a história crítica da psiquiatria tomando a prática higienista como marco de análise. Dentro das abordagens sobre a

¹ RODRIGUES, N. *apud*, ODA, A.M.G.R. "Retrato de Umbelina", **Alienação mental e raça: A psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues**. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003, p.106.

constituição do alienismo no Brasil, aponta os trabalhos de MACHADO (1978) e COSTA (1989) no alienismo praticado no Rio de Janeiro. Para a autora, o alienismo paulista privilegia reconstruir as relações entre saúde e sociedade num momento preferencial, dado que, com maiores evidências, ocorre uma ruptura com o período anterior. Considerando os trabalhos sobre o tema a autora propõe discutir a temática a partir de três outros trabalhos, além de Roberto Machado e Jurandir Freire Costa, com quem pretende discutir a produção intelectual na temática.² Seguindo as sugestões de se aprofundar na questão dos alienistas paulistas, compreender o campo da saúde mental a partir desses profissionais da saúde. Numa perspectiva de análise internalista, resgata o debate do trabalho alienista, a partir de “seus elementos constitutivos mais internos: o agente, o objeto, os instrumentos e as condições concretas em que ele se realiza” (URQUIZA, 1991, p.4).

Na mesma direção, PESSOTI (1996) privilegiou trabalhar sobre a idéia de desinstitucionalização atualmente utilizada no campo da saúde mental, em defesa de esclarecimentos específicos de um período histórico do alienismo brasileiro, partindo de concepções sobre a alienação mental (PESSOTI, 1996). Para o autor, alienação mental poderia ser classificada ou por uma função orgânica (distúrbio sobre o qual atua o trabalho terapêutico do médico alienista), ou por uma função do desarranjo de alguma mente ou faculdade do espírito, identificado os desarranjos comportamentais.

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

² MORÃO DIAS, I; GIORDANO JR.,S.; CUNHA, M. C. P. *apud* URQUIZA, L.M.de F.P. **Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no estado de São Paulo**. Dissertação de mestrado em Saúde Mental, FCM/Unicamp, Campinas, 1991.

natureza psíquica ou mental da loucura, no século XIX, mais apropriado ao uso do termo psicopatologia:

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

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

3. Filantropia e os hospitais administrados por praticantes do espiritismo no Brasil

Allan Kardec, no século XIX na França, construiu uma doutrina religiosa, que inclui concepções sobre a doença mental e uma proposta de tratamento moral religioso. Kardec não formulou a doutrina com o interesse de luta aberta no campo médico psiquiátrico, nem teve a intenção de transformar-se 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.

A maior prova histórica de que se dispõe, pouco valorizada entre os estudiosos da religião nesse contexto, foi o projeto de iniciativa de um médico convertido ao espiritismo, Bezerra de Menezes, que levantou a primeira base do espiritismo enquanto uma religião dentro da estrutura do campo religioso brasileiro, quando abertamente concorreu no campo das terapêuticas. Vale lembrar que, no início do século XX, a luta pessoal de cunho político desse médico no Rio de Janeiro e o seu projeto ideológico de cunho pessoal religioso formaram os elementos de representações sociais sobre as dissensões entre o espiritismo científico e o espiritismo religioso (WARREN, 1984), que confluíram, a partir dos anos 50, à legitimação do Espiritismo pelo estatuto de religião na sociedade brasileira (GIUMBELLI, 1997). Assim, pode-se inferir, como hipótese inicial, que nas décadas seguintes, pela organização de alguns médicos espíritas, o projeto espírita efetivar-se-ia com as organizações psiquiátricas, alvo estratégico dos espíritas no campo religioso brasileiro.

O empreendimento espírita no Brasil emergiu dessas condições sociais de institucionalização de um tipo de espaço, que possibilitava associar o exercício das práticas médicas ao exercício das práticas espíritas, promulgado desde as atividades terapêuticas receitistas de Bezerra de Menezes, praticadas exclusivamente em espaço religioso. Seria importante frisar que os estudos realizados por WARREN (1984), a respeito das atividades

de Bezerra de Menezes, mostram um aspecto da questão religiosa, não necessariamente enquadrados no argumento deste texto, que se insere num contexto de atividades médicas híbridas praticadas em espaços híbridos no Brasil. Será mostrada, em seguida, a importância desta discussão para caracterizar a origem e a natureza desse tipo de instituições psiquiátricas em interação com o campo religioso.

Porém, se antes dos anos 50, antes portanto do processo social de legitimação do espiritismo como religião, tendo sido possível, mesmo que ilegalmente, o exercício terapêutico espírita em espaços ainda não considerados religiosos, deve-se considerar para uma versão da emergência dos hospitais psiquiátricos espíritas no Brasil, a crescente política previdenciária estatal dos anos 30, que abarcava a assistência médica, dada as relações dos hospitais com a expansão das entidades filantrópicas e assistenciais, após a década de 1940. Trata-se de um momento histórico - pós-30 -, bastante distinto do período colonial e do século XIX, anteriormente discutidos.

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.

Está-se de acordo que no período colonial brasileiro, as Santas Casas de Misericórdia, enquanto espaços benemerentes, prestavam serviços à população cuidando dos enfermos sob comando da Igreja Católica. A participação da religião nessa circunstância limitava-se, nesse período, a atos religiosos, sem pressupor, no entanto, uma terapêutica para a saúde física e mental dos doentes, além do que havia escassez de médicos formados no Brasil.

Entretanto, diante dessa hipótese de trabalho, essas instituições sociais, estruturadas no passado colonial até o século XIX, favorecem a organização dos hospitais espíritas que, na metade dos século XX, inserem-se no contexto do campo organizado da saúde. Sugere-se que há relações simultâneas destes hospitais com a institucionalização da

política de saúde e da assistência social do segundo período Vargas, com o reconhecimento oficial do espiritismo como religião. Ao tomar a prática da caridade como pressuposto de sua doutrina, favorece-se os elos com as instituições de natureza filantrópica, que ocupam espaços na produção de serviços médicos hospitalares.

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

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

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

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

Assim, quando particular, ela se caracteriza pelas iniciativas institucionalizadas em organizações sem fins lucrativos, direcionadas a dificuldades específicas (crianças, terceira idade, deficientes e portador de necessidades especiais e migrantes) e, quando

pública, tem historicamente o estatuto de política social. Somente a partir da Constituição de 1988 é que as políticas dessa área começam a emergir enquanto políticas públicas, com a exigência de responsabilidades, compromisso e orçamento próprio.

Se essa via híbrida dos movimentos do Estado - contornando a falta de política estatal para a assistência social e a responsabilidade para com o setor social do país -, gera as responsabilidades com as parcerias para assistir os excluídos (a grande parcela da população brasileira), os hospitais espíritas podem tomar o caráter dessas organizações nessas condições, embora assista uma população relativamente pequena em número.

Ainda que não mencionada pela autora, os hospitais espíritas identificam-se com essas organizações hospitalares descritas pela autora na forma classificatória de ajuda institucionalizada *in hoc*. Entretanto, há outras interpretações sobre a atuação das entidades filantrópicas na sociedade brasileira.

Embora haja um estudo bem recente realizado pela equipe de pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ (BARBOSA E ALLI, 2002) cuja abordagem atualiza de modo quantitativo os dados sobre os hospitais filantrópicos no Brasil, não se destacaram, em seus resultados, possíveis associações entre hospitais filantrópicos e, por exemplo, os valores sociais envolvidos por seus administradores do campo religioso. Por outro lado, LANDIM (1993) acrescenta informações importantes, resultantes das reflexões e estudos sobre as organizações sociais comumente denominadas de sem fins lucrativos, não governamental ou entidades filantrópicas. Apresenta uma versão histórica desde o período colonial até os dias de hoje, confirmando as descrições de MACHADO (1978), MESTRINGER (2001), BIRMAN (1978) E COSTA (1989). A autora enfatiza a história da assistência social e da filantropia, aproximando-se da história das ações da Igreja Católica no país. Até a Proclamação da República, a Igreja Católica modelava a sociedade por quase quatro séculos, quando

vigorou no Brasil o regime de padroado concedido pelo papado à coroa portuguesa (...) dentro do modelo de cristandade predominante à época das conquistas coloniais, essas eram revestidas do caráter de cruzadas para a conversão de novos povos, e os reis de Portugal recebiam da Santa Sé a atribuição do controle sobre a Igreja também nas novas terras, exercendo aí ao mesmo tempo o governo civil e religioso (...) Na história do Brasil, sendo o catolicismo a religião

oficial do Estado, a Igreja católica que se implantou no Brasil via Portugal foi uma peça fundamental na legitimação do poder político do Estado colonizador, contribuindo para a montagem e consolidação dessa sociedade colonial de perfil patriarcal e autoritário (LANDIM, 1993, p.12).

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

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

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

Essas afirmações, sobre a Igreja Católica e sua hegemonia no campo religioso, complementam aquelas informações de GUEDES (1988), mas divergem, na forma conclusiva, quando a autora apresenta a possibilidade de comensurar, pelo conceito de filantropia, as atividades voluntárias e religiosas desde o período colonial, estruturadas a

partir de um modelo oficial presente no desenvolvimento da história brasileira até as mudanças políticas nas primeiras décadas do século XX. Essas mudanças, para ela, deram-se pelas idéias liberais, que entram no país em finais do século XVIII, marcando o processo de independência política num terreno de escravismo e patriarcalismo. Tais características serviram para ela justificar o desenvolvimento industrial brasileiro, mas que não propiciaram a emergência de associações voluntárias, autônomas e prestadoras de serviços de caráter público.

Na década de 30, as entidades sem fins lucrativos foram incentivadas, mas sempre passaram pelos espaços da ação social da Igreja Católica. A Igreja se fortaleceu quando, ao garantir seus privilégios na Constituição de 1934, estendeu suas ações políticas para a sociedade civil, ratificando a reconhecida vocação de hegemonia espiritual sobre o povo brasileiro e disseminando os valores católicos na sociedade. Dessa forma, conclui a autora, colabora com o Estado para a manutenção da ordem social.

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

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

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

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

(...) Como se viu, esse conjunto que contém as entidades mais antigas e tradicionais, sempre presentes numa sociedade de políticas sociais ineficientes e de muita religiosidade: são as que se dedicam à prestação de serviços de natureza diversa a grupos fragilizados da população como crianças abandonadas, idosos, deficientes físicos e mentais, alcoólatras, desempregados, os que se encontram na linha da pobreza absoluta, etc. (...) embora as ONGs não têm uma história consistente de atuação com segmentos 'marginalizados' das atividades produtivas, preferindo o universo do trabalho, as entidades de assistência social, por sua vez, estão geralmente distantes dos valores da 'militância' e do campo dos movimentos sociais organizados. Não parecem apresentar maiores problemas de relacionamento com órgãos governamentais sendo clientes, ao menos virtualmente, de seus recursos. Estão certamente mais próximas tanto da filantropia empresarial quanto das doações individuais e mais distantes da cooperação internacional que se desenvolveu nos últimos 20 anos (...) são no geral menos profissionalizadas e o trabalho voluntário parece ter aí mais peso e valor simbólico. Nascem e se desenvolvem, como se viu, à sombra da religião, durante mais de três séculos, sob o monopólio quase exclusivo da Igreja Católica, seguindo-se uma diversificação sobretudo com as várias igrejas Protestantes e os grupos Espíritas (LANDIM, 1993, p.35).

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

Por outro lado, se a Igreja e os grupos religiosos foram fundamentais na criação das organizações sem fins lucrativos pela via da assistência social, saúde e educação - reconhecendo a importância do papel da Igreja Católica na criação dessas entidades, tanto

na vertente filantrópica quanto na vertente associativa, baseados em ideários individualistas e igualitários -, confessa a autora valer ainda perguntar:

Qual o peso, no mundo das iniciativas filantrópicas ou assistenciais, de outros grupos religiosos presentes na cena nacional, os incontáveis grupos pentecostais, grupos espíritas (kardecistas) os terreiros afro-brasileiros (...) todos essas religiões possuem uma ação social desenvolvida espalhada capilarmente pela sociedade e realizada por entidades sem fins lucrativos com personalidade jurídica própria e relativa autonomia (creches, orfanatos, asilos, centros de assistência social), são grupos mais próximos das culturas populares (..) são grupos com pouca visibilidade e estão quotidianamente lá onde o Estado, nem os movimentos sociais organizados, penetram (LANDIM, 1993, p,43).

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

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

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

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

Também mencionou a importância dos passes e das irradiações, cujos fins terapêuticos para curar doenças ofertava-se ao lado da desobsessão para tratamento de perturbações comportamentais e mentais, junto com as operações espirituais eventualmente realizadas pelas mãos de um médium. Pelas palavras do autor, que ratificam os argumentos

deste estudo: “a medicina e o espiritismo estabeleceram relações de conflitos e afinidades que merecem ser um dia estudadas em toda a sua complexidade”. (GIUMBELLI, 1995, p.13)

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

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

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

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

anos, tendem a ser interpretados por atividades filantrópicas de caráter de assistência social à saúde mental.

4. Características dos hospitais espíritas no Estado de São Paulo

Expõe-se, a seguir, algumas características dos 26 hospitais espíritas, visitados durante esta pesquisa (cf. Quadro 1). Todos os hospitais foram fundados por espíritas kardecistas, ligados aos centros espíritas fundadores. Não se trata aqui de reconstituir historicamente esses hospitais, mas apenas de traçar-lhes as características, uma vez que este levantamento serviu de suporte para a escolha de um desses para estudo.

Em número absoluto, são somados os profissionais de saúde nos hospitais em torno de 4300, contra 950 agentes religiosos espíritas (cf. Quadro 2), neles atuantes para o atendimento de em torno de 6500 pacientes acometidos de transtornos mentais (cf. Quadro 3).

A respeito da iniciativa de empreender uma entidade jurídica, registra-se em mais ou menos 70% dos hospitais uma pessoa (ou casal) espírita, ou um pequeno grupo de adeptos da doutrina que, através de mensagens de espíritos provenientes do além, ordenaram a missão de construir espaços para a prática de caridade aos necessitados. Sempre motivados por esse sentimento de promoção benemerente, a missão espiritual estabeleceu como parâmetro o espaço médico, extensivo ao centro espírita mantenedor. As pessoas carentes eram as mais beneficiadas, especialmente aquelas que necessitavam de cuidados especiais, excluídas do convívio social, como os portadores de doenças mentais. Em todos os casos, os hospitais cuidavam de clientela diferenciadas, entre pacientes crônicos, agudos, que são somados em torno de 50% na totalidade.

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

| Ano de fundação | Frequência | Cidades |
|-----------------|------------|--|
| 1930-1939 | 2 | São Paulo, Araçatuba, Franca |
| 1940-1949 | 4 | Ribeirão Preto, Birigui, Marília, Bauru, |
| 1950-1959 | 8 | São Paulo, Guarulhos, Amparo, Itapira, Espírito Santo do Pinhal, Araras, São José do Rio Preto, Penápolis. |
| 1960-1969 | 4 | São Paulo, São Bernardo do Campo, Araraquara, Presidente Prudente. |
| 1970-1979 | 4 | São Paulo, Catanduva, Presidente Prudente, São José dos Campos. |
| 1980-1989 | 1 | Americana |
| Total | 26 | |

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

Quadro 2

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

| Hospitais espíritas | Pessoal administrativo | Profissionais técnicos | Voluntários espíritas | Total |
|---------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-------|
| São Paulo | 7 | 13 | 15 | 35 |
| Araçatuba | 30 | 75 | 10 | 115 |
| Franca | 30 | 150 | 60 | 240 |
| R. Preto | 20 | 100 | 30 | 150 |
| Marília | 33 | 52 | 50 | 135 |
| Bauru | 60 | 290 | 80 | 430 |
| São Paulo | 19 | 23 | 25 | 67 |
| Guarulhos | 200 | 1524 | 150 | 1874 |
| Amparo | 45 | 48 | 45 | 138 |
| Itapira | 120 | 580 | 20 | 720 |
| E. S. Pinhal | 75 | 145 | 20 | 240 |
| Araras | 130 | 470 | 30 | 630 |
| S. J. Rio Preto | 47 | 133 | 15 | 195 |
| Penápolis | 20 | 36 | 70 | 126 |
| São Paulo | 5 | 55 | 88 | 148 |
| S. B. Campo | 54 | 46 | 25 | 125 |
| Araraquara | 30 | 130 | 30 | 190 |
| P.Prudente | 20 | 25 | 15 | 60 |
| São Paulo | 7 | 18 | 15 | 40 |
| Catanduva | 23 | 92 | 0 | 115 |
| P.Prudente | 50 | 180 | 60 | 290 |
| S.J. Campos | 15 | 81 | 70 | 166 |
| Americana | 30 | 55 | 30 | 115 |
| Totais | 1070 | 4321 | 953 | 6344 |

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

Quadro 3

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

| Hospitais espíritas | Pacientes crônicos | Pacientes agudos | Total |
|---------------------|--------------------|------------------|-------|
| São Paulo | 25 | 0 | 25 |
| Araçatuba | 40 | 110 | 150 |
| Franca | 140 | 70 | 210 |
| R. Preto | 54 | 246 | 300 |
| Marília | 120 | 160 | 280 |
| Bauru | 200 | 220 | 420 |
| São Paulo | 15 | 31 | 46 |
| Guarulhos | 663 | 650 | 1313 |
| Amparo | 45 | 258 | 303 |
| Itapira | 160 | 680 | 840 |
| E. S. Pinhal | 60 | 270 | 330 |
| Araras | 580 | 120 | 700 |
| S. J. Rio Preto | 200 | 0 | 200 |
| Penápolis | 23 | 55 | 78 |
| São Paulo | 190 | 0 | 190 |
| S. B. Campo | 54 | 94 | 148 |
| Araraquara | 30 | 170 | 200 |
| Pres.Prudente | 80 | 0 | 80 |
| São Paulo | 30 | 0 | 30 |
| Catanduva | 40 | 100 | 140 |
| Pres.Prudente | 160 | 160 | 320 |
| S.J. Campos | 65 | 95 | 160 |
| Americana | 58 | 60 | 118 |
| Totais | 3032 | 3549 | 6581 |

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

Aquelas organizações que mais continham pacientes crônicos revelavam um tipo de hospital mais asilar, enquanto aquelas que privilegiaram o atendimento de pacientes agudos, de passagem pelo hospital e mantidos pelo SUS num período determinado de no máximo 60 dias, revelaram um tipo de hospital voltado mais às atividades próximas da atual política de saúde, que privilegiava a desospitalização, embora os pacientes crônicos (geralmente sem famílias) tinham, no hospital, o seu lar.

Do ponto de vista jurídico os hospitais espíritas eram entidades registradas como religiosas ou filantrópicas sem fins lucrativos. Também algumas dessas instituições mantinham o registro de sociedade civil, ora junto aos cartórios de notas como entidades de utilidade pública, ora como empresas filantrópicas voltadas à área da saúde. Todas, no entanto, possuíam um estatuto interno de funcionamento, fiscalizado e aprovado pelo Ministério da Saúde ou pelo órgão responsável no Estado de São Paulo.

Em recente trabalho, BARBOSA (2002) e outros realizaram pesquisa com hospitais filantrópicos no Brasil. Apontaram os tipos de regulação jurídica que sedimentavam a regulamentação do setor filantrópico através das concessões do Certificado de Filantropia, no seguinte termo: CEAS a partir de 2002, para aquelas entidades que prestassem serviços em mais de 60% ao SUS. Antes do período de 1998, a LOAS/1993 isentava das contribuições previdenciárias, segundo o Decreto 752 de 1993. Nesse ficou definido o conceito de entidade beneficente de assistência social e as condições para a obtenção do Certificado.

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

para garantir, aos que optaram por contrato com o Estado, a contratação de equipes multidisciplinares de saúde, cujo tamanho seria proporcional ao número de leitos. Cinco hospitais não conseguiram manter as exigências e fecharam.

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

No interior dos hospitais visitados 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. 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 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. Conforme o tipo de paciente (cf. QUADRO 3), os passes eram aplicados de modo diferenciado a pacientes crônicos e agudos.

Tirou-se um primeiro perfil do hospital administrado por espíritas, exemplificado por um dentre eles, como caso extremo. Esse hospital exemplar dispunha de 210 leitos a pacientes internos, sendo 140 moradores (crônicos) e os demais reincidentes para tratamento da doença mental na forma aguda. Assistia 70 pacientes, de modo geral, em tratamentos espirituais. Esse percentual (37% dos internos) era o mais elevado entre os

demais hospitais visitados. Porém havia um outro elemento que o qualificava como exemplar: os conflitos entre as práticas terapêuticas exercidas no interior do hospital.

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

O segundo perfil dos hospitais administrados espíritas pode ser exemplificado de modo radicalmente oposto à organização descrita acima. Inicialmente mantidos por espíritas, dois dos hospitais visitados apresentaram-se compostos pela administração de uma equipe técnica. A atuação dos praticantes do espiritismo da diretoria passada passa a ser controlada pela equipe técnica, inclusive o acesso ao interior do hospital. Não se encontrou ali tratamento de desobsessão, nem salas especiais para passes, mas somente aos sábados, num deles, por um período de duas horas, os dirigentes espíritas realizavam a 'evangelhoterapia' em lugares não determinados. Os motivos principais declarados sobre a escolha do grupo fundador pela administração técnica do hospital foi explicado em função da morte de um de seus principais missionários fundadores, razão pela qual "*afrouxaram-se os laços na equipe dos religiosos*", segundo informações obtidas de um psicólogo, chefe da equipe técnica.

Embora esses dois perfis de hospitais possam contribuir para se obter um panorama geral dos hospitais espíritas no Estado de São Paulo é bom lembrar que outras instâncias disputam legitimidades e influem indiretamente sobre a organização e

manutenção dessas entidades religiosas voltadas à promoção da saúde mental: 1) o Estado e a Associação das Santas Casas de Misericórdia (como se viu, em defesa da filantropia); e 2) Associação Médica *versus* Associação Médica Espírita.

Na primeira instância, os interesses particulares estão contidos nos projetos de política de saúde mental, impostos às entidades filantrópicas de um lado – a reforma fiscal - e aos hospitais psiquiátricos de outro – a reforma psiquiátrica -, que atinge todos os hospitais, filantrópico ou não, do SUS ou particular. No segundo caso os interesses de grupo se reduzem aos interesses da corporação médica, cujas disputas no interior do campo configurado de relações de forças entre agentes, saberes e práticas, manifestam-se no espaço hospitalar em torno de conflitos e tensões de poder. É onde se configuram um cenário de lutas de um bloco emergente de agentes sociais, que buscam legitimar práticas terapêuticas espíritas, tendo por seus aliados profissionais de saúde adeptos ou praticantes da religião, voluntários ou ainda praticantes religiosos na direção do hospital. Eles disputam espaços de atuação com os agentes da saúde, que já conquistaram a legitimidade de suas terapêuticas fundadas no saber psiquiátrico, isto é, os psiquiatras e profissionais de saúde não-espíritas.

Capítulo III:

As concepções do mundo espíritas

Este capítulo enfatiza a composição do *habitus* letrado relacionado ao espiritismo kardecista. Compreende-se que a atividade literária espírita contribui para a formação e acúmulo do capital cultural do espiritismo, cuja natureza doutrinária e cientificista é reafirmada ou se reatualiza permanentemente pelos ensinamentos básicos de Allan Kardec nas escolas espíritas.

Analisa-se, em seguida, na doutrina de KARDEC (1993, 1994a, 1994b, 1996, 1997), as explicações da doença em geral, das doenças espirituais (deficiência mental e loucura) e das terapias e cura espirituais. Depois verifica-se, nos escritos de MENEZES (1988), a origem das dissensões entre o espiritismo científico e o espiritismo religioso, emergidas do movimento espírita brasileiro pela formulação de um projeto de psiquiatria espírita. Das psicografias mediúnicas elaborados no Brasil por Francisco Cândido Xavier (Chico Xavier), especialmente pela autoria do espírito do médico André Luiz, são examinados os valores religiosos espirituais ajustados ao espaço médico-espírita. Finalmente, são analisados, também, através de uma bibliografia selecionada, os escritos contemporâneos de alguns médicos, que atuam como intelectuais orgânicos kardecistas no âmbito do público letrado, especialmente médico.

1. A cosmovisão kardequiana das doenças: aflições e sofrimentos gerais

Destaca-se que a noção de doença desenvolvida na obra de Allan Kardec não tem o mesmo significado de doença adotado na medicina pelo modelo biomédico. No modelo biomédico está pressuposta a materialidade da doença no corpo, enquanto para Kardec a 'doença' obedece a um modelo espiritual.

CAPRA (1988, p.116-134) acredita como, na história da ciência ocidental, o desenvolvimento da medicina acompanhou o desenvolvimento da biologia e formou o modelo biomédico. Nesse modelo o autor prepondera uma concepção de mundo mecanicista. A atitude médica segue o paradigma cartesiano em relação à saúde e à doença, cujos valores biomédicos tornam-se alicerce de todo pensamento médico-científico. Nessa cosmovisão de mundo, o corpo humano é visto como uma máquina, analisado por suas peças em funcionamento, em que a doença é resultado de um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que podem ser descobertos e estudados pela fisiologia. Nesse sentido, a prática médica intervém física e quimicamente para consertar o defeito do mecanismo enguiçado. Vê-se, em seguida, como Allan Kardec confronta-se com esse modelo materialista da doença e segue-se em compreensão de seu entendimento na construção de um modelo espírita da doença.

De modo geral, para Kardec, a doença sempre diz respeito às vicissitudes espirituais terrenas, à inferioridade no mundo e à hereditariedade, dada a crença na preexistência das almas em vidas passadas:

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

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

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

Do mesmo modo, o espiritismo concebe a doença por um princípio de causalidade, princípio este dotado de um sentido diverso do princípio de causalidade utilizado na medicina, que mantém uma racionalidade médica sobre a cura da doença corporal (CAPRA, 1988, p.218). A causalidade no modelo biomédico é material e a causalidade no modelo espírita, junto à crença na reencarnação, forma o conjunto de elementos do modelo espiritual da doença no espiritismo. Allan Kardec deduz do princípio de causalidade o princípio da reencarnação: “Quando uma aflição não é consequência dos atos da vida presente, deve-se-lhe buscar a causa numa vida anterior” (KARDEC, 1997, p.430).

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

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

Não há na doutrina espírita, como sugere Allan Kardec, um naturalismo do ponto de vista materialista. Quando conforma as doenças às leis da natureza, verifica-se que natureza no espiritismo tem um significado que se refere às doenças causadas em vidas passadas e, portanto, o que existe é uma crença consolidada na existência de doenças espirituais.

1.1. Doenças espirituais: deficiência mental e loucura

O momento mais evidente de uma concorrência implícita que, em Allan Kardec, manifesta-se os valores espirituais ligados às 'doenças' e aos seus respectivos tratamentos, encontra-se no uso recorrente que faz sobre a definição de 'deficiência mental', uma doença incurável do ponto de vista material, cuja causa, para o espiritismo, está dada em outra vida e torna-se, por isso, um exemplo em maior grau da prova da reencarnação:

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

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

Os sofrimentos devidos a causas anteriores à existência presente, como os que se originam de culpas atuais, são muitas vezes a consequência da falta cometida, isto é, o homem, pela ação de uma rigorosa justiça distributiva, sofre o que fez sofrer aos outros. Se foi duro e desumano, poderá ser a seu turno tratado duramente e com desumanidade; se foi orgulhoso, poderá nascer em humilhante

condição; se foi avaro, egoísta, ou se fez mau uso de suas riquezas, poderá ver-se privado do necessário; se foi mau filho, poderá sofrer pelo procedimento de seus filhos, etc. Assim se explicam pela pluralidade das existências e pela destinação da Terra, como mundo expiatório, as *anomalias* que apresenta a distribuição da ventura e da desventura entre os bons e os maus neste planeta. Semelhante anomalia, contudo, só existe na aparência, porque considerada tão-só do ponto de vista da vida presente. Aquele que se elevar, pelo pensamento, de maneira a apreender toda uma série de existências, verá que a cada um é atribuída a parte que lhe compete, sem prejuízo da que lhe tocará no mundo dos Espíritos, e verá que a justiça de Deus nunca se interrompe (KARDEC, 1997, p.102; comentários do autor, Capítulo 5 “Bem-aventurados os aflitos”, item 7 “Causas anteriores das aflições”; grifos do autor da tese).

Pode-se deduzir, segundo a doutrina de Kardec que, dado um corpo portador de uma deficiência incurável e não existindo nem tratamento médico, nem tratamento espiritual que possa mudar tal situação dada, uma vez incurável e incomunicável, para Allan Kardec, os defeitos orgânicos no corpo defeituoso não são efeitos causados pelo próprio organismo defeituoso, mas acredita ser causa espiritual, principalmente quando certificado pelos próprios 'espíritos':

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

“Os que habitam corpos de idiotas são Espíritos sujeitos a uma punição. Sofrem por efeito do constrangimento que experimentam e da impossibilidade em que estão de se manifestarem mediante órgãos não desenvolvidos ou desmantelados (KARDEC, 1993, p.207; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (n.372) de Allan Kardec: “*Que objetivo visa a providência criando seres desgraçados, como os cretinos e os idiotas?*”).

Nessa lógica espírita, que aceita a alma (que a medicina materialista descarta) em relação fundamental com o corpo, não há interesse de entendimento do corpo defeituoso por uma interpretação médica, em que o problema situa-se em função exclusivamente de explicações de cunho mecanicista e orgânico. O interesse pragmático em oferecer uma alternativa terapêutica de cunho religioso participa da pretensão espírita em demonstrar a cientificidade do espiritismo pela legitimidade do princípio reencarnacionista, que se configura quando associado a um princípio universal, como se verá logo adiante. No caso

das deficiências mentais, a função terapêutica opera de modo simbólico, junto ao campo científico. Não interessa descartar os conhecimentos médicos adquiridos nesse âmbito, pois aí está o modo em que Allan Kardec pretendeu demonstrar com maior evidência a institucionalização de uma ciência espírita: fazia mais sentido corresponder as teorias kardecistas com as teorias vigentes das ciências físicas, do que com as teorias da medicina. Não sendo seu interesse o confronto aberto com a Psiquiatria de sua época, por isso mesmo não descartou a possibilidade de uma via de mão dupla no processo de verificação e observação médica sobre os casos de cura. Entre o corpo e a faculdade do espírito (no sentido dado pelo espiritismo), o que lhe interessava valorizar nesse momento de reflexão sobre a doença incurável era o conjunto de elementos que estruturava a crença científica na existência do espírito, justamente presente na condição do estatuto teórico do espiritismo:

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

(...)convém não perder de vista que, assim como o Espírito atua sobre a matéria, também esta reage sobre ele, dentro de certos limites, e que pode acontecer impressionar-se o espírito temporariamente com a alteração dos órgãos pelos quais se manifesta e recebe as impressões. Pode mesmo suceder que, com a continuação, durando longo tempo a loucura, a repetição dos mesmos atos acabe por exercer sobre o Espírito uma influência, de que ele não se libertará senão depois de se haver libertado de toda impressão material (KARDEC, 1993, p.208; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (n.378) de Allan Kardec: “*Então, o desorganizado é sempre o corpo e não o Espírito?*”).

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

O fluido cósmico universal é, como já foi demonstrado, a matéria elementar primitiva, cujas modificações e transformações constituem a inumerável variedade dos corpos da Natureza. Como princípio elementar do Universo, ele assume dois estados distintos: o de eterização ou imponderabilidade, que se pode considerar o primitivo estado normal, e o de materialização ou de ponderabilidade, que é, de certa maneira, consecutivo àquele. O ponto intermédio é o da transformação do fluido em matéria tangível. Mas, ainda aí, não há transição brusca, porquanto podem considerar-se os nossos fluidos

imponderáveis como termo médio entre os dois estados (KARDEC, 1995, p. 273-74; comentários do autor, Capítulo 14 “Os fluidos”, item “Natureza e propriedade do fluido: elementos fluídicos”).

Decorrente do princípio espiritual universal, nascia assim o princípio vital, sempre a partir de uma proposta cosmológica do Universo:

A matéria cósmica primitiva continha os elementos materiais, fluídicos e vitais de todos os universos que estadeiam suas magnificências diante da eternidade. (...) A substância etérea, mais ou menos rarefeita, que se difunde pelos espaços interplanetários; esse fluido cósmico que enche o mundo, mais ou menos rarefeito, nas regiões imensas, opulentas de aglomerações de estrelas; mais ou menos condensado onde o céu astral ainda não brilha; mais ou menos modificado por diversas combinações, de acordo com as localidades da extensão, nada mais é do que a substância primitiva onde residem as forças universais, donde a Natureza há tirado todas as coisas. Esse fluido penetra os corpos, como um oceano imenso. É nele que reside o *princípio vital* que dá origem à vida dos seres e a perpetua em cada globo, conforme à condição deste, princípio que, em estado latente, se conserva adormecido onde a voz de um ser não o chama. Toda criatura, mineral, vegetal, animal ou qualquer outra - porquanto há muitos outros reinos naturais, de cuja existência nem sequer suspeitais - sabe, em virtude desse princípio vital e universal, apropriar as condições de sua existência e de sua duração (KARDEC, 1995, p.115-6; comentários do autor, Capítulo 6 “Criação universal”, item 17 “A criação universal”. Grifos do autor da tese).

De fato pode-se observar variados graus de deficiência mental, endossados por Allan Kardec, que os distingue por concepções de estado normal e patológico em que se encontra o espírito. Normal e patológico, no espiritismo, não tem o mesmo significado na medicina biomédica. Conforme CANGUILHEM (1978), a normalidade é uma constante biológica, definida em relação ao estado mórbido (patológico), uma variação quantitativa dos fenômenos fisiológicos. E a medicina, nessas condições, é uma técnica que se utiliza dos resultados da ciência a serviço da normas da vida, pela restauração do normal. No espiritismo a normalidade tem por base as noções de espírito e de reencarnação desse espírito, pois trata-se de diferenciar a condição de responsabilização da pessoa por seus atos, sendo o estado normal associado à prática do bem, no sentido moral, capaz de aperfeiçoar o espírito e de vencer os obstáculos corporais da matéria:

Importa se distinga o estado normal do estado patológico. No primeiro, o moral vence os obstáculos que a matéria lhe opõe. Há, porém, casos em que a matéria oferece tal resistência que as manifestações anímicas ficam obstadas ou desnaturadas, como nos de idiotismo e de loucura. São casos patológicos e, não gozando nesse

estado a alma de toda a sua liberdade, a própria lei humana a isenta da responsabilidade de seus atos (KARDEC, 1993, p. 207; comentários do autor à pergunta 372: “*Que objetivo visa a providência criando seres desgraçados, como os cretinos?*”).

Mas, nessa versão espírita da deficiência mental, as dificuldades de comunicação (física) por que passa o espírito (encarnado num corpo com defeito mental) está associada a uma explicação religiosa de que no passado usou inadequadamente sua inteligência, numa palavra, abusou de suas faculdades intelectuais. Essa explicação kardequiana de cunho religioso pressupõe uma concepção metafísica de crença no espírito, relacionando falta de moralidade do espírito (no passado de outra vida) a uma causa espiritual e, por isso, nessa vida encontram-se, nos deficientes mentais, tais faculdades estacionadas. Nessas circunstâncias, enquanto o tratamento médico não tem nenhuma eficácia para uma mudança da situação genética atual, a terapia espírita alcança as condições ideais para o trabalho espiritual, pois cria a possibilidade de traduzir a eficácia simbólica da cura moral do espírito, uma vez a possibilidade de normalizar o estado patológico atual pela reencarnação seguinte através de corpos menos defeituosos. O tratamento será eficaz graças ao próprio médium, que atua na terapêutica como meio na comunicação espiritual. Diante desse modo de atingir a normalidade (do médium), nesse sentido, a normalidade (espiritual) funda a eficácia na terapêutica espírita, que pressupõe a comunicação com os espíritos moralmente defeituosos e passíveis de cura espiritual:

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

A superioridade moral nem sempre guarda proporção com a superioridade intelectual e os grandes gênios podem ter muito que expiar. Daí, freqüentemente, lhes resulta uma existência inferior à que tiveram e uma causa de sofrimentos. Os embaraços que o Espírito encontra para suas manifestações se lhe assemelham às algemas que tolhem os movimentos a um homem vigoroso. Pode dizer-se que os cretinos e os idiotas são estropiados do cérebro, como o coxo o é das pernas e dos olhos o cego (KARDEC, 1993, p.208; comentários do autor à seguinte pergunta (373a): “*Pode assim o corpo de um idiota conter um Espírito que tenha animado um homem de gênio em precedente existência?*”).

Se para Allan Kardec os conceitos de patologia e normalidade têm significados de correspondência no interior do campo religioso, o mesmo não se verifica sobre os casos de loucura, quando passa a referir na realidade social a materialidade corporal da doença mental, passível de ser adquirida pelos médiuns. Dizendo de outro modo, se os portadores de deficiência mental portam defeitos congênitos por agirem em vidas passadas contra a lei de Deus, na alienação mental em geral também é possível estar associado às conclusões semelhantes, porém, a visão espírita recorre à loucura referindo-se à doença do espírito, conjugando-se à visão médica organicista de época, sob o conceito de loucura no campo médico:

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

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

O uso da definição de loucura como uma predisposição orgânica indica que Allan Kardec não descarta o modelo médico vigente para diagnosticar a loucura no campo religioso, quando neste atua "médiuns de toda sorte" (KARDEC, 1993, p. 41).

No entanto, para separar nitidamente o uso espírita sobre o problema mental, quando apresenta a obsessão correspondendo ao significado de moléstia, Allan Kardec faz diagnóstico dirigido ao espírito, que passa por sofrimento moral, conformando assim um modelo nosológico espiritual:

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

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

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

Essa última advertência (dos espíritos), tendo em conta a emergência de uma medicina psiquiátrica organicista na França, chama atenção para o fato de reclamar, de maneira ideológica, a eficácia espírita num campo médico de tratamento das afecções mentais, colocando em jogo técnicas que concorrem com as técnicas utilizadas pela medicina psiquiátrica (que não curam).

Discussão idêntica será retomada quando da tentativa de implantar uma prática terapêutica espírita, veementemente desenvolvida no início do movimento espírita brasileiro no Rio de Janeiro com o médico psiquiatra Bezerra de Menezes. Antes de apresentar esse sistema de idéias do médico brasileiro no contexto da mediunidade será importante destacar na obra de Allan Kardec a abordagem teórica que corresponde à emergência do espiritismo enquanto uma religião científica, uma vez que uma proposta terapêutica religiosa (o exercício da mediunidade) concorre simbolicamente como modelo terapêutico psiquiátrico para o tratamento das enfermidades mentais em campos diferentes de atuação.

1.2. Perispírito e doença espiritual

Em seguida, observa-se a importância para o kardecismo do conceito de perispírito, cujas propriedades correspondem a um meio semimaterial, distinto portanto do corpo material e da alma. Pelo seu papel intermediário entre a matéria e o corpo, Kardec destaca as doenças perispirituais, discussão que complementa a visão espiritual das doenças na cosmovisão kardequiana.

Como se poderá ver, o conceito de fluido cósmico universal faz sentido no espiritismo pela relação conceitual estabelecida com a idéia de éter, conceito das ciências físicas utilizado por Allan Kardec com o intento de instituir o espiritismo científico. Pretendendo-se assim justificar a ação fluídica inerente ao exercício mediúnico, Kardec estrutura a mediunidade praticada por médiuns, principalmente a prece ou as práticas mediúnicas em sessões de desobsessões de espíritos inferiores (como se verá adiante, item 4 deste capítulo). Para tanto, Allan Kardec dá sentido ao termo fluido universal, estatuiendo-o como princípio espiritual na natureza, tomando-o por uma lei da natureza (espiritual) que, na verdade, para ele, deseja representar uma metodologia, uma regra de correspondência entre a fundamentação do tratamento moral da psiquiatria e o tratamento moral espírita sobre médiuns propensos à manifestações de loucura. É no processo de cura sobre uma possível loucura do médium, possível pelo exercício mediúnico dentro ou fora das regras doutrinárias religiosas, que atuam os fluidos de modo mecânico. Estruturados organicamente mais ou menos em todos os homens, dado que, para KARDEC (1994b), todos os homens são médiuns em diferentes graus e tais fluidos podem ser trocados. Especialmente aqueles que possuem a faculdade mediúnica de modo mais ostensivo, Allan Kardec pressupõe haver uma hereditariedade (espiritual), perante a crença consolidada na existência de duas naturezas existente no homem em geral, pelo qual decorre o corpo semimaterial (perispírito):

Há no homem três coisas: 1º, o corpo ou ser material análogo aos animais e animado pelo mesmo princípio vital; 2º, a alma ou ser imaterial, Espírito encarnado no corpo; 3º, o laço que prende a alma ao corpo, princípio intermediário entre a matéria e o Espírito. Tem assim o homem duas naturezas: pelo corpo, participa da natureza dos animais, cujos instintos lhe são comuns; pela alma, participa da natureza dos Espíritos. O laço ou *perispírito*, que prende ao corpo o

Espírito, é uma espécie de envoltório semimaterial. A morte é a destruição do invólucro mais grosseiro. O Espírito conserva o segundo, que lhe constitui um corpo etéreo, invisível para nós no estado normal, porém que pode tornar-se acidentalmente visível e mesmo tangível, como sucede no fenômeno das aparições. O Espírito não é, pois, um ser abstrato, indefinido, só possível de conceber-se pelo pensamento. É um ser real, circunscrito, que, em certos casos, se torna apreciável *pela vista, pelo ouvido e pelo tato* (KARDEC, 1993, p.23-4; Comentários e resumo de Allan Kardec na “Introdução ao estudo da doutrina dos espíritos”, item 6).

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

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

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

A alma não se acha encerrada no corpo, qual pássaro numa gaiola. Irradia e se manifesta exteriormente, como a luz através de um globo de vidro, ou como o som em torno de um centro de sonoridade. Neste sentido se pode dizer que ela é exterior, sem que por isso constitua o envoltório do corpo. A alma tem dois invólucros. Um, sutil e leve: é o primeiro, ao qual chamamos *perispírito*, outro, grosseiro, material e pesado, o corpo. A alma é o centro de todos os envoltórios, como o germen em um núcleo, já o temos dito (KARDEC, 1993, p. 107; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (141): “*Há alguma coisa*

de verdadeiro na opinião dos que pretendem que a alma é exterior ao corpo e o circunvolve?”).

O fluido perispirítico constitui, pois, o traço de união do Espírito e a matéria, enquanto aquele se acha unido ao corpo, serve-lhe ele de veículo ao pensamento, para transmitir o movimento às diversas partes do organismo, as quais atuam sob a impulsão da sua vontade e para fazer que repercutam no Espírito as sensações que os agentes exteriores produzam. Servem-lhe de fios condutores os nervos como, no telégrafo, ao fluido elétrico serve de condutor o fio metálico (KARDEC, 1995, p. 214; comentários do autor, Capítulo 11 “Encarnação dos espíritos”, item 17 “Encarnação dos espíritos”).

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

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

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

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

Trata-se de um elemento autônomo da vida intelectual humana e o perispirito não participa da tarefa intelectual, que está destinada ao espírito, enquanto este habita no

homem e dita regras da vida humana, de acordo com o seu adiantamento moral, podendo estar classificado, segundo os seus respectivos caracteres, entre espíritos superiores e inferiores:

A natureza do envoltório fluídico está sempre em relação com o grau de adiantamento moral do Espírito. Os Espíritos inferiores não podem mudar de envoltório a seu bel-prazer, pelo que não podem passar, a vontade, de um mundo para outro. Alguns há, portanto, cujo envoltório fluídico, se bem que etéreo e imponderável com relação à matéria tangível, ainda é por demais pesado, se assim nos podemos exprimir, com relação ao mundo espiritual, para não permitir que eles saiam do meio que lhes é próprio. Nessa categoria se devem incluir aqueles cujo perispírito é tão grosseiro, que eles o confundem com o corpo carnal, razão por que continuam a crer-se vivos. Esses Espíritos, cujo número é avultado, permanecem na superfície da Terra, como os encarnados, julgando-se entregues às suas ocupações terrenas. Outros um pouco mais desmaterializados não o são, contudo, suficientemente, para se elevarem acima das regiões terrestres. Os Espíritos superiores, ao contrário, podem vir aos mundos inferiores, e, até, encarnar neles. Tiram, dos elementos constitutivos do mundo onde entram, os materiais para a formação do envoltório fluídico ou carnal apropriado ao meio em que se encontrem. Fazem como o nobre que despe temporariamente suas vestes, para envergar os trajes plebeus, sem deixar por isso de ser nobre. É assim que os Espíritos da categoria mais elevada podem manifestar-se aos habitantes da Terra ou encarnar em missão entre estes. Tais Espíritos trazem consigo, não o invólucro, mas a lembrança, por intuição, das regiões donde vieram e que, em pensamento, eles vêem. São videntes entre cegos (KARDEC, 1995, p. 278; comentários do autor, Capítulo 14 “Os fluidos”, item 7 “Formação e propriedade do perispírito”).

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

Entre os escolhos que apresenta a prática do Espiritismo, cumpre se coloque na primeira linha a *obsessão*, isto é, o domínio que alguns Espíritos logram adquirir sobre certas pessoas. Nunca é praticada senão pelos Espíritos inferiores, que procuram dominar. Os bons Espíritos nenhum constrangimento infligem. Aconselham, combatem a influência dos maus e, se não os ouvem, retiram-se. Os maus, ao contrário, se agarram àqueles de quem podem fazer suas presas. Se chegam a dominar algum, identificam-se com o Espírito deste e o conduzem como se fora verdadeira criança. A obsessão apresenta

caracteres diversos, que é preciso distinguir e que resultam do grau do constrangimento e da natureza dos efeitos que produz. A palavra *obsessão* é, de certo modo, um termo genérico, pelo qual se designa esta espécie de fenômeno, cujas principais variedades são: a *obsessão simples*, a *fascinação* e a *subjugação* (KARDEC, 1994, p. 306; comentários do autor, Capítulo 23 “Do charlatanismo e do embuste”, item 237 “Da Obsessão”).

Se é ao médium a quem se destina orientar as doenças perispirituais também é a ele que serão direcionadas as explicações kardecistas sobre o modo como a doença espiritual imprime-se em seu corpo, induzindo processar a inversão (ou a conversão religiosa), de passividade obsessiva à atividade caritativa mediúnica. Esse esforço intelectual que faz enquanto médium, transforma-se, enquanto trabalhador religioso, em prática religiosa que atua nos casos de desobsessão. O médium aprende a distinguir o estado de normalidade por três possibilidades: obsessão simples, fascinação e subjugação:

Dá-se a obsessão simples, quando um Espírito malfazejo se impõe a um médium, e imiscui, a seu mau grado, nas comunicações que ele recebe, o impede de se comunicar com outros Espíritos e se apresenta em lugar dos que são evocados.(...) Na obsessão simples, o médium sabe muito bem que se acha presa de um Espírito mentiroso e este não se disfarça; de nenhuma forma dissimula suas más intenções e o seu propósito de contrariar. O médium reconhece sem dificuldade a 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. Podem incluir-se nesta categoria os casos de *obsessão física*, isto é, a que consiste nas manifestações ruidosas e obstinadas de alguns Espíritos, que fazem se ouçam, espontaneamente, pancadas ou outros ruídos.

(...) A fascinação tem 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. (...) Compreende-se facilmente toda a diferença que existe entre a obsessão simples e a fascinação; compreende-se também que os Espíritos que produzem esses dois efeitos devem diferir de caráter. Na primeira, o Espírito que se agarra à pessoa não passa de um importuno pela sua tenacidade e de quem aquela se impacienta por desembaraçar-se. Na segunda, a coisa é muito diversa. Para chegar a tais fins, preciso é que o Espírito seja destro, artiloso e profundamente hipócrita, porquanto não pode operar a mudança e fazer-se acolhido, senão por meio da máscara que toma e de um falso aspecto de virtude. Os grandes termos - caridade, humildade, amor de Deus - lhe servem como que de carta de crédito, porém, através de tudo isso, deixa passar sinais de inferioridade, que só o *fascinado* é incapaz de perceber. Por isso mesmo, o que o fascinador mais teme são as pessoas que vêem claro. Daí o consistir a sua tática, quase sempre, em inspirar ao seu intérprete o afastamento de quem quer que lhe possa abrir os olhos

(...) A subjugação é uma constrição que paralisa a vontade daquele que a sofre e o faz agir a seu mau grado. Numa palavra: o paciente fica sob um verdadeiro *jugo*. A subjugação pode ser *moral* ou *corporal*. No primeiro caso, o subjugado é constringido a tomar resoluções muitas vezes absurdas e comprometedoras que, por uma espécie de ilusão, ele julga sensatas: é uma como fascinação. No segundo caso, o Espírito atua sobre os órgãos materiais e provoca movimentos involuntários (KARDEC, 1994, p. 307-9; comentários do autor, Capítulo 23 “Do charlatanismo e do embuste”, item 237 “Da obsessão”).

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

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

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

Diante esses apontamentos, pode-se rever rapidamente a discussão inicial sobre transe e *possessão*, colocada desde BASTIDE (1967) até CAVALCANTI (1983).

No espiritismo há uma relação direta entre obsessão, possessão, espíritos encarnados, desencarnados e perispírito com a doença espiritual. Para BASTIDE (1971, 1972), o transe, não necessariamente pertencente ao campo religioso, é uma manifestação cultural dos cultos afro-brasileiros, pois os cultos são manifestações dos seus adeptos feitos às divindades e não aos espíritos. Não está em jogo a existência de espíritos, como no espiritismo o que vale mais é a comunicação entre de espíritos de reencarnações passadas, pressuposto de qualquer comunicação espírita.

O estado de transe e de possessão no candomblé não tem o mesmo sentido que o estado de transe e possessão do espiritismo. Essa distinção esclarece fundamentalmente os problemas levantados na revisão bibliográfica, em cuja síntese de CAVALCANTI (1983) viu-se estabelecer a problemática sobre a mediunidade e não o transe como categoria central no espiritismo.

Para o espiritismo kardecista, como se viu, o estado de transe identifica-se com a mediunidade do médium, cujos fluidos são controlados pelo médium quando educado pela doutrina kardecista. Trata-se de um controle individual que o adepto possui com o exercício da mediunidade, convicto de possuí-la. Mas também persuadido do mesmo controle individual por dominar as características mais significativas da crença consolidada na existência de doenças perispirituais, uma vez convertido racionalmente através da reprodução letrada, praticante do estudo da doutrina espírita, assim como já alertaram CAVALCANTI (1983) e LEWGOY (2000). A mediunidade passa a ser entendida como um controle pessoal sobre a doença do perispírito que, por sua vez, é orientada para o controle intelectual e ideológico sobre o fluido universal. Assim é que, na prática, o perispírito significa o fluido universal modificado “mais bem elaborado de que o médium possui conhecimento” (CAVALCANTI, 1983).

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

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

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

A problemática toma outro rumo quando nos anos 80 vigoram as práticas de cura alternativas como objeto de investigação. Investigadas como medicinas alternativas, as religiões mediúnicas ganham nova explicação interpretada por MONTERO (1985), como ideologia: trata-se de uma medicina mágica e popular que não se confunde com medicina oficial. Não se pode atribuir o estatuto de medicina alternativa às terapêuticas religiosas. LOYOLA (1984) complementa essa interpretação sociológica, mostrando o lado de atuação do campo médico, quando demonstra haver medicinas populares complementares à prática médica.

Mas somente com CAVALCANTI (1983) ver-se-á a mediunidade, no espiritismo kardecista, ganhar uma autonomia em relação às demais religiões mediúnicas. Debatendo com o significado de transe e possessão desde BASTIDE (1971, 1972), a autora, como se viu, mostrou que a mediunidade é ponto central para entender o ritual espírita, quando se tem por base a comunicação com espíritos. A autora julgou fundamental trazer para o debate da investigação empírica as representações sociais de seus adeptos, demonstrando que a experiência do transe (enquanto recepção de um espírito) constitui-se a experiência central dos adeptos da religião. Há uma subscrição, por parte da autora, de que no transe mediúnico no espiritismo ocorre a manifestação de um estado alterado da

consciência do adepto, cuja experiência não é a da posse de uma divindade ou força que lhe é externa, como no candomblé, mas reafirma a crença consolidada das pessoas praticantes do espiritismo na existência de espíritos.

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

Embora a doença apareça para Allan Kardec conformada a um naturalismo, a doutrina espírita é religiosa. A doença no espiritismo não pertence às leis da natureza, conforme a concepção materialista do termo natureza. Isto porque tais leis da natureza, para KARDEC (1995), são divinas, pertencem à lei de Deus e partem de um princípio moral. De algum modo a causa da doença é gerada em vidas passadas. As referências às leis da natureza ou à natureza na doutrina kardecista fazem sentido quando se identifica a natureza espiritual antes da natureza material.

No modelo biomédico a concepção de natureza tem origem na concepção de mundo mecanicista. LUZ (1988) esclareceu a esse respeito, mostrando as influências que o modelo de Natureza sofreu pelo mecanicismo renascentista e Allan Kardec opõe-se a esse modelo mecanicista e materialista (LUZ, 1988, “Natureza e razão no tempo e no espaço mecânicos”, p. 42-53).

Para KARDEC (1993), são duas as maneiras possíveis de conhecimento das leis da natureza: separadas ao que pertence à lei da matéria (ciência) e ao que pertence à matéria das almas (religião), a primeira praticada pelos homens de ciência (dado o conhecimento das leis físicas), a segunda praticada pelos homens sábios (que estudam a alma). No espiritismo a doutrina sintetiza e reduz as duas formas de conhecimento, integradas nos fenômenos espirituais, concorrendo esses a serem reconhecidos (pelo campo científico) em termos de leis universais no mundo físico:

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

Entre as leis divinas, umas regulam o movimento e as relações da matéria bruta: as leis físicas, cujo estudo pertence ao domínio da Ciência. As outras dizem respeito especialmente ao homem considerado em si mesmo e nas suas relações com Deus e com seus semelhantes. Contém as regras da vida do corpo, bem como as da vida

da alma: são as leis morais (KARDEC, 1993, p.306; comentários do autor à seguinte pergunta (617) formulada aos 'espíritos': “*As leis divinas, que é o que compreendem no seu âmbito? Concernem a alguma outra coisa, que não somente ao procedimento moral?*”).

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

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

Natureza, para KARDEC (1993), não tem o mesmo sentido materialista de natureza, cuja lei causal e científica se aplica à matéria e ao corpo, mas trata-se de lei divina. Na filosofia natural o movimento, tornando-se ordenado pela razão (movimento celeste), faz redução metodológica no modo de produção de verdades e “a Natureza enquanto objeto criado pela ciência, terá no século XVIII a própria imagem da Razão (...) refletida no espelho das ciências naturais (..) e nisto consiste o naturalismo da racionalidade científica clássica” (LUZ, 1988, p.52-3).

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

Todos podem conhecê-la, mas nem todos a compreendem. Os homens de bem e os que se decidem a investigá-la são os que melhor a

compreendem. Todos, entretanto, a compreenderão um dia, porquanto forçoso é que o progresso se efetue (KARDEC, 1993, p.306; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (619): “*A todos os homens facultou Deus os meios de conhecerem Sua lei?*”).

Onde está inscrita a lei de Deus? Na consciência (KARDEC, 1993, p.307; Resposta dos 'espíritos' à pergunta 621 formulada por Allan Kardec).

Indubitavelmente. Em todos os tempos houve homens que tiveram essa missão. São Espíritos superiores, que encarnam com o fim de fazer progredir a Humanidade (KARDEC, 1993, 307; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (622) formulada por Allan Kardec “*Confiou Deus a certos homens a missão de revelarem a Sua lei?*”).

Certamente não dão causa a que os homens se transviassem aqueles que não eram inspirados por Deus e que, por ambição, tomaram sobre si um encargo que lhes não fora cometido. Todavia, como eram, afinal, homens de gênios, mesmo entre os erros que ensinaram, grandes verdades muitas vezes se encontram (KARDEC, 1993, p. 307; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (623) formulada por Allan Kardec: “*Os que não pretendido instruir os homens na lei de Deus não se têm enganado algumas vezes, fazendo-os transviar-se por meio de falsos princípios?*”).

Para o homem, Jesus constitui o tipo da perfeição moral a que a Humanidade pode aspirar na Terra. Deus no-lo oferece como o mais perfeito modelo e a doutrina que ensinou é a expressão mais pura da lei do Senhor, porque, sendo ele o mais puro de quantos têm aparecido na Terra, o Espírito Divino o animava. Quanto aos que, pretendendo instruir o homem na lei de Deus, o têm transviado, ensinando-lhes falsos princípios, isso aconteceu por haverem deixado que os dominassem sentimentos demasiado terrenos e por terem confundido as leis que regulam as condições da vida da alma, com as que regem a vida do corpo. Muitos não apresentaram como leis divinas simples leis humanas estatuídas para servir às paixões e dominar os homens (KARDEC, 1993, p. 308; Comentários do autor às respostas dos 'espíritos' à seguinte pergunta (625): “*Qual o tipo mais perfeito que Deus tem oferecido ao homem, para lhe servir de guia e modelo? “Jesus.” (resposta dos “espíritos”).*”).

Homem de bem aqui carrega um significado missionário. Como se viu, as características dos espíritos superiores, podendo estar encarnados, identificam-se com os homens de bem, podem ser eles mesmos preocupados com o “progresso da humanidade” (KARDEC, 1993), idéia evolutiva dos espíritas que não coincide com a idéia de progresso posta pelo materialismo evolucionista. Na interpretação espírita, os homens de bem têm um papel, além da missão mediúnica como atividade religiosa: inclui-se o papel dos intelectuais espíritas e de sua produção literária, que é doutrinária e parte de uma missão religiosa. É nesse caso que a 'ciência espírita' (e a terapêutica espírita praticada em

hospitais) guardam uma conotação com um aspecto interior ao campo religioso. Vê-se isso claramente quando na doutrina espírita associa-se às atividades do homem de bem o modelo cristão.

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

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

Como se vê, o modelo moral de Allan Kardec não está inserido na lei da natureza no sentido materialista, mas procede da lei de Deus. A insistente analogia entre natureza (espiritual) e a natureza das ciências naturais é decorrente da figura do médium que, para Allan Kardec, deve estar educado dentro do campo religioso e não do campo científico. É dos espíritos que nasce o discernimento teórico da noção de perispírito. Da compreensão desse conceito espiritual inserido na doutrina espírita origina-se a condição de existência da ação mediúnica nos médiuns, caso esses enxerguem educadamente que

possuem uma faculdade mediúnica. Por excelência, o médium torna-se um agente religioso que serve de prova indiscutível à existência dos espíritos, mas, mais ainda, que pode servir de instrumento de análise dos observadores que buscam o estatuto científico para o espiritismo. Nesse caso, inclui-se cientistas, médicos ou profissionais de saúde, todos praticantes do espiritismo, mas também o próprio Allan Kardec, torna-se concomitantemente um modelo de atuação mediúnica e científica.

É com base na natureza do perispírito, um conceito instrumental que distingue fluido animal de fluido universal, que os praticantes do espiritismo entendem perispírito como conceito empírico, isto é, um conceito que fixa as bases de uma teoria candidata à explicação universal dos fenômenos mediúnicos e de seu domínio, pelos próprio exercício mediúnico. Equivalentes aos fenômenos do magnetismo em geral, a teoria espírita que versa sobre os fenômenos mediúnicos pretende abranger as teorias e práticas pseudocientíficas do magnetismo animal que, desde Mesmer e o mesmerismo francês (DARNTON, 1988), foram suplantadas pelas teorias da Física, como se viu anteriormente a contemporaneidade do magnetismo científico. Pelas palavras de Allan Kardec:

Desde que se tornaram conhecidas a natureza dos Espíritos, sua forma humana, as propriedades semimateriais do perispírito, a ação mecânica que este pode exercer sobre a matéria; desde que, em casos de aparição, se viram mãos fluídicas e mesmo tangíveis tomar dos objetos e transportá-los, julgou-se, como era natural, que o Espírito se servia muito simplesmente de suas próprias mãos para fazer que a mesa girasse e que à força de braço é que ela se erguia no espaço. Mas, então, sendo assim, que necessidade havia de médium? Não pode o Espírito atuar só por si? Porque, é evidente que o médium, que as mais das vezes põe as mãos sobre a mesa em sentido contrário ao do seu movimento, ou que mesmo não coloca ali as mãos, não pode secundar o Espírito por meio de uma ação muscular qualquer. Deixemos, porém, que primeiro falem os Espíritos a quem interrogamos sobre esta questão. As respostas seguintes nos foram dadas pelo Espírito São Luís. Muitos outros, depois, as confirmaram.

- I. Será o fluido universal uma emanção da divindade? "Não."
- II. Será uma criação da divindade? "Tudo é criado, exceto Deus."
- III. O fluido universal será ao mesmo tempo o elemento universal? "Sim, é o princípio elementar de todas as coisas."
- IV. Alguma relação tem ele com o fluido elétrico, cujos efeitos conhecemos? "É o seu elemento."
- V. Em que estado o fluido universal se nos apresenta, na sua maior simplicidade? "Para o encontrarmos na sua simplicidade absoluta, precisamos ascender aos Espíritos puros. No vosso mundo, ele sempre se acha mais ou menos

- modificado, para formar a matéria compacta que vos cerca. Entretanto, podeis dizer que o estado em que se encontra mais próximo daquela simplicidade é o do fluido a que chamais *fluido magnético animal*."
- VI. Já disseram que o fluido universal é a fonte da vida. Será ao mesmo tempo a fonte da inteligência? "Não, esse fluido apenas anima a matéria."
- VII. Pois que é desse fluido que se compõe o perispírito, parece que, neste, ele se acha num como estado de condensação, que o aproxima, até certo ponto, da matéria propriamente dita? "Até certo ponto, como dizes, porquanto não tem todas as propriedades da matéria. E mais ou menos condensado, conforme os mundos."
- VIII. Como pode um Espírito produzir o movimento de um corpo sólido? "Combinando uma parte do fluido universal com o fluido, próprio àquele efeito, que o médium emite."
- IX. Será com os seus próprios membros, de certo modo solidificados, que os Espíritos levantam a mesa? "Esta resposta ainda não te levará até onde desejas. Quando, sob as vossas mãos, uma mesa se move, o Espírito haure no fluido universal o que é necessário para lhe dar uma vida factícia. Assim preparada a mesa, o Espírito a atrai e move sob a influência do fluido que de si mesmo desprende, por efeito da sua vontade. Quando quer pôr em movimento uma massa por demais pesada para suas forças, chama em seu auxílio outros Espíritos, cujas condições sejam idênticas às suas. Em virtude da sua natureza etérea, o Espírito, propriamente dito, não pode atuar sobre a matéria grosseira, sem intermediário, isto é, sem o elemento que o liga à matéria. Esse elemento, que constitui o que chamais perispírito, vos faculta a chave de todos os fenômenos espíritas de ordem material. Julgo ter-me explicado muito claramente, para ser compreendido (KARDEC, 1994, p. 91-3; Comentários do autor, Capítulo 4 "Da teoria das Manifestações Físicas").

Nesse sentido, o termo descoberta tem o significado de revelar o que já está dado e inscrito na Natureza, por Deus, através dos espíritos. Na verdade, vê-se aqui a prevalência dos valores sociais de uma crença guiar o cientista, por uma visão de ciência que tem por tarefa mostrar a natureza da mediunidade. Essa concepção de ciência, que envolve a cientificidade da mediunidade e do médium, acompanha a atividade do próprio autor (Allan Kardec) que, por isso, mostra-se ao leitor como um cientista (e como um médium), quando tenta incluir na natureza (no sentido materialista) sua atividade científicista, resultando na doutrina dos espíritos, a partir da descoberta do espírito e do perispírito, que está oculto na natureza. Nesse sentido pode-se afirmar o valor simbólico que carrega o contexto da descoberta científica dentro do contexto da justificação de valores religiosos do espiritismo.

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

(...) a *ciência espírita* compreende duas partes: experimental uma, relativa às manifestações em geral, filosófica, outra, relativa às manifestações inteligentes. Aquele que apenas haja observado a primeira se acha na posição de quem não conhecesse a Física senão por experiências recreativas, sem haver penetrado no âmago da ciência. A verdadeira Doutrina Espírita está no ensino que os Espíritos deram, e os conhecimentos que esse ensino comporta são por demais profundos e extensos para serem adquiridos de qualquer modo, que não por um estudo perseverante, feito no silêncio e no recolhimento. Porque, só dentro desta condição se pode observar um número infinito de fatos e particularidades que passam despercebidos ao observador superficial, e firmar opinião. Não produzisse este livro outro resultado além do de mostrar o lado sério da questão e de provocar estudos neste sentido e rejubilaríamos por haver sido eleito para executar uma obra em que, aliás, nenhum mérito pessoal pretendemos ter, pois que os princípios nela exarados não são de criação nossa. O mérito que apresenta cabe todo aos Espíritos que a ditaram. Esperamos que dará outro resultado, o de guiar os homens que desejem esclarecer-se, mostrando-lhes, nestes estudos, um fim grande e sublime: o do progresso individual e social e o de lhes indicar o caminho que conduz a esse fim (KARDEC, 1993, p. 46-7; Comentários e resumo de Allan Kardec na “Introdução ao estudo da doutrina espírita”. Grifos do autor da tese).

São nessas circunstâncias científicas de revelação das leis naturais - no interior das quais as candidatas teorias espíritas amoldam-se às teorias já existentes (da Física principalmente) por provas e revelações (descobertas) que pretendem ser adequadas à Ciência -, que Allan Kardec insere-se com o propósito de provar (ou revelar racionalmente) a existência do espírito. Adota, na estrutura da crença espírita, a conformação de um ciência espírita como projeto intelectual, estruturada pela lei natural que, sendo divina, reconhece dez partes estruturantes, todas endossadas pelos espíritos:

Essa divisão da lei de Deus em dez partes é a de Moisés e de natureza a abranger todas as circunstâncias da vida, o que é essencial. Podes, pois, adotá-la, sem que, por isso, tenha qualquer coisa de absoluta, como não o tem nenhum dos outros sistemas de classificação, que todos dependem do prisma pelo qual se considere o que quer que seja. A última lei é a mais importante, por ser a que faculta ao homem adiantar-se mais na vida espiritual, visto que resume todas as outras

(KARDEC, 1993, p.315; Resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (648) formulada por Allan Kardec: “*Que pensais da divisão da lei natural em dez partes, compreendendo as leis de adoração, trabalho, reprodução, conservação, destruição, sociedade, progresso, igualdade, liberdade e, por fim, a de justiça, amor e caridade?*”).

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

Assim, vê-se nesse primeiro quadro mais geral, que a concepção kardecista de enfermidade encerra em si um valor de conhecimento sobre a natureza, que inclui o método de casualidade através do qual o autor deseja justificar as causas espirituais de moléstias sobre o corpo, sem prescindir do conhecimento científico dado pela prática da medicina. Para ele, a medicina também está imersa em sua concepção espiritual de natureza, campo de conhecimento coordenado pelo mesmo princípio causal das doenças e tratamentos do seu ponto de vista material (materialista). Porém, KARDEC (1993, p.46-47) inclui, pela via da moralidade, a concepção de ciência espírita, reconhecendo a existência da alma e suas características pertencentes também à natureza, fazendo crer no sistema de crenças, diante a possibilidade criada com a revelação nas dez leis morais, baseado em uma racionalidade que inclui tratamento espiritual e cura da alma (quicá, a cura de doenças do corpo), aplicado exclusivamente no campo religioso e não no campo científico.

3. As terapêuticas e as curas espirituais

Não é Allan Kardec quem enuncia a possibilidade de uma racionalidade médica espírita na França, isto é, de uma prática terapêutica espírita que agrega a possibilidade de diagnóstico e terapêuticas espíritas para serem exercidas como alternativas ao campo médico. Ver-se-á, no início do movimento espírita brasileiro, médicos espíritas empenhados em partilhar do mesmo contexto de convicção kardecista, embora de modo modificado com relação à medicina oficial.

Em seguida se repassa, na doutrina kardecista, as formas de tratamento espiritual disponíveis e vê-se como Allan Kardec interpreta a principal delas, a prece, sendo muito apregoada sua eficácia pelos adeptos da religião, que prescrevem o pressuposto kardecista da existência de um fluido universal (como se viu nos itens 2 e 3 deste capítulo). Diante da crença na existência de um fluido universal como princípio espiritual, Kardec utiliza do mesmo modelo de patologia espiritual para explicar o tratamento espiritual, assentado na eficácia da fluidificação:

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

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

Vê-se, acima, uma equivalência entre os termos usados para explicar as doenças e os tratamentos das mesmas. Aceitando a visão de que a medicina identifica-se com a ciência (materialista), ao elaborar a medicação ordinária aos cuidados com a doença no

corpo e o magnetismo, está identificado o poder da ação fluídica. Com o magnetismo, na época um ramo científico pertencente ao campo da ciência, cria-se regras de correspondências com o espiritismo ao identificar a mediunidade curadora e a prece como ações magnéticas, cuja eficácia e poder curativo deveriam confrontar-se no campo científico, dada a possibilidade de verificação e demonstração de seu valor de verdade pelos médiuns, fazendo crer que se tratava de conhecimento científico, aplicado ao propósito de progresso das ciências médicas.

Entende-se que Allan Kardec, sempre valendo-se dos pares espírito-matéria, alma-corpo, espiritismo-ciência materialista, interpretou o sistema terapêutico espírita de modo oposto às interpretações materialistas. Estas interpretações recusam a existência da alma e do espírito, dando ênfase às leis físicas e naturais da matéria e lança o espiritismo para o campo das superstições, das quais o kardecismo quer se livrar conclamando-se científico por via da legitimidade de uma prática terapêutica.

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

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

Kardec acreditando no avanço da ciência dessa forma, endossa uma perspectiva de valor sobre o projeto prático de um espiritismo científico. Nessa designação, espiritismo e ciência seriam dois sistemas teóricos que necessariamente dariam entendimento à teoria do éter – uma teoria controversa, não mais aceita pela comunidade científica – cujo modelo explicativo obscuro, desde Isaac Newton, teria sido adotado como elemento universal para explicar as forças das leis da natureza física, especialmente a força gravitacional e os movimentos em gerais. Definida na época pelo poder das forças à distância como um problema mal resolvido dentro da axiologia de Newton, não ainda conhecido o movimento vibratório da luz que somente Albert Einstein iria formular no século seguinte quando as teorias newtonianas do movimento e do éter seriam superadas, Allan Kardec entende legitimar o espiritismo científico a partir da aceitabilidade da teoria newtoniana das forças, que pode ser complementada com a teoria do fluido universal:

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

Como se vê, Allan Kardec vale-se do conhecimento da física para fundamentar conceitos e argumentos do espiritismo, como a mediunidade, vibrações à distância da prece e ações magnéticas do médium, que são propriedades dos corpos físicos, descobertos pelas ciências físicas e que são transportadas e reinterpretadas para fundamentar os corpos espirituais e o perispírito. Esse mesmo movimento cientificista pôde ser verificado no passado próximo das averiguações científicas de Allan Kardec, circunstâncias semelhantes inclusive que identificavam natureza e ciência (ABRANTES, 1998; DARNTON, 1988).

É nesse sentido que o sistema terapêutico espírita, sustentado pela doutrina dos espíritos como terapêutica científica, não pertence ao campo da ciência. Muito embora no Brasil o espiritismo tenha conquistado o estatuto de religião e tenha recebido certa legitimidade social através de seus adeptos praticantes e através dos médicos populares, como provou GIUMBELLI (1997) e apontou LOYOLA (1984) em relação ao conjunto das terapias religiosas, o espiritismo kardecista na França, que lutava por tornar-se reconhecida oficialmente a terapêutica fluídica e sair da arena do charlatanismo, relutou com argumentos cientificistas para diferenciar-se das demais práticas de cura vigentes. A estratégia espírita usou de conceitos do magnetismo científico de modo instrumental para validar a ação magnética dos médiuns de cura (cura por magnetismo, leituras de pensamento).

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

Nesse contexto francês, Kardec dá à mediunidade um estatuto de cientificidade, colocando a prática da caridade como controle social da doutrina kardecista, proposta que recusa a venda destes serviços espirituais. O magnetizador se transforma na figura do médium que, essencial na proposta de fundação da ciência espírita kardecista, é contornado pelo uso de conceitos do magnetismo (científico) de modo a validar a ação magnética dos médiuns de cura:

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

preciso, senão o tempo de que materialmente possa dispor. Os Espíritos lhe levarão em conta o devotamento e os sacrifícios, ao passo que se afastam dos que esperam fazer deles uma escada por onde subam (KARDEC, 1997, p. 367; Comentários do autor, Capítulo 26 “Daí gratuitamente”, item 10. Grifos do autor da tese).

Entende-se ainda que Kardec, ao sustentar a ação magnética presente na prática da mediunidade curadora ou na ação caritativa do fiel (pela prece), está-se garantindo assim uma eficácia simbólica, almejada à cientificidade do espiritismo. É verdade que tal eficácia simbólica está em razão da eficácia terapêutica que, aplicada no campo religioso mediúnico e conduzida pelo médium, mantém o valor de troca simbólico (valor científico da prática terapêutica espiritual) quando praticada com caridade, aparece também em função da convertibilidade do médium, anteriormente um candidato potencial à loucura.

Dessa forma, os espíritos superiores, podendo estar encarnados entre os homens, podem por missão atuar como médiuns, para cuja função específica de troca magnética na ação espiritual é possível conforme a classificação do espírito encarnado:

A ação magnética pode produzir-se de muitas maneiras: 1º pelo próprio fluido do magnetizador; é o magnetismo propriamente dito, ou magnetismo humano, cuja ação se acha adstrita à força e, sobretudo, à qualidade do fluido; 2º pelo fluido dos Espíritos, atuando diretamente e sem intermediário sobre um encarnado, seja para o curar ou acalmar um sofrimento, seja para provocar o sono sonambúlico espontâneo, seja para exercer sobre o indivíduo uma influência física ou moral qualquer. É o magnetismo espiritual, cuja qualidade está na razão direta das qualidades do Espírito; 3º pelos fluidos que os Espíritos derramam sobre o magnetizador, que serve de veículo para esse derramamento. É o magnetismo misto, semi-espiritual, ou, se o preferirem, humano-espiritual. Combinado com o fluido humano, o fluido espiritual lhe imprime qualidades de que ele carece. Em tais circunstâncias, o concurso dos Espíritos é amiúde espontâneo, porém, as mais das vezes, provocado por um apelo do magnetizador (KARDEC, 1995, p. 294; Comentários do autor, Capítulo 14 “Os milagres do evangelho”, item 33 “Curas”).

Nessa estrutura explicativa, a cura à doença perispiritual se processa pela substituição de moléculas, graças mesmo ao conceito de perispírito, que pode processar tal substituição em razão de ser quase espiritual (semimaterial) e poder ser utilizável tanto pelo perispírito do médium, quanto pelo perispírito do espírito desencarnado (obsessor):

A cura se opera mediante a substituição de uma molécula malsã por uma molécula sã. O poder curativo estará, pois, na razão direta da pureza da substância inoculada; mas, depende também da energia da

vontade que, quanto maior for, tanto mais abundante emissão fluídica provocará e tanto maior força de penetração dará ao fluido. Depende ainda das intenções daquele que deseje realizar a cura, seja homem ou Espírito. Os fluidos que emanam de uma fonte impura são quais substâncias medicamentosas alteradas (KARDEC, 1995, p. 295; Comentários de Allan Kardec no Capítulo 14 “Os milagres do evangelho”, item 31 “Curas”).

No sistema lógico que prova a existência do perispírito, importa distinguir o conceito de espírito através das concepções de enfermidades perispirituais. Como se viu, as enfermidades perispirituais são passíveis de serem recepcionadas pelo corpo do indivíduo doente ou pelo corpo do indivíduo sadio (candidato a médium). Nesse último caso, todos podem ser candidatos a médium e todos são convertíveis às crenças espíritas. Viu-se como são feitas tais distinções, elaboradas sobre os termos obsessão e possessão na estruturação simbólica do espírito. No entanto, deixou-se de mencionar como Allan Kardec desenvolve o processo de cura no sistema do espiritismo kardecista, quando se processam a cura espiritual nas sessões espíritas sobre as doenças perispirituais: a cura espiritual se processa atuando-se sobre a 'entidade malfazeja', que aceitando a transformação moral é porque foi tratada por meio da inteligência por um doutrinador espírita caridoso:

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

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.

3.1. Mediunidade e loucura

Neste argumento, o argumento de Allan Kardec configura-se no momento de progresso científico da psiquiatria organicista francesa, que se caracterizava pelo auge e decadência do tratamento moral com Pinel. Ora, Allan Kardec formula o espiritismo movido pela possibilidade de provar uma série de fenômenos que lhe aparece conjugada ao axioma da existência de espíritos. Essa estruturação, neste texto dá-se em função de uma correspondência explícita com a concepção de tratamento moral, usada tanto no campo científico como no campo religioso, respectivamente na constituição da Psiquiatria e da doutrina espírita.

Diferentemente do tratamento médico realizado por médicos, é pela prática da mediunidade que o tratamento espírita se efetiva e, com a agência de médiuns, a institucionalização da prática espírita funda-se justamente quando Allan Kardec esforça-se em distinguir loucura de mediunidade. Primeiramente o autor descarta a possibilidade da loucura originar-se do exercício mediúnic, uma vez que, do ponto de vista da ordem médica, utiliza o conceito de patologia como um instrumento, adotando a concepção organicista de predisposição orgânica da doença:

Não mais do que qualquer outra coisa, desde que não haja predisposição para isso, em virtude de fraqueza cerebral. A mediunidade não produzirá a loucura, quando esta já não exista em gérmen; porém, existindo este, o bom-senso está a dizer que se deve usar de cautelas, sob todos os pontos de vista, porquanto qualquer abalo pode ser prejudicial (KARDEC, 1994, p.265; resposta dos 'espíritos' à seguinte pergunta (221) formulada por Allan Kardec no Capítulo XVIII "Dos inconvenientes e perigos da mediunidade", item 5º: "Poderia a mediunidade produzir a loucura?").

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

Nesse caso, patológico é utilizado por Kardec não no mesmo significado de patológico utilizado para o tratamento espiritual, como foi visto acima, quando o próprio médium pode ser alvo da terapêutica. Mas para se evitar a loucura, no sentido médico, deve-se evitar o exercício da mediunidade praticado por aquelas pessoas, candidatas à médium, que apresentem traços de excentricidade e enfraquecimento das faculdades mentais:

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

Nesses termos, Allan Kardec, na sua luta pela legitimação (nos termos de BOURDIEU, 1974) do exercício da mediunidade pela via do espiritismo em relação a outros agentes e terapias populares de seu tempo, desejava colocar o fenômeno da mediunidade no controle do espiritismo, sob o argumento de sua superioridade e cientificidade em relação às demais práticas que envolviam comunicações com o mundo invisível. Não está distante do espiritismo brasileiro que até hoje luta contra as demais religiões mediúnicas, como a umbanda, e põe-se pelo cultivo do *habitus* letrado, como religião, superior às demais práticas mediúnicas.

Ainda nesses termos, admite-se que não há indicação de cunho preventivo em Allan Kardec para se evitar a loucura espírita, ou tenha o desejo de dispor uma forma alternativa à psiquiatria vigente em sua época. O sistema de crença espírita está voltado a proteger e amparar uma nascente comunidade religiosa de médiuns, atuantes como agentes religiosos:

Digo, pois, que o Espiritismo não tem privilégio algum a esse respeito. Vou mais longe: digo que, bem compreendido, ele é um preservativo contra a loucura. Entre as causas mais comuns de sobreexcitação cerebral, devem contar-se as decepções, os infortúnios, as afeições

contrariadas, que, ao mesmo tempo, são as causas mais freqüentes de suicídio. Ora, o verdadeiro espírita vê as coisas deste mundo de um ponto de vista tão elevado; elas lhe parecem tão pequenas, tão mesquinhas, a par do futuro que o aguarda; a vida se lhe mostra tão curta, tão fugaz, que, aos seus olhos, as tribulações não passam de incidentes desagradáveis, no curso de uma viagem.(..) (KARDEC, 1993, p.41; Comentários do autor na “Introdução ao estudo da doutrina espírita”, item 15).

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

A faculdade mediúnica, mesmo restrita às manifestações físicas, não foi dada ao homem para ostentá-la nos teatros de feira e quem quer que pretenda ter às suas ordens os Espíritos, para exhibir em público, está no caso de ser, com justiça, suspeitado de charlatanismo, ou de mais ou menos hábil prestidigitação. Assim se entenda todas as vezes que apareçam anúncios de pretendidas sessões de *Espiritismo*, ou de *Espiritualismo*, a tanto por cabeça. Lembrem-se todos do direito que compram ao entrar. De tudo o que precede, concluímos que o mais absoluto desinteresse é a melhor garantia contra o charlatanismo. Se ele nem sempre assegura a excelência das comunicações inteligentes, priva, contudo, os maus Espíritos de um poderoso meio de ação e fecha a boca a certos detratores (KARDEC, 1994, p.411; Comentários do autor, Capítulo 28 “Do charlatanismo e do embuste, médiuns interesseiros e fraudes espíritas”, item 308 “Médiuns interesseiros”).

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

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

curado, permanece dentro da normalidade médica, na hipótese de que atua normalmente como médium dentro do campo religioso.

Conseqüência disso na doutrina kardecista: os casos de loucura, não podendo ter sede no corpo (que do ponto de vista materialista localiza-se exatamente no cérebro), tende a modificar a concepção de alienação mental da medicina materialista, passando a ser controlada pela alma, do ponto de vista espírita. Constata-se assim a existência de espíritos, tratado na base da codificação, lançando sentido aos tipos terapêuticos possíveis, exercidos no campo religioso:

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

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

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

Distinto, portanto, da forma terapêutica psiquiátrica - que considera a causa da alienação mental uma lesão orgânica no cérebro - para Kardec a terapêutica moral orientada no espiritismo nas sessões para desobsessão de espíritos obsessores complementa o tratamento médico organicista, uma vez que interessa salvaguardar o médium (e a mediunidade) da área de ação nosológica da ciência médica organicista. Enunciada a possibilidade do médium resvalar-se num processo de loucura por obsessão de espíritos

inferiores, assegura Kardec que a desobsessão é um tratamento complementar ao tratamento médico, sem comprometer-se com a prática do campo científico mais próximo da prática terapêutica do espiritismo. O que se está ainda uma vez sustentando é que supondo por obsidiado o próprio médium, no espiritismo praticado no Brasil outras circunstâncias relacionam doença mental ao candidato à médium.

4. Bezerra de Menezes e André Luiz: o projeto de uma psiquiatria espírita no Brasil

A crença no sistema religioso de Allan Kardec ganha nova dimensão no Brasil, quando MENEZES (1988), um médico brasileiro convertido ao Espiritismo, de um ponto de vista estritamente da prática médica-psiquiátrica, investe na organização de uma psiquiatria espírita, abertamente adversa à psiquiatria organicista vigente.

Enquanto Allan Kardec contorna a cientificidade no espiritismo estruturando a relação entre mediunidade e loucura a partir de conceitos usados nas ciências físicas, MENEZES (1988) elege a Psiquiatria e o espaço médico como região para disputa de leis e postulados provenientes do espiritismo kardecista. É a primeira vez que se vê registrado no Brasil o esforço de gerar sentido às regras espíritas, o esforço de fazer corresponderem aos termos teóricos da Psiquiatria de época, coincidindo com os termos de observação do espiritismo. É a primeira vez que se vê uma versão médica sobre o assunto religioso, explicitamente desejando criar axiomas através de um diagnóstico espírita:

Quem veio definir a diferença dos princípios causais da alienação mental foi o Espiritismo, pelos ensinamentos dos Espíritos. Porque, então, não recorremos a esta fonte, para colhermos os meios de distinguí-los? (...) Meu plano é determinar a natureza espacial da loucura sem lesão cerebral – estabelecer as bases de um diagnóstico diferencial de uma para outra espécie – e oferecer os meios curativos deste gênero desconhecido de loucura (MENEZES, 1988, p.13).

Nesse projeto intelectual, MENEZES (1988) conta com a contemporânea observação de Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), médico alienista francês, discípulo de Philippe Pinel (1745-1826), um dos fundadores da escola francesa de psiquiatria. Ele encontrou a loucura sem a mínima lesão cerebral. Bezerra de Menezes parte desse pressuposto mas não se aprofunda na questão, tomando-o como um dado certo do cientista francês. O propósito maior do autor, ao trazer para a discussão essas observações, é argumentar logicamente sobre dois tipos de lesões associadas à loucura: há loucura com ou sem lesão cerebral. A primeira é explicada pela Psiquiatria, mas o segundo tipo não. É diante essa brecha, esclarece, que “eu vou tentar o máximo esforço no intuito de resolver o

problema da loucura em sua nova face, isto é, da loucura sem lesão cerebral” (MENEZES, 1988, p.13).

Numa disputa teórica Interpreta a versão materialista da loucura e subscreverá as vantagens da teoria espírita na questão da imaterialidade da loucura, uma vez que é característica da loucura sem lesão cerebral:

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

Embora MENEZES (1988) não descarte a teoria materialista que localiza o espaço da loucura no espaço anatômico do cérebro, seu intento é provar que não é essa estrutura a geratriz do pensamento, mas sim o espírito. Sustenta por isso as concepções da doença espiritual de Allan Kardec e reconhece a existência de uma terapêutica espírita. Enfim, objetiva fundamentar uma nosologia espírita sobre as bases da existência de espíritos, reconhecendo a loucura causada por obsessão de espíritos maléficos, fundamentada pela teoria dos fluidos perispirituais:

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

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

Ainda não da posse da teoria dos neurônios, Bezerra de Menezes adota a teoria do perispírito de Allan Kardec como modelo explicativo do funcionamento do sistema nervoso:

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

Nesses termos, MENEZES (1988) explicita mais acuradamente do ponto de vista médico o interesse de provar a existência do perispírito pela observação do problema das deficiências mentais, evidenciando conseqüentemente a questão da mediunidade através da crença no fenômeno da bicorporeidade (sic), uma faculdade divina. Os idiotas de nascença oferecem o melhor exemplo de influência do corpo sobre a alma,

(...) o idiotismo ou ausência de manifestações inteligentes não é, portanto, condição original de um Espírito, mas sim resultado da

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

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

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

Se há possibilidade de cura para os casos incuráveis de loucura (assim determinados pela psiquiatria), não é porque Bezerra de Menezes reivindica da medicina

organicista o mesmo tipo de diagnóstico que atinge a causa por lesão cerebral a partir de uma transmissão hereditária, como apregoavam os eugenistas brasileiros. Reclama, de outro modo, a distinção dessa nova espécie de loucura moral ou loucura psicológica por se tratar de perturbação exclusivamente da faculdade da alma.

O problema de conhecer a causa da loucura psíquica transforma-se no problema central de prova da existência do espírito, podendo-se denominar-se por estudo metodológico, sobre como se chega à “loucura espírita”. A explicação procede da perturbação da razão por um espírito maléfico: lentamente o espírito aproveita das afecções orgânicas e morais de sua vítima a ponto de transformar-se num louco por obsessão dos espíritos. Nesse caso o espiritismo causa a loucura, concorda Bezerra de Menezes, reproduzindo a versão espiritual kardecista de salvaguardar o exercício mediúnico, agora por uma ideologia médica materialista, que contém a possibilidade da loucura sem lesão cerebral:

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

Nesse caso da obsessão atingir a vítima candidata a médium, o médico convertido ao espiritismo não entende de modo híbrido, como se vê em LOYOLA (1984), o médico popular utilizar de terapêuticas religiosas no sentido complementar ao tratamento médico. MENEZES (1988) acredita na possibilidade de se sustentar um diagnóstico psiquiátrico pois, abrangendo esse dois tipos de loucura, caracteriza-se a atividade de um espiritismo científico:

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

O espiritismo científico, em contraposição ao espiritismo religioso, como lembra LEWGOY (2000), na questão do espiritismo sincrético (híbrido), tem origem nesse momento em que Bezerra de Menezes interessa-se por estruturar o espiritismo diante uma racionalidade médica. O cientificismo espírita que, desde Kardec carrega o significado de ciência espírita, com Bezerra de Menezes ganha o significado de uma medicina espiritual. Ela parece fazer sentido nesse contexto de um diagnóstico de cunho preventivista da loucura espírita, que protege a mediunidade e o médium, pressuposto esse não carregar lesões cerebrais.

LUZ (1997) demonstrou que as medicinas chinesa, ayurvédica e homeopática, comparativamente à medicina científica ocidental, constituem-se em racionalidades médicas, destacando as cinco dimensões da racionalidade: doutrina médica, morfologia, dinâmica vital humana, sistema de diagnose e terapêutica.¹ Embora na proposta de Allan Kardec e Bezerra de Menezes o destaque é válido para duas das condições da racionalidade médica proposta por LUZ (1997), sistema de diagnóstico e sistema de terapêutica, o modelo de psiquiatria espírita proposto por Bezerra de Menezes não tem o mesmo sentido da racionalidade médica mencionada pois, seguindo o modelo espírita de crenças na existência do espírito, perispírito e das doenças espirituais e perispirituais, a representação adotada por MENEZES (1988) informa as próprias ações como fonte das crenças geratrizes da doutrina kardecista e não da doutrina médica, mesmo que o assunto abordado pelo médico carioca esteja imerso na discussão das crises da psiquiatria de seu tempo.

O espiritismo científico proposto por Bezerra de Menezes trata de uma espécie de cientificismo ao revés, como alertou MONTERO (1985) ao demonstrar na umbanda os intelectuais orgânicos estruturando a religião. Tal proposta é conseqüência de uma discussão impregnada de valores ideológicos acentuados entre os adeptos do espiritismo, também como salientou HESS (1987) a respeito das dissensões no espiritismo brasileiro no início do século. Mais recentemente esse autor tece reflexões do espiritismo científico junto ao conjunto de ideologias que incluem os estudos sobre o espiritismo nas ciências sociais brasileiras (HESS, 1989, 1991). Trata-se, portanto, de um problema interno ao campo

¹ LUZ, M. T. *apud* BARROS, N. F. "A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar" in Ana Maria Canesqui (org.). **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**. São Paulo, Hucitec-Fapesp, 2000, p.201-216.

religioso, quando não se distingue corretamente, da doutrina de Allan Kardec, o espiritismo religioso do espiritismo científico, fora do campo de atuação da ciência e da racionalidade médica hegemônica.

Deve-se lembrar a motivação central que justificou Bezerra de Menezes à realização dessa especulação sobre a "Loucura sob novo prisma" (MENEZES, 1988). É que um de seus filhos subitamente foi acometido por loucura, assim diagnosticado e tratado pela clínica médica psiquiátrica vigente. Sem solução, o caso clínico recebeu cura no tratamento espiritual do espiritismo, momento a partir do qual o médico carioca converteu-se à religião. Por suas palavras:

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

Essa foi a motivação principal da conversão religiosa do médico carioca e da produção intelectual que dimensionou o argumento sobre a 'loucura espírita'. O médico carioca, consolidada a crença na existência de espíritos e da eficácia da terapêutica espírita,

passa a corroborar a teoria kardecista da causalidade da loucura em função do exercício mediúnico. MENEZES (1988) sustenta que o assunto pode resvalar para o absurdo, caso não se proceda, de maneira lógica, à caridade, atividade estritamente interna ao campo religioso. Nesse contexto, o espiritismo religioso aceita a desobsessão, a prática da mediunidade, a ação fluídica proposta por Kardec que, em Bezerra de Menezes, se complementa por consultas espirituais. Procede daí um mercado de receituários com o plano espiritual, em que os espíritos e médiuns prestam serviços na presença de espíritos superiores desencarnados (geralmente médicos desencarnados). Dependendo o grau de comprometimento que aponte o diagnóstico parte-se com maior precisão (moral), informando-se a natureza da alienação mental e seu respectivo tratamento, pela seguinte metodologia:

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

Nessa visão, trata-se menos de uma racionalidade médica do que uma estratégia religiosa, servindo para legitimar as atividades mediúnicas no centro espírita, buscando legitimidade social da prática espiritual.

Vê-se que o interesse pragmático voltado para a prática mediúnica pode gerar uma crise de responsabilidade civil e criminal quando o diagnóstico terapêutico praticado no centro espírita decide, ou pela loucura por lesão cerebral, ou pela loucura por obsessão sem lesão cerebral. Avalizado por um médico convertido ao espiritismo, a crença de uma terapêutica espiritual por desobsessão não poderia ganhar total autonomia, dada a possibilidade de comprometimento fisiológico da vítima, admitido desse modo poder lesar organicamente o cérebro, seja em qual for o espaço da prática terapêutica aplicada.

Exercida fora do espaço médico, lugar onde o poder do diagnóstico médico atua plenamente, prevalece a racionalidade médica hegemônica por questão de fato e de direito.

No entanto, não há qualquer menção, por parte do médico brasileiro Bezerra de Menezes, de um projeto prático que tenha por finalidade implantar um sistema terapêutico espírita nos espaços hospitalares psiquiátricos, por exemplo, nos hospícios inaugurados no Rio de Janeiro ou em São Paulo de sua época. Entende-se que é nesse contexto que a controvérsia do espiritismo científico e espiritismo religioso nasce no movimento espírita brasileiro, no começo do século XX. Resultado de interpretações de uma terapia alternativa praticada exclusivamente no centro espírita, a polêmica também inicia a estruturação de um campo de lutas (simbólicas) do diagnóstico e tratamento espirituais em relação à terapêutica praticada exclusivamente no espaço médico.

Os problemas de cientificismos aqui levantados sobre as atividades médicas e políticas de Bezerra de Menezes foram acolhidos, nesse momento histórico do espiritismo brasileiro, como alternativa religiosa à brecha psiquiátrica, assim argumentada por ele, dada a ausência de valores cognitivos na Psiquiatria ainda em formação. Defende-se aqui que em Bezerra de Menezes a terapêutica espírita não assume os valores ideológicos de uma racionalidade médica, quando ainda não se pretende praticar a terapêutica espiritual no mesmo espaço de tradição da prática médica.

Como acentua a historiografia sobre o assunto, somente nos anos 50 do século XX, o espiritismo implementado no Brasil como religião passa a reivindicar o espaço médico para complementar o projeto de uma terapêutica espírita legitimada, fonte de estratégias religiosas originada no projeto médico-espírita de Bezerra de Menezes (GIUMBELLI, 1997).

Nos anos 40, quando o médium brasileiro Chico Xavier coloca-se abertamente à comunidade religiosa pela atividade literária psicografada, surge estrategicamente uma série de livros de cunho científico e médico, elaborado pela autoria conjunta com André Luiz, declarado, no anonimato, pseudônimo de um médico sanitaria que viveu na cidade do Rio de Janeiro em vida passada.

Neste argumento, esses escritos psicografados representam uma força simbólica sobre a produção de bens simbólicos de salvação, que serão incorporados de modo definitivo no movimento espírita brasileiro. Isso porque, como vem-se descrevendo, em todos os problemas de ordem científica, voltados principalmente à atividade psiquiátrica, em André Luiz há o interesse de uma resposta à estruturação espírita de um sistema terapêutico, que constitui, nos anos seguintes, a efetivação da crença e do projeto médico-espírita dentro do espaço médico.

Viu-se como Allan Kardec e Bezerra de Menezes opuseram-se ambos às estratégias materialistas praticadas pelas ciências físicas e naturais e pela medicina vigentes, preocupando-se em firmar e demonstrar a existência de leis espirituais, concepções fundantes do espiritismo kardecista. Viu-se também como as doenças mentais e a mediunidade se relacionam nesse contexto médico e religioso.

A maioria dos livros da série psicografada por André Luiz é composta de romances religiosos. Os personagens dialogam com o interlocutor André Luiz geralmente no plano espiritual. Mostra-se a figura de um médico circulando entre os enfermos, convergindo de algum modo a problemas mentais. Relatar essas descrições bastariam para demonstrar como os conceitos utilizados pela crença espírita transformam-se em conceitos estruturantes, trazendo ao leitor imagens da natureza dos espíritos, cuja eficácia simbólica sem igual concretiza a crença na existência de espíritos, a partir de uma literatura de ficção.

Entretanto, o que interessa são os temas ali explorados, de maneira ordenados estrategicamente segundo a pauta que tem-se levantando aqui, há uma agenda centrada no conteúdo do espiritismo e de suas práticas terapêuticas espirituais, cujo compromisso com a doutrina kardecista é declarado pelo aprimoramento da teoria do perispírito. Os personagens reforçam continuamente, nas descrições literárias do plano astral, as proposições da crença espírita sobre a existência dos espíritos, do perispírito, da mediunidade, das doenças por obsessão, das doenças perispirituais e das formas de tratamento. Acrescenta-se, no entanto, que o autor abrange livros dedicados à reflexões especificamente médicas, por exemplo, sobre uma proposta de uma fisiologia da mediunidade, outra de uma fisiologia do pensamento ou reformulação da visão espírita desde Kardec sobre a constituição dos corpos (perispiritual). É em André Luiz que se vê

exposto a existência de vários corpos, além do perispírito, como único corpo intermediário mencionado na doutrina kardecista.

De igual modo à racionalidade médica tradicional, como lembra LUZ (1997) sobre a morfologia “anatômica do corpo energético” (canais meridianos chinês, corpos densos e corpos sutis ayurvédica), podemos associar em XAVIER (1945) um modelo terapêutico construído pelo espírito André Luiz, que se confronta com a doutrina espírita, além de se confrontar com as teorias da medicina materialista sobre o cérebro e sobre as doenças mentais. Vemos, enfim, uma proposta de ampliação do modelo religioso de Allan Kardec destacando uma fisiologia e anatomia humanas.

Por exemplo, no livro *Missionários da Luz* (XAVIER, 1945), o espírito André Luiz segue aprendendo, como médico, com seu instrutor espiritual (do plano espiritual sobre o plano da Terra), que visualiza uma descrição sobre a fisiologia da máquina humana, em cujo corpo conserva a glândula epífise. Tal fisiológica, considerada na biomedicina sem utilidade nenhuma, no capítulo sobre a epífise, é objeto de demonstração, de modo implícito, de um argumento de ordem médica sobre a anatomia cerebral do médium:

(...) vali-me das forças magnéticas que o instrutor me fornecera, para fixar a máxima atenção no médium. Quanto mais lhe notava as singularidades do cérebro, mais admirava a luz crescente que a epífise deixava perceber. A glândula minúscula transformara-se em núcleo radiante e, em derredor, seus raios formavam um lótus de pétalas sublimes (...) estudara a função da epífise nos meus apagados serviços de médico terrestre. Segundo os orientadores clássicos circunscreviam-se suas atribuições ao controle sexual no período infantil (...) minhas observações, ali, entretanto, contrastavam com as definições dos círculos (...) Não se trata de órgão morto, segundo velhas suposições. É a glândula da vida mental. Ela acorda no organismo do homem, na puberdade, as forças criadoras e, em seguida, continua a funcionar, como o mais avançado laboratório de elementos psíquicos da criatura terrestre (XAVIER, 1945, p.19; comentários de André Luiz no aprendizado com seu instrutor espiritual diante descrição de um quadro de doença espiritual).

Esses esclarecimentos anatômicos estão ajustados com a visão biomédica e materialista da doença mental uma vez circunscritos nas regiões cerebrais. No entanto, o modo como aparecem nos relatos espirituais é abrandado os valores profissionais do médico, que certamente André Luiz privilegiou aquelas circunstâncias espirituais estrategicamente na construção da crença espírita numa versão estratégia materialista.

O que se denota aqui na literatura psicografada é uma estruturação de disposições do tipo revelação espiritual, que tomam o valor de informações próprias do campo médico. De fato, os médicos são chamados a dar palavra de ordem médica e científica sobre as asseverações de fé no campo religioso. Verifica-se maior complexidade quando as informações reveladas sobre a glândula pineal, apenas cogitadas desde René Descartes (1596-1650) como sede da alma, ganham aqui o vigor de localidade anatômica da vida espiritual e são explicadas na forma de verdade pertencentes às ciências médicas e psicológicas:

(...) estamos examinando um problema de embriologia. Limitemo-nos ao assunto inicial e analisemos a epífise, como glândula da vida espiritual do homem. Segregando delicadas energias psíquicas, a glândula pineal conserva ascendência em todo o sistema endocrínico. Ligada à mente, através de princípios eletromagnéticos do campo vital, que a ciência comum ainda não pode identificar, comanda as forças subscientes sob a determinação direta da vontade. As redes nervosas constituem-lhe os fios telegráficos para ordens imediatas a todos os departamentos celulares (...) na qualidade de controladora do mundo emotivo, sua posição na experiência sexual é básica e absoluta (...) do lastimável menosprezo a esse potencial sagrado, decorrem os dolorosos fenômenos da hereditariedade fisiológica, que deveria constituir, invariavelmente, um quadro de aquisições abençoadas e puras (XAVIER, 1945, p. 22).

Conceitos da anatomia e da fisiologia, que foram incorporados pela Medicina e por correntes de base organicista da Psicologia e da Psiquiatria, são utilizados pelo autor espiritual sem recorrência científica, cuja base anatômica biomédica é reinterpretada sob argumentos morais provenientes do Espiritismo e de sua cosmologia. É notória a associação entre fenômenos de hereditariedade fisiológica, subsciente e experiência sexual como conseqüência de um mau uso da glândula pineal. Nesse ponto, o leitor de André Luiz ou acredita piamente na informação e aí se encontra convertido dogmaticamente e nada questiona ou replica a fonte de informações, confrontando ceticamente com as informações materialistas do campo médico e psicológico.

Se o leitor universitário aceita as informações espiritualistas, a disputa passa então a aceitabilidade do modelo espírita sobre o problema mental, concorrendo com a concepção de doença perispiritual:

A perversão do nosso plano mental consciente determina a perversão de nosso psiquismo inconsciente encarregado da execução de desejos

e ordenações mais íntimas, na esfera das operações automáticas. A vontade desequilibrada desregula o foco de nossas possibilidades criadoras. Daí procede a necessidades de regras morais para quem, de fato, se interesse pelas aquisições eternas nos domínios do Espírito. Renúncia, abnegação, continência sexual e disciplina emotiva não representam meros preceitos de feição religiosa. São providências de teor científico, para enriquecimento efetivo da personalidade. Nunca fugiremos à lei, cujos artigos e parágrafos do Supremo Legislador abrangem o Universo. Ninguém enganará a Natureza. Centros vitais desequilibrados abrigarão a alma à permanência nas situações de desequilíbrio (...) segregando 'unidades-forças' pode ser comparada a poderosa usina, que deve ser aproveitada e controlada, no serviço de iluminação, refinamento e benefício da personalidade e não relaxada em gastos excessivos do suprimento psíquico, nas emoções de baixa classe (...) em vista disso é indispensável cuidar atentamente da economia de forças (...) são muito raros ainda, na Terra, os que reconhecem a necessidade de preservação das energias psíquicas para engrandecimento do Espírito eterno (...) o homem pratica verdadeiramente o bem, vive no seio de vibrações construtivas e santificantes da gratidão da felicidade, da alegria. Não é fazer teoria de esperança. É princípio científico, sem cuja aplicação, na esfera comum, não se liberta a alma, descentralizada pela viciação nas zonas mais baixas da Natureza (XAVIER, 1945, p.23-5).

A característica científicista, escrita pelo espírito de André Luiz pelas mãos de XAVIER (1945), é reforçada pelo modelo kardecista de alma, de acordo com a enfermidade a partir de uma representação alternativa que explica a fisiologia do corpo doente: o corpo mental é antes de tudo o principal corpo que adoece e, portanto, centrando-se o foco sobre as atividades mentais, vê-se essas proposições ganharem força em relação às proposições kardecistas, através de uma ética espírita voltada a atuar estrategicamente competindo no campo religioso, teor científicista manifesto e impresso pela literatura de ficção.

O princípio científico a que refere XAVIER (1945) é aplicado à estruturação de um modelo médico espírita, que está mais apropriado ao uso pessoal do médium (que reclama um modo de administrar as doenças espirituais a seu modo), do que ao uso de uma forma terapêutica complementar de um profissional da saúde (espírita ou não).

Embora o trabalho profissional na saúde encontre aqui um recurso a mais para os cuidados da doença e do doente mental, o livro parece dedicado ao médium obsedado, concorrente à educação mediúnica. Deixa-se conotar desse processo educativo a cientificidade (ou científicismo) do espiritismo no campo religioso. Talvez aqui se possa indicar o lugar onde os elementos constituintes de um espiritismo científico, na versão de

André Luiz, dispõem-se simbolicamente no espiritismo religioso, levando-se em conta o capital cultural dos adeptos que procuram aumentar o nível de argumentação por confrontações explicativas oriundo do campo da ciência.

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

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

Essas imagens que transitam entre um instrutor e o médico aprendiz são muito sugestivas para o leitor que apreende a crença de um suposto mundo espiritual que lhe serve de modelo para a crença na existência dos espíritos. Por outro lado, as enfermidades mentais não se sucedem nesse quadro de aprendizado em função das imagens de médicos, associadas à práticas de cura dos problemas mentais. De uma crença consolidada na teoria da loucura por obsessão à adoção de seu conteúdo para realização de projetos práticos terapêuticos no movimento religioso espírita, longa distância se dará até a institucionalização do projeto médico-espírita, efetivado na organização dos hospitais

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

Para que o médium possa ser médico de si mesmo, como sugere o autor espiritual, há elementos de disposição e de compromisso tanto para o médium, quanto para o doutrinador adquirir como um recurso de fé. Acentua André Luiz que o doutrinador - na posição de religioso possuidor de uma fé que carrega na palavra o magnetismo positivo, condição em que a doutrinação espiritual na forma terapêutica se efetiva - , trabalha na perspectiva de transformação de quem sofre a ação da obsessão (obsedado) no médium. É através da própria conversão religiosa desse, por meio da própria compreensão de médico de si mesmo, que se amplia as evidências de que estamos tratando de um sistema de crença espírita pertencente ao campo religioso.

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

No mesmo quadro de enfermidade espírita, não necessariamente da loucura, André Luiz justifica no candidato a médium que, desse ponto de vista, recebe a denominação médium de cura, um processo de cura que envolve explicitamente o tratamento moral a partir da conversão religiosa à prática mediúnica. No entanto, deixa aberta a participação da medicina sem especificar a prática psiquiátrica como fez Bezerra de Menezes:

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

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

Em primeiro lugar, a teoria sobre o conceito do éter, base científica sobre a qual Allan Kardec constrói a teoria do fluido cósmico universal, sustentando a existência do perispírito, André Luiz retoma o assunto com semelhantes conclusões, sob uma ótica renovada, confrontando explicitamente com as descobertas da Física contemporânea, que resultam na atual revolução paradigmática nas ciências físicas desde Isaac Newton (1642-1727), mas ainda contornadas pela teoria do campo de Albert Einstein (1879-1955):

Conhecemos a gama das ondas, sabemos que a luz se desloca em feixes corpusculares que denominamos 'fótons', não ignoramos que o átomo é um redemoinho de forças positivas e negativas, cujos potenciais variam com o número de elétrons ou partículas de força em torno do núcleo, informando-nos de que a energia, ao condensar-se, surge como massa para transformar-se, depois, em energia; entretanto, o meio sutil em que os sistemas atômicos oscilam não pode ser equacionado com os nossos conhecimentos. Até agora temos nomeado esse 'terreno indefinível' como sendo o 'éter'; contudo, Einstein, quando buscou imaginar-lhe as propriedades indispensáveis para poder transmitir ondas características de bilhões de oscilações, não conseguiu acomodar as necessárias grandezas matemáticas numa fórmula, porquanto as qualidades de que essa matéria devia estar revestida não são combináveis, e concluiu que ela não existe, propondo-se abolir o conceito de éter, substituindo-o pelo conceito de 'campo'. Campo desse modo passou a designar o espaço dominado pela influência de uma partícula de massa (...) a proposição de Einstein, no entanto, não resolve o problema, porque a indagação quanto à matéria de base para o campo continua desafiando o raciocínio, motivo pelo qual, escrevendo da esfera extrafísica, na tentativa de analisar, mais acuradamente, o fenômeno da transmissão mediúnica, definiremos o meio sutil em que o Universo se equilibra como sendo o Fluido Cósmico ou Hálito Divino, a força para nós inabordável que sustenta a Criação (XAVIER, 1959, p. 40-1).

Está demonstrado, nessa citação, o desejo explícito do autor em disputar, no campo da Ciência, teorias e definições em torno do fenômeno da mediunidade. Primeiramente, prevalecendo no contexto revolucionário das descobertas científicas, subscreve que a teoria do éter é mais bem confirmada que o modelo explicativo anterior à revolução científica na Física (teoria da relatividade). Mais ajustado aos propósitos do autor, que desenvolve seus argumentos sobre a mediunidade, compara a validade do fluido cósmico universal tanto no macrocosmo quanto no microcosmo.

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

(...) o cérebro, com as células especiais que lhe são próprias, detém verdadeiras usinas microscópicas (...) é aí nesse microcosmo prodigioso, que a matéria mental, ao impulso do Espírito, é manipulada e expressa, em movimento constante, produzindo correntes que se exteriorizam conservando mais amplo poder na aura da personalidade em que se exprime, através da ação e reação permanentes, como acontece no gerador comum, em que o fluxo energético atinge valor máximo, segundo a resistência integral do campo (...) sendo o pensamento força sutil e inexaurível do Espírito podemos categorizá-lo com faculdades de auto-excitação e autoplásticação inimagináveis (XAVIER, 1959, p.76).

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

Não nos propomos analisar aqui as personalidades psicopáticas do ponto de vista da Psiquiatria, nem focalizar as chamadas psicoses de involução, ou as demências senis, claramente necessitadas de orientação médica; recordaremos, contudo, que na retaguarda dos desequilíbrios mentais, sejam da ideação ou da afetividade, da atenção

ou da memória, tanto quanto por trás de enfermidades psíquicas clássicas, como, por exemplo, as esquizofrenias e as parafrenias, as oligofrenias e a paranóia, as psicoses e neuroses de multifária expressão, permanecem as perturbações da individualidade transviada do caminho que as Leis Divinas lhe assinalam à evolução moral. Enquanto se lhe mantém a internação no instrumento físico transitório, até certo ponto ela consegue ocultar no esconderijo da carne os resultados das paixões e abusos, extravagâncias e viciações a que se dedica (XAVIER, 1959, p.170).

Nessa visão, recebida da abordagem reencarnacionista e descrita pela psicografia de XAVIER (1959), o modelo espírita de alienação mental (desde Allan Kardec e Bezerra de Menezes) é reafirmado em dois sentidos. Primeiro reatualiza o conceito de alienação e a nosologia clássica das patologias mentais incluindo as atuais classificações psicológicas utilizadas pela Psiquiatria. Segundo a importância a destacar é o reforço do exercício da mediunidade pelo espiritismo e o uso dos médiuns nos tratamentos e curas espirituais, incluindo os casos de obsessão, mesmo nos casos clínicos crônicos-degenerativos.

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

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

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

Mostra-se nessa sessão a parte que interessa em comparação com a obra de Allan Kardec e de Adolfo Bezerra de Menezes, recortando os argumentos que fundam as concepções do mundo espíritas sobre os distúrbios mentais. Vê-se que a psicografia de XAVIER (1959), pelo escrito do espírito de André Luiz, emprega vigorosamente uma estrutura simbólica que serve de alicerce, ora aos profissionais da saúde de inclinações às crenças espíritas que se guiam pela compreensão da natureza do espírito, ora aos médiuns para aumentar o capital simbólico proveniente do mundo da ciência. Em ambos os casos, o médico desencarnado André Luiz orienta o estatuto cientificista do espiritismo por argumentos cientificistas.

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

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

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

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

Com a finalidade de estudar cientificamente os fenômenos da interferência do plano espiritual sobre o plano material, do espírito sobre a matéria, apreciando, particularmente, a aplicação de processos eficazes de tratamento que a experiência de muitos mostrou serem eficientes, mas que as Escolas de medicina ainda desconhecem, um grupo de médicos espíritas de São Paulo resolveu congregar-se, organizando a Associação Médico Espírita de São Paulo (...) Aceito os princípios básicos da existência do espírito, sua evolução através de reencarnações sucessivas e da lei de causas e efeitos, deverá surgir na medicina Moderna, um horizonte novo para a interpretação dos fatos

clínicos, da etiologia e evolução das doenças, facultando a aplicação de novos meios terapêuticos (...) É realmente estranho que durante tão longo tempo não se tenha introduzido, no sentido oficial de medicina os recursos valiosos que a Doutrina Cristã nos oferece para o tratamento de estados mórbidos que afetam a humanidade (...) Segundo a Organização Mundial de Saúde – ‘Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social’. A esse estado chegar-se-á quando se souber viver em ‘Espírito e verdade’, a Doutrina Cristã. Estando o Cristianismo diretamente ligado aos problemas do espírito e da vivência social, com base na imortalidade do espírito e da vivência social, com base na imortalidade e no amor que Jesus se nos apresenta como médico dos médicos, equilibrando harmonicamente a vivência do espírito, do corpo e da sociedade ao mesmo tempo. Parece-nos, pois, chegado o momento de suas lições merecerem a acolhida da classe médica (BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DE SÃO PAULO, 1985, “Introdução”).

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

A partir dessas duas posições ambivalentes (médica e religiosa), os médicos espíritas apresentam o espiritismo como síntese científica, ou seja, apresentam as condições de possibilidades da ciência espírita transformar-se, com todo rigor, em um projeto médico-espírita. Nesse sentido, desenvolve-se, aqui, quais as condições para que as disposições reproduzidas estruturalmente desde o projeto intelectual de Bezerra de Menezes, sejam aquelas de instituir uma prática terapêutica espírita em espaços médicos no Brasil.

No fundo está-se retratando as estratégias espíritas na busca de legitimidade do espiritismo, posta agora na luta pela legitimação de uma prática religiosa-científica através da habilitação do médico espírita, que reclama o direito de exercer a mediunidade nos espaços de instituições médicas. Por outro lado, objetiva-se, no mesmo ato simbólico, reproduzir as disposições sociais anteriormente estruturadas desde Allan Kardec, quando do reconhecimento social e conquista legítima do espiritismo e da prática mediúcnica na sociedade francesa, diferenciando-se, no movimento espírita brasileiro, por um conjunto de agentes e práticas, categorizadas de charlatanismo e superstições, também pelos próprios

espíritas kardecistas, médicos, instâncias jurídicas, embora pudessem clandestinamente estar reguladas enquanto práticas terapêuticas por determinados setores da sociedade.

Um episódio sintetiza a ambivalência dos médicos praticantes do espiritismo nessa no interior dessa Associação, dentro do processo de legitimação social do espaço médico-espírita:

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

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

É nossa obrigação, como médicos e como espíritas. Infelizmente, da imprensa espírita, com poucas exceções, só temos recebido insultos misturados com difamação e desinformação. De alguns confrades espíritas anônimos mais exaltados, até mesmo ameaças de assassinato de nossos diretores e de seqüestro de nossos filhos. A desinformação foi e continua intensa. Desinformaram, Por exemplo: 1) Quando nos acusaram de instigar o Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco contra o Dr. Edson. Na realidade, o processo contra ele iniciou-se em 1981, dois anos antes da declaração da AME-SP, e baseou-se em denúncia, ainda mais antiga, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará; 2) quando anunciaram a “absolvição” do Dr. Edson pelo Conselho Federal de Medicina. Na realidade esse Conselho apenas fez retornar o processo à fonte para ‘denúncia formal’ de fatos graves, inclusive ‘responsabilidade pela morte de paciente’, conforme o Conselho fez publicar ‘tendo em vista a divulgação de notícias tendenciosas e parciais’; 3) quando nos acusaram de denúncia do Dr. Edson ao Departamento Estadual de Polícia do Consumidor (DECON) em São Paulo. Na realidade, fomos

intimados a depor em volumoso processo já existente no Departamento contra esse médico (BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DE SÃO PAULO, 1985, p. 10-11).

À parte da corporação médica, que se distingue das atividades charlatanescas em geral, para o grupo de médicos espíritas o charlatanismo que utiliza dos princípios espíritas especificamente levanta suspeitas de um grupo de médicos, pertencentes à classe médica, mas que declaradamente postulam e sustentam os princípios espíritas sob o domínio da prática mediúnica exercida nos centros espíritas e mostram socialmente características ambivalentes do médico-espírita que, no entanto, representam um processo social de distinções sociais no campo religioso e médico:

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

A distinção social, de médico e de espírita, ganha força na solicitação discursiva de reconhecimento, por parte do leitor, das atividades médicas e rigor moral, ético e jurídico, quando utiliza do recurso simbólico da função das Associações Médicas na defesa do público consumidor de serviços médicos e espíritas:

Enquanto noticiário desse tipo continuar ocorrendo, a Associação Médico-Espírita de São Paulo, cônica de sua responsabilidade, continuará tentando proteger a saúde pública contra os perigos do charlatanismo e defender o espiritismo do ridículo em que a credulidade fanática o está afundando (BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DE SÃO PAULO, 1985, p. 12).

Entretanto, o debate desses médicos praticantes do espiritismo com os Conselhos de Medicina não expressa apenas a sua ambivalência enquanto médicos e espíritas, mas as lutas no campo de relações de poder, travados entre a hegemonia da medicina com aqueles saberes e práticas terapêuticas que não se encontram sob o seu domínio e reconhecimento, ainda que a construção da terapêutica espiritual esteja estrategicamente posta pelos kardecistas nas mãos de segmentos espíritas da própria

corporação médica, ocupando, estrategicamente determinadas instituições médicas e organizações médico-religiosas.

Descreve-se, em seguida, alguns modelos explicativos produzidos por médicos praticantes do espiritismo, que partem do modelo de ciência espírita de Allan Kardec, bem como do modelo da terapêutica espiritual de Bezerra de Menezes, cujos projetos ideológicos compreende-se estar inseridos no interior de um *habitus*, nos termos colocados por BOURDIEU (1974).

O artigo de FACURE (1999) mostra claramente uma síntese médico-espírita. O autor, médico e cientista, vem a público como espírita produzindo literatura para um público amplo. Ele aceita as bases da doutrina kardecista e endossa os conceitos escritos pelas mãos de XAVIER (1944, 1945, 1946, 1958), do espírito de André Luiz, e dá continuidade, publicamente, à discussão com argumentos das descobertas científicas para fundamentar a existência dos espíritos e propõe as cirurgias espirituais, e a construção de uma terapia espiritual não dissociada do espiritismo kardecista.

O autor, como os demais que se aborda nesse capítulo, interessa apenas como agente produtor da literatura espírita, um intelectual orgânico que, colocados nos termos de Antonio Gramsci (1891-1937), reproduz a ideologia espírita no campo religioso, cujas atividades pessoais de médico e de espírita não interessa nesse capítulo, tal como se está interessado nos agentes definidos como agentes híbridos no contexto do hospital estudado.

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

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

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

Esse raciocínio introduz uma teoria médico-espírita sobre as funções da glândula pineal. O autor mostra os valores atribuídos pela ciência à função endócrina da referida glândula e os valores atribuído pelo espiritismo psicográfico de André Luiz, dada pelas mãos de XAVIER (1959), como uma glândula espiritual. Na condição possível de associar informações entre as revelações espirituais de André Luiz e a neurologia, o autor constrói uma versão híbrida ao estruturar uma fisiologia cérebro-mente, associada à existência do espírito:

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

Sem associar os conceitos espíritas de mediunidade e perispírito das bases do espiritismo tradicional, o autor apresenta a necessidade de aceitação da existência do espírito e desloca o problema para as projeções mentais, temática impregnada de valores não científicos. Pressupondo as revoluções científicas da física quântica, conclui sobre seu modelo explicativo, tendo por base as partículas denominadas "mindtrons", antevendo o futuro do campo científico pela crença de reformulação da sociedade, dada a possibilidade de viagens astrais dos espíritos:

O pensamento humano é um produto sofisticado da Força da Mente e, portanto carregado de energia que se transmite com a luz, por

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

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

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

A mesma abordagem híbrida é tratada por outro enfoque por NOBRE (2000). A autora relaciona a glândula pineal à mediunidade e também às recentes descobertas na ciência sobre o mesmo órgão no corpo e as associa sob a imagem de um progresso científico, agregado às condições sociais de aceitação da existência do perispírito no campo da ciência para o próximo milênio:

Nesse capítulo citamos importantes pesquisadores que detectaram a ação da melatonina sobre a hipófise e o hipotálamo, estrutura nobre considerada até o presente, como responsável pelo sistema endócrino (...) Na verdade, a pesquisa médica vai evoluir muito mais no próximo milênio, não se pode esquecer que o perispírito ainda é um ilustre

desconhecido e sua simples descoberta por parte da ciência oficial, com possibilidade de investigação em laboratório contribuirá para a mudança definitiva do enfoque materialista mecanicista em que está lastreada (...) (NOBRE, 2000, p. 232).

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

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

Nesses comentários, de natureza híbrida, não publicáveis em revistas científicas, esses argumentos de médicos praticantes do espiritismo tendem a uma interpretação de viés religioso, transmitindo ao leitor a prevalência dos valores da crença espírita sobre os valores científicos, dentro da especialidade que lhes compete. Por isso, esses trabalhos, de fundo cientificista, foram classificados, voltados a uma teorização da terapêutica espírita, não propriamente à prática médica-espírita. Estão interessados em apresentar idealmente as disputas, no campo da ciência, de concepções espíritas de enfermidades, diagnóstico e tratamento não especialmente fundando a prática médico-espírita, embora tenha esse por objetivo de fundo. Os modelos híbridos sugeridos aqui os são de modo a originarem-se no campo médico: limitam-se a registrar os conteúdos dogmaticamente, assegurando um consenso entre esses valores sem questioná-los nas suas bases. 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.

Verifica-se em ANDRÉA (1992), médico estudioso do espiritismo, um acentuado preocupação a um novo modelo espírita de ciência. O autor lança em questão um modo particular para interpretar a realidade espírita, utilizando o conceito de energia e vibração numa nova síntese no discurso religioso espírita. Mantém a dualidade corpo-espírito, a mediação do perispírito, aceita a existência de espíritos e sua influência no psiquismo, explica as obsessões como doenças espirituais, contudo introduz do campo científico os conceitos de consciência e inconsciência, próprios da Psicologia e na Psicanálise, que o autor recobra-os para fundamentar a base de um novo esquema sobre os problemas do espiritismo científico: da revolução científica da Física (o éter e o fluido universal, que na história do espiritismo certificou o perispírito, a loucura, a mediunidade, o perispírito e a reencarnação), será agora possível ampliar o quadro de compreensão psíquica que inclui, topograficamente, a dimensão espiritual através de

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

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

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

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

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

Como se vem expondo os três modos de entendimento das concepções do mundo espíritas, várias razões práticas associam-se na equivalência do *habitus* espírita atuantes no campo religioso. Neste argumento, a crença na existência do espírito direciona o arranjo de um sistema simbólico, mediado por conceitos realistas adotados por convenção para uma ética social do exercício da mediunidade e da caridade concomitantemente. A doutrina religiosa de Allan Kardec fornece a estrutura para a produção do capital cultural do espiritismo pelo cultivo religioso do *habitus* letrado doutrinário que serve para distinguir-se, simbolicamente, das demais religiões mediúnicas.

Vê-se como os agentes religiosos e os agentes da área da saúde possuem dois tipos de posses culturais, socialmente incorporadas, ora do sistema religioso, ora do sistema médico. No caso dos médicos espíritas, soma-se a possibilidade de inventividade, quando relaciona de modo especial dois tipos de capital cultural adquiridos: os conhecimentos médico-científico e conhecimento religioso. Mas a designação médico-espírita manifesta-se como um bem simbólico que o universo social, junto às relações de poder no espaço médico, revela ora de maneira harmoniosa, ora de modo conflituoso, dependendo dos agentes envolvidos, dependendo enfim do encontro entre os dois *habitus*, que inconscientemente inter cruzam-se, ora no espaço religioso, ora no mesmo espaço médico hospitalar, determinado pelas ideologias dominantes nos dois campos.

Ressalta-se que, da crença na existência do espírito e do perispírito, lançada na base da doutrina de Allan Kardec, será com o médico Bezerra de Menezes, convertido ao espiritismo, que se inculca socialmente a crença na possibilidade de realização do projeto terapêutico espírita. Essa expectativa social, que segue paralelamente à prática religiosa do espiritismo religioso de Allan Kardec na base do exercício da mediunidade caritativa, juntamente com o espiritismo científico de MENEZES (1988), que estrutura as condições sociais de diagnosticar a doença mental sem lesão cerebral, reclama as posições sociais ainda não assumidas inteiramente por profissionais da saúde praticantes do espiritismo, dentro de espaços médicos no país. Nesse contexto, emergem na concorrência do projeto médico-espírita o sistema simbólico organizado pelo médium XAVIER (1959) pela escrita do espírito André Luiz. Médico desencarnado, André Luiz relaciona prática mediúnica com prática médica, cristalizando o poder simbólico no termo médico-espírita e a possibilidade da prática médico-espírita se realizar no espaço médico no país. Essa forma de poder transfigurado, como orienta BOURDIEU (1997), foi legitimado pelos sistemas conceituais anteriores de crenças consolidada no perispírito.

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 dos 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.

Capítulo IV:
A constituição simbólica do espaço médico-
espírita

Admite-se, na lógica da investigação desse projeto inicial, que os hospitais psiquiátricos, administrados por grupos de religiosos praticantes do espiritismo, serviram de objeto de estudo, e por isso foram denominados hospitais psiquiátricos espíritas em razão de se admitir a existência de diferentes características em relação aos tipos de hospitais psiquiátricos de administração convencional. Acolheu-se com reserva a idéia da existência de agentes religiosos e agentes da saúde interagindo com práticas terapêuticas de natureza também diferentes em um mesmo espaço terapêutico (práticas terapêuticas híbridas – médica e religiosa), de modo que se qualificou esse estado heteróclito sempre na referência da prática médica, no contexto do campo da saúde. Assim, o espaço e agentes híbridos aparecem como resultado desse argumento sobre o qual o agente e a prática médicas são dominantes no campo da saúde sobre o agente e a prática religiosos.

Essa conclusão foi bem evidenciada na revisão bibliográfica que se fez, na qual foram analisados os estudos sobre as práticas médicas que usam terapias espirituais. Principalmente LOYOLA (1984), a primeira autora a usar o conceito de campo de Pierre Bourdieu, se aproxima dessa circunstância híbrida e explica as relações entre os diferentes agentes e praticas de cura, incluindo as médicas, religiosas e caracterizando as híbridas no espaço da cidade. Para ela, o sentido das relações entre diversas práticas terapêuticas dá-se na relação dos agentes analisados, que mobilizam práticas de campos diferentes: as doenças do corpo são encaminhadas aos médicos pelos agentes religiosos de cura, enquanto alguns médicos - os médicos populares - encaminhavam pacientes para outras terapias, incluindo as religiosas.

Do mesmo modo, esse argumento pode aqui ser aplicado ao campo institucional, onde as práticas médicas alopáticas convivem com as práticas religiosas. Nesta condição, no espaço asilar ou hospitalar as práticas terapêuticas complementam-se ou conflitam entre si, sendo também utilizadas simultaneamente para doenças que a medicina julga incuráveis, podendo-se afirmar, da mesma forma que a elas recorrem a clientela dos serviços de saúde analisados por LOYOLA (1984).

No capítulo anterior viu-se como as cosmovisões de mundo espíritas foram construídas em contraposição à visão materialista da ciência médica, a biomedicina. 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.

Neste capítulo apresenta-se os resultados da presente pesquisa de campo. Os produtos da investigação, que se destaca nesse espaço asilar e/ou hospitalar, foram promovidos sobre o argumento de um espaço terapêutico híbrido, que pressupõem confrontos entre visões de mundo, tendo por base ou o modelo biomédico, ou a terapêutica espírita. Apresenta-se, em seguida, os argumentos retirados de depoimentos dos entrevistados, que resultou na seguinte classificação (Cf. Lista de Abreviaturas):

- a) AGE: agente religioso espírita é o praticante do espiritismo que atua como voluntário dentro da instituição;
- b) AGEM: agente religioso espírita é o praticante do espiritismo que atua como médium voluntário dentro da instituição;
- c) AGEDir: agente religioso dirigente é o praticante espírita que ocupa cargo voluntário na direção administrativa da instituição;
- d) AGEHib: agente religioso híbrido é o praticante espírita que ocupa cargo de direção administrativa sobre a área médica e clínica da instituição de modo voluntário ou assalariado;
- e) APS: agente profissional da saúde que atua dentro da instituição;
- f) APSHibr: agente da saúde híbrido é o profissional da saúde que ocupa cargo contratado de direção na área médica ou clínica da instituição e que é praticante do espiritismo.

1. O espaço da prática médica

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

Desde os anos 60 até meados dos anos 70 do século XX, num sítio de aproximadamente 70 mil metros quadrados, foi construído um complexo hospitalar que abriga em torno de 1.000 pacientes em 35 mil metros quadrados de área construída. O hospital é composto de vários prédios, contendo cada um diversos compartimentos para cuidar de pacientes que vivem em regime fechado na forma asilar: dormitórios coletivos, banheiros, copas, salas diversas (como recepção, terapia, raio-x, salão para educação física), enfermarias, além de uma enfermaria central, num dos prédios, apropriada para UTI (unidade de terapia intensiva). Também os prédios da administração - que incluem manutenção, gráfica, lavanderia, serviço de nutrição e dietética, refeitório - agregam departamentos diversos: biblioteca, atendimento médico-odontológico, berçário, serviço social, farmácia, ambulatório médico, pessoal, recrutamento, seleção e treinamento, necrotério, contabilidade, comunicações, informática, anfiteatro e creche. A estrutura organizacional compreende um departamento para atividades administrativo-financeiras, outro para captação de recursos e divisão de recursos humanos.

Nas palavras de uma das fundadoras da instituição, que menciona a orientação espiritual na construção do hospital filantrópico de assistência aos portadores de deficiências múltiplas, tem-se:

No início tínhamos assistência social para os pobres. Depois fomos orientados pelo plano espiritual para comprar um terreno e construir um abrigo para crianças. Não sabíamos para que tipo de crianças. Pensávamos que eram crianças órfãs, abandonadas. Quando o prédio ficou pronto, que ficamos na expectativa durante os seis anos da construção, foi fundada depois de visitarmos uma instituição parecida com a Febem. Começamos com poucas crianças, porém adultos com deficiência física além da deficiência mental, que já eram apropriadas para o prédio construído. Em 1964, mais ou menos, inaugura-se o

primeiro edifício. Anos depois mais três edifícios (Depoimento AGEDir).

Dentro dessa estrutura física, trabalham para manter os cuidados dos pacientes internos funcionários contratados para a área clínica e atividades interdisciplinares: profissionais da saúde exercem seus ofícios como diaristas (36 horas), plantonistas (12 por 36 horas) e especialistas (12 por 36 horas). As atividades biomédicas estão divididas em área de atuação médica (área clínica) e áreas das atividades interdisciplinares. Além disso, há um setor para ensino e pesquisa, outro para serviço de arquivo médico e estatístico e ainda um ambulatório (que atende mais de 500 crianças que retornam diariamente para seus lares). Todos esses departamentos são apoiados com os serviços de captação de recursos financeiros (SUS, doações espontâneas, sócio-contribuintes, grandes bazares, “apadrinhamento”) e trabalho voluntário.

As atividades biomédicas da área clínica estão compostas por atividades da área médica, enfermagem, nutrição e dietética, odontologia e saúde ocupacional. A área de atividades interdisciplinares é composta de um departamento exclusivo para seu funcionamento, que agrega as atividades de educação física, fonoaudiologia, fisioterapia, pedagogia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, todas com pelo menos um profissional universitário responsável pelo setor. O objetivo principal da instituição é:

Os assistidos contam com um atendimento especializado nas diversas áreas que compõem a equipe multiprofissional do Departamento de Atividades Interdisciplinar. O atendimento com qualidade ao portador de necessidades especiais, visando seu desenvolvimento global: bio-psico-social-espiritual. O DAI investe na interdisciplinariedade, para resgatar todo o potencial da pessoa portadora de deficiência, através do trabalho que desenvolve. Os profissionais acreditam em resultados efetivos, que promovam maior independência possível, atuando em programas de reabilitação, estimulação e qualidade de vida. Para tanto, faz-se necessário destacar o trabalho voltado às equipes de apoio das unidades, com propostas de orientação e sensibilização aos profissionais que atuam diretamente junto aos assistidos (Dados retirados do site da instituição).

Interessante observar nos objetivos da instituição hospitalar os aspectos espirituais para o desenvolvimento global do portador de necessidades especiais: “bio-psico-social-espiritual”, designa que a clientela tem necessidades também espirituais.

Incapazes de exercerem cuidados próprios, em torno de 80% dos portadores de deficiências múltiplas, internos no hospital, necessitam de total cuidado às necessidades básicas. São em torno de 650 internos, atualmente uma população de 56% masculina, 87% procedentes de São Paulo, 84% centrados na faixa etária entre 21 a 45 anos, 47% acamados completamente ou utilitários de cadeiras de roda e, finalmente, quanto ao grau de severidades das deficiências postos pelos psiquiatras e psicólogos, 7 pacientes normais de inteligência, 10 pacientes com deficiência mental leve, 58 pacientes com deficiência mental moderada, 294 pacientes com deficiência mental profunda e 303 pacientes internos na avaliação deficiência mental severa. Todos em regime de internato, apenas 7 pacientes são conveniados pelo sistema "day care", 33 voltam para os lares e os restantes 610 são atendidos atualmente pelo SUS.

Acredita-se valer a pena informar a respeito de como a equipe biomédica tem organizado atualmente os conflitos entre critérios quantitativos e qualitativos para a seleção da clientela do hospital, avaliada por uma comissão de médicos que trabalham na instituição. Embora não inclua os aspectos espirituais, o médico homeopata, chefe da comissão julgadora, julga que

Sempre que possível, o diagnóstico deve ser feito por uma equipe multiprofissional, pois desta forma, é possível avaliar o indivíduo em sua totalidade, analisando os aspectos sócio-culturais, biológicos e psicológicos envolvidos em sua deficiência. O diagnóstico é feito por intermédio de três critérios: **Critério A:** funcionamento intelectual – é definido pelo quociente de inteligência (QI ou equivalente) obtido mediante avaliação com um ou mais testes de inteligência padronizados, de administração individual (por. Ex., Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças – Revisada, Stanford-Binet, Bateria Kaufman de Avaliação para Crianças). Um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média é definido com um QI de cerca de 70 ou menos (aproximadamente 2 desvios-padrão abaixo da média). Na avaliação de funcionamento intelectual, deve-se considerar a adequação do instrumento à bagagem sócio-cultural, educacional, deficiências associativas, motivação e cooperação do indivíduo; **Critério B:** Limitações significativas no funcionamento adaptativo – deve-se observar limitações em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Em geral é útil obter evidências dos déficits no funcionamento adaptativo a partir de uma ou mais fontes independentes confiáveis (por ex., avaliação do professor e história médica, educacional e evolutiva). Diversas escalas foram criadas para medir o funcionamento ou comportamento adaptativo, o qual, em

geral oferecem um escore clínico abreviado, mas os escores para certos domínios específicos podem variar consideravelmente, em termos de confiabilidade. A presença de deficiências significativas invalida muitas normas da escala adaptativa; **Critério C:** O início deve ocorrer antes dos 18 anos de idade. Quanto à classificação, a Organização Mundial de Saúde – CID 10 possui uma classificação, desde 1976, por critério somente quantitativo. Os níveis são os seguintes: **Retardo Mental Leve (F70.9):** nível de QI de 50-55 a aproximadamente 70. É o maior segmento, cerca de 85% dos indivíduos com os transtornos. Têm idade mental correspondente de 7 a 12 anos. Ao final da adolescência, podem atingir habilidades acadêmicas equivalentes aproximadamente à sexta série escolar. Com apoios apropriados, podem viver sem problemas na comunidade, de modo independente ou em contextos supervisionados; **Retardo Mental Moderado (F71.9):** nível de QI de 35-40 a 50-55. Ocorrem em cerca de 10% da totalidade de indivíduos com deficiência mental. Têm idade mental correspondente de 2 a 7 anos. A maioria deles adquire habilidades de comunicação durante os primeiros anos da infância e beneficiam-se de treinamento profissional, podendo cuidar de si mesmos com supervisão; **Retardo Mental Severo (F72.9):** nível de QI de 20-25 a 35-40. Ocorrem em cerca de 3 a 4 % do total de indivíduos com deficiência mental. Têm idade mental correspondente de 0 a 2 anos. Podem aprender a falar e ser treinados em habilidades elementares de higiene, mas se beneficiam apenas em um grau limitado da instrução em matérias pré-escolares. Na idade adulta, podem ser capazes de executar tarefas simples sob estreita supervisão; **Retardo Mental Profundo (F73.9):** nível de QI abaixo de 20-25. Ocorrem em aproximadamente 1-2% dos casos. Idade mental correspondente de 0 a 2 anos. A maioria destes tem uma condição neurológica identificada como responsável por sua deficiência mental. Durante os primeiros anos da infância, apresentam prejuízos consideráveis no funcionamento sensório-motor. O desenvolvimento motor e as habilidades de higiene e comunicação podem melhorar com treinamento apropriado; **Retardo Mental com Gravidade Inespecificada (F79.9):** aplica-se quando existe uma forte suposição de deficiência mental, mas o indivíduo não pode ser adequadamente testado pelos instrumentos habituais de medição da inteligência. Isto pode ocorrer no caso de pacientes que apresentam demasiado prejuízo ou falta de cooperação para serem testados, ou com bebês, quando existe um julgamento clínico de funcionamento intelectual significativamente abaixo da média. A classificação atual da deficiência mental não aconselha mais que se considere o retardo leve, moderado, severo ou profundo, mas sim, que seja especificado o grau de comprometimento funcional adaptativo. Por funcionamento adaptativo entende-se o modo como a pessoa enfrenta efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que experimenta uma certa independência pessoal compatível com sua faixa etária, bem como o grau de bagagem sócio-cultural do contexto comunitário no qual se insere. Trata-se de uma avaliação qualitativa da pessoa, centralizando-se mais no indivíduo deficiente, independentemente de seu escore de QI, sob o ponto de vista das oportunidades e autonomias. Este sistema reflete o fato que muitos deficientes não apresentam limitações em todas as áreas das habilidades adaptativas, portanto, nem todos precisam de apoio nas áreas que não estão afetadas. Ancorados nestes critérios, existe uma classificação com diferenciação dos tipos baseados na intensidade dos apoios necessários: **Intermitente:** o

apoio se efetua apenas quando necessário. Ele torna-se necessário durante momentos em determinados ciclos da vida, como por exemplo, na perda de emprego ou fase aguda de uma doença. Os apoios intermitentes podem ser de alta ou baixa intensidade; **Limitado:** Apoios intensivos caracterizados por alguma duração contínua, por tempo limitado, mas não intermitente, como por exemplo, o treinamento do deficiente para o trabalho por tempo limitado ou apoios transitórios durante o período entre a escola, a instituição e a vida adulta; **Extenso:** é caracterizado pela regularidade, normalmente diária ou pelo menos em alguma área de atuação, tais como vida familiar, social ou profissional. Neste caso não existe uma limitação temporal para o apoio, que normalmente se dá em longo prazo; **Generalizado:** é o apoio constante e intenso, necessário em diferentes áreas de atividade da vida. Estes apoios generalizados exigem mais pessoal e maior intromissão que os apoios extensivos ou os de tempo limitado.” (Dados retirados do site da instituição. Grifos do autor da tese)

Nas atividades biomédicas da área clínica, o setor que mais apoia a prática médica é o setor de enfermagem clínica, onde trabalha o maior número de funcionários. O grupo compõe-se de enfermeiras universitárias e técnicos profissionais da saúde: 13 enfermeiras líderes de formação de nível universitário organizam o trabalho de 98 auxiliares de enfermagem de formação de nível técnico e dos 412 pajens sem formação escolar técnica. Também chefiam o trabalho de 64 funcionários de limpeza e 12 roupeiras, ambos sem formação técnica-escolar.

A maior assistência profissional prestada à clientela no atendimento hospitalar é fornecida pelas pajens, cujo trabalho contratado é chamado de maternagem. Nem sempre qualificadas por escolas médicas ou de enfermagem, as pajens recebem formação no próprio hospital pela equipe de enfermagem. O trabalho diário das pajens consiste na manutenção dos cuidados básicos, isto é, realizam-se as tarefas básicas direcionadas à higiene, alimentação, controle das funções fisiológicas, estimulação através de folgedos ou ar livre, banhos de sol e exercícios dos pacientes internos. Para a coordenadora da assistência social, o trabalho das pajens é *“uma das tarefas mais importantes, num ambiente de fraternidade e carinho, necessários ao assistido nessas condições”* (Depoimento APSHib).

O setor de voluntários participa paralelamente do trabalho da maternagem, dentro de um Programa de Voluntariado, que visa

dar oportunidade às pessoas que, por motivos pessoais de caráter religioso, cultural, filosófico, político, profissional ou afetivo, buscam solidarizar-se à causa da criança portadora de deficiência múltipla (Depoimento AGEDir).

Interessante notar os cálculos que o setor de voluntariado justifica junto à excelência de serviço para a instituição hospitalar. As ações implantadas - além do programa de captação, integração e treinamento de trabalho específico - estão concentradas nos departamentos sob o controle da assistência social do hospital, principalmente na enfermagem, maternagem, plantão e setores do departamento de atividades interdisciplinares. Em um relatório de atividades anual, são vistas as porcentagens de trabalho as tarefas de trabalho voluntário: 30,6% para plantão, 18% para o departamento de atividades interdisciplinares, 16,3% para enfermagem e 14,3% para a maternagem.

Interessante notar, neste relatório, uma disputa (implícita) entre os setores de funcionários contratados e voluntários. Alguns cálculos de custo-benefício são levados em conta, justificando a atuação voluntária: “*se basearmos a média do funcionário de X por jornada de 9 horas trabalhadas, o voluntário custa à Instituição Y*” (Depoimento AGEDir). Em suma, o relato calcula a contrapartida que a instituição economizará: salário anual, obrigações trabalhistas que, multiplicado pelo número total de 832 voluntários, com aproximadamente 2500 ações voluntárias, finaliza concluindo:

embora saibamos que o voluntário não é substituto de mão de obra remunerada, as organizações têm, geralmente, a impressão que seus voluntários não custam nada para ela, o que é errado. Temos que levar em conta o espaço físico, treinamento, capacitação, água, luz, etc. (Depoimento AGEDir).

Nesse complexo hospitalar, a estrutura organizacional conta com conselhos administrativos, responsáveis pelas seguintes atividades:

O **Conselho Deliberativo** tem por atribuição resolver os assuntos relativos às finalidades da Instituição, assim sendo, adota entre outras as seguintes medidas: fixa a política da Instituição, determinando as metas de curto, médio e longo prazo, além de programas e projetos específicos a serem desenvolvidos e executados pelos órgãos subordinados e estabelecidos pela Regulamentação complementar. O **Conselho Diretor** é o órgão administrativo a quem cabe dirigir as atividades da Instituição como representante do Conselho Deliberativo. O **Conselho Doutrinário** é órgão de cunho doutrinário,

a quem cabe coordenar as atividades estabelecidas pelo Conselho Deliberativo, no cumprimento dos Objetivos Espirituais e Assistenciais da Instituição, conforme Regulamento Específico. O **Conselho Fiscal** é o órgão que tem a responsabilidade de fiscalizar todas as atividades da Instituição, de ordem espiritual e material, inclusive a execução e desenvolvimento dos programas, dando ciência e emitindo parecer à consideração do Conselho Deliberativo (Dados retirados do site da instituição, grifos do autor da tese).

Dado os objetivos da instituição “de sociedade civil de caráter religioso e filantrópico, de inspiração cristã de duração ilimitada e sem finalidade lucrativa” (Dados retirados do site da instituição, grifos do autor da tese), todos os membros dos conselhos trabalham voluntariamente, tendo como finalidade principal a “prática da caridade, tanto moral como espiritual e material, através da Assistência Social e Médico-Social, sem discriminação de crença religiosa, raça ou nacionalidade, cor ou sexo” (Dados retirados do site da instituição). Para cumprir esse último objetivo, o Conselho Deliberativo mantém o Conselho Doutrinário, como se disse, um órgão que agrega a administração doutrinária do voluntariado e da assistência social. Ao Conselho Diretor subordina-se a área clínica e todas as unidades do hospital, incluindo o Departamento Médico. Mas, o Departamento Médico se relaciona organicamente com o Conselho Doutrinário via Departamento de Assistência Social. O Conselho Doutrinário organiza as atividades doutrinárias do centro espírita mantenedor e também do Departamento de Assistência Social, cuja função é descrita no tópico seguinte.

Sob essa estrutura físico-organizacional montada e com os recursos humanos voltados para os cuidados da assistência social, educação e sustentação material da clientela interna, principalmente a maioria acamada - que necessita de ajuda para manutenção física do corpo com deficiências múltiplas e comprometimentos orgânicos e mentais – o Departamento de Assistência Social organiza-se por uma estrutura de assistência médica e assistência espiritual. Este último tipo de assistência, como já se disse, está detalhado no próximo item. Nesse tópico, vê-se como se relacionam de modo organizativo a área clínica e o Departamento de Assistência Social.

O grupo de médicos exerce, no espaço institucional, a prática médica, estruturada sob a racionalidade médica alopática: faz diagnósticos e tratamentos médicos

específicos, aplica tecnologias, acompanha e registra nos prontuários médicos as evoluções e tratamentos ministrados aos pacientes dos quartos, das enfermarias e UTI.

A Unidade de Longa Permanência é constituída por 4 prédios, cada um possui quartos com leitos dormitórios e uma enfermaria de atendimento aos assistidos. Quando o paciente requer cuidados mais intensivos é removido para Enfermaria Central que funciona como uma unidade de terapia intensiva. São 10 leitos sendo 4 de terapia intensiva e 6 de semi-intensiva. Os exames laboratoriais são feitos através de convênio com laboratórios. Contamos com serviço próprio de radiologia. O corpo médico é composto por 43 médicos, 01 Diretor Técnico/Clínico e 09 médicos diaristas responsáveis pelo atendimento linear dos pacientes. 17 especialistas dão atendimento nas seguintes especialidades: Acupuntura, Anestesiologia, Dermatologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Ginecologia, Homeopatia, Neurologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Urologia. 13 plantonistas são responsáveis pelo atendimento da Enfermaria Central e das intercorrências na Instituição. 3 médicos prestam serviço de Ultra-som, Endoscopia Digestiva e Broncoscopia. Há ainda uma Comissão de Ética Médica, uma Comissão de Ética em Pesquisa, uma Comissão Científica, uma Comissão de Prontuário, uma Comissão de Óbito, uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, uma Comissão de Resíduos, uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. Esta estrutura é fundamental para promovermos a saúde de pacientes tanto de forma preventiva como intervencionista necessário (Dados retirados do site da instituição).

Embora não possa oferecer os serviços de um hospital geral, acomodando grandes cirurgias, realizam freqüentemente pequenas cirurgias de enfermidades pulmonares. Tais cirurgias estão ligadas ao tipo de insuficiência pulmonar mais corrente na clientela do hospital. Os profissionais de fonoaudiologia têm uma importante participação na manutenção da saúde dos internos sobre os problemas fonoaudiológicos dos pacientes, que estão ligados aos problemas pulmonares. Por isso, o Departamento de Assistência Interdisciplinar investe no setor de atividade fisioterapêutica em dois níveis. Há uma divisão entre fonoaudiologia voltada à clínica e outra voltada à linguagem. A fonoaudiologia clínica é o setor que dá

atendimentos de terapia fonoaudiológica para os assistidos que apresentam potencial favorável dos órgãos fonoarticulatórios e atendimento intervenção, monitoramento e gerenciamento aos assistidos com quadro de disfagia, ou seja, aqueles que apresentam maiores dificuldades para obtenção e ingestão dos alimentos (...) Os principais programas desenvolvidos por este setor são: 1) Terapia Multifuncional: uso de técnicas específicas aos assistidos que apresentam um potencial favorável dos órgãos fonoarticulatórios, para manutenção da alimentação por via oral. 2) Reabilitação de pacientes usuários de Sonda Nasogástrica ou Sonda Nasoenteral: visa a reintrodução oportuna da alimentação via oral. 3) Supervisão e

Avaliação da consistência das dietas alimentares: gerenciamento dos assistidos cujo quadro global encontra-se comprometido, necessitando assim de um monitoramento mais abrangente, tais como: orientações referentes ao posicionamento alimentar, controle de volume e velocidade de oferta da dieta, adequação de consistência alimentar e hidratação (Dados retirados do site da instituição).

A fonoaudiologia da área da linguagem tem por objetivo “*habilitar e reabilitar os assistidos com alterações na comunidade de modo que estes passem a compreender e a serem compreendidos pelas pessoas que os cercam*” (Depoimento AS).

Os programas dessa área estão assim desenvolvidos:

1) Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA): prancha de Comunicação Alternativa propicia uma forma de comunicação. 2) Coral: Visa aprimorar a memorização, expressão e articulação. 3) Doce 4) Expressão: Propicia relacionar o concreto com o símbolo (PCS). 5) Terapia de Linguagem: proporciona habilitar e/ou reabilitar a linguagem. 6) Grupo de Expressão: facilita ao máximo a possibilidade da comunicação funcional e promove o espaço para o diálogo (Dados retirados do site da instituição).

Além da área médica e fonoaudiologia clínica, a área clínica está composta pelos setores de enfermagem, nutrição e dietética, odontologia e saúde ocupacional, que se passa a descrever em seguida.

Na área de enfermagem a instituição dá treinamento e capacitação de mão de obra especializada

em enfermagem para o atendimento a portadores de deficiências múltiplas, que, por sua peculiaridade, exige tratamento especializado e diferenciado. Humanidade, carinho, dedicação, abnegação e, acima de tudo, amor ao próximo, são os pré-requisitos necessários para fazer parte de nossas fileiras (Dados retirados do site da instituição).

A participação nas equipes é de duas enfermeiras e uma coordenadora da EMTN e três enfermeiras integrantes da CCIH.

No serviço de nutrição e dietética o hospital mantém um grupo de três profissionais de nível universitário em Nutrição. Estão assim definidas as tarefas desse setor:

O Serviço de Nutrição e Dietética oferece assistência dietoterápica à clientela, visando a recuperação e manutenção da saúde, através de orientação e educação nutricional, bem como fornecer alimentação adequada, priorizando o bom atendimento e qualidade das refeições. Atuamos nas áreas de Nutrição Clínica e Administração do Serviço de Nutrição de forma integrada. Nutrição Clínica: tem como principal objetivo o atendimento das necessidades nutricionais do paciente, com adequação da dieta de forma individualizada. Administração do Serviço de Nutrição: tem como principal atividade a administração na produção de refeições de qualidade para o atendimento às necessidades nutricionais de coletividades sadias e enfermas, visando a promoção da saúde (Dados retirados do site da instituição).

As atividades desenvolvidas pelo setor de Nutrição e Dietética devem manter-se adequadas à Portaria n.º 326 do SND. Essa portaria estabelece os requisitos gerais (essenciais) de higiene e de boas práticas de fabricação para alimentos produzidos para o consumo humano. Por outro lado há um esforço para adequar os funcionários à educação continuada, através do treinamento que recebem na admissão e de seu contínuo aperfeiçoamento, além de estimular a manutenção dos padrões de qualidade. Além disso, as preocupações clínicas são da supervisão das atribuições de competência da nutrição relativas às seguintes terapias:

1) Nutricional Enteral: avaliação nutricional, prescrição dietética, formulação da Nutrição Enteral (NE), acompanhamento e registro da evolução nutricional do paciente, atender as requisições técnicas de manipulação da NE. 2) Projeto Horta: finalidade de utilizar as qualidades terapêuticas de cada alimento, através da produção local de legumes e folhosos sem agrotóxicos, destinados às dietas dos pacientes. 3) Nutrindo pacientes com dificuldade na deglutição: visa adequar as Recomendações Dietéticas à dieta de consistência pastosa, destinada aos pacientes com grau acentuado de dificuldade para deglutição, ausência total de mastigação e ocorrência de engasgos frequentes; são oferecidas 14 variedades diferentes de refeições "Pastosas Unificadas" nutricionalmente balanceadas, minimizando a monotonia de sabor, cor e aroma característicos deste tipo de dieta. 4) Combate à obstipação intestinal: incentivo à hidratação adequada, principalmente aos pacientes com disfagia e oferta de alimentos ricos em fibras solúveis e insolúveis. 5) Avaliação nutricional: realizada de forma individualizada através de protocolo pré-estabelecido e determinação dos parâmetros de Nutrição Normal e Terapêutica Nutricional. 6) Aceitação e adaptação dos pacientes às dietas: monitoramento da evolução nutricional, aceitação alimentar e adaptação às dietas através de protocolos pré-estabelecidos, adequando quando necessário o cardápio ao paciente. 7) Aplicação do Manual Dietoterápico: são três tipos de dietas: Dieta Geral sem alteração de nutrientes ou de consistência; Dieta com modificação de consistência semi-sólida pastosa e pastosa sem grumos; Dieta com alterações de nutrientes na formulação como: macronutrientes (proteínas, carboidratos e lipídios), micronutrientes (eletrólitos e

vitaminas), fibras (solúveis e insolúveis) e hidratação.” (Dados retirados do site da instituição).

No setor odontologia o trabalho especializado é crescente, como vem mencionado:

Todos os consultórios possuem modernos equipamentos, permitindo trabalhar com eficiência e seguindo as normas de Biossegurança. Cada profissional conta com o apoio de dois auxiliares durante o atendimento. O Setor Odontológico da instituição vem sofrendo profundas modificações desde sua criação em 1961, há 41 anos. No início, o atendimento aos portadores de deficiência mental estava centrado em tratamentos radicais, principalmente a exodontia. Entretanto, os tratamentos conservadores tornaram-se uma crescente na odontologia, acompanhado de uma modernização tecnológica, modificaram assim a filosofia principal na odontologia em geral, abrangendo assim os conceitos iniciais de tratamento à pacientes especiais, sendo introduzidos gradativamente, procedimentos especializados, tais como: endodontia, dentística restauradora, periodontia, protéticos, semiológicos e cirúrgicos. Além destes procedimentos tornou-se preocupação central do setor o desenvolvimento de programas de prevenção com o intuito de reduzir os índices de cárie e doença periodontal dos pacientes institucionalizados (Dados retirados do site da instituição).

Na Saúde Ocupacional a instituição segue as normas exigidas por lei:

O setor de Saúde Ocupacional tem a função precípua de zelar pela saúde dos 1738 funcionários da Instituição, em espaço físico de 70m², lotados pelas unidades da Instituição. Compõe-se do seguinte quadro de profissionais: Médico do Trabalho; Clínico Geral; Dentista; Fonoaudióloga. E auxiliares de : Odontologia; Enfermagem do Trabalho; Administração. Atividades Realizadas: Elaboração e cumprimento do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que abrange os exames realizados na empresa, tais como admissional, demissional, periódico, retorno de afastamento e troca de função. São realizadas ainda, entre outras atividades, palestras educativas, campanhas de vacinação e informativos mensais sobre assuntos ligados à saúde, complementados por: Atendimento clínico de rotina, além dos casos de urgência/emergência e acidentes de trabalho; Atendimento odontológico diversificado; Atendimento fonoaudiológico, com ênfase à audiologia ocupacional; Atendimento de enfermagem diversificado, que vai de verificação de sinais vitais até a realização de vacinas; Atendimento de auxiliar de odonto, realizando atividades afins à função; Atendimento de recepção, com marcação de consultas, controle de arquivos e atividades afins (Dados retirados do site da instituição).

Será descrito, em seguida, os setores e atividades da área de atividades interdisciplinares. O setor de educação física propõe modificar o conceito de educação física para portadores de necessidades especiais, pois:

(...) a Educação Física é um processo de “Educação Integral”, visando a plenitude do ser humano, isto é, seu desenvolvimento físico, emocional, mental e social. Todo ser humano apresenta capacidades e limitações, e acaba-se dando, principalmente nas populações especiais ênfase excessiva às limitações, em detrimento às suas capacidades. Desta forma valorizam-se “suas limitações”, deixando em segundo plano, “suas capacidades e habilidades. A Educação Física para portadores de necessidades especiais na instituição busca exatamente modificar esta concepção, compreendendo as limitações, mas enfatizando a capacidade e habilidade de cada aluno. (...) Programas desenvolvidos: a) condicionamento físico e treinamento desportivo – educação adaptada; b) exercícios de habilidades percepto-motora E.H.P.M. – educação física especial; c) atividades no meio líquido; d) atividades rítmicas e coreográficas; e) caminho mágico; f) atividades externas e eventos (Dados retirados do site da instituição).

Já no setor Pedagogia o hospital mantém profissionais da área para atender

(...) pacientes de diferentes níveis de desenvolvimento físico e mental (...) visa, principalmente, a evolução social do paciente, de forma a torná-lo o mais independente possível em todas as situações de sua vida diária, através do desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social, para integrá-lo harmoniosamente no sentido da expressão, da comunicação e da auto-direção consciente, compensando possíveis atrasos. No setor pedagógico, existem programas que permitem ao paciente adquirir gradativamente habilidades específicas no desenvolvimento neuro-psico-motor (Dados retirados do site da instituição).

Os programas desenvolvidos no setor de Pedagogia são os seguintes:

1) Estimulação: para a pessoa portadora de deficiência, o processo de estimulação, se torna primordial em virtude da dificuldade no relacionamento com o meio ambiente. O estímulo faz com que o paciente, emita certos comportamentos, onde seu desempenho é lento ou tem dificuldades para executá-lo. 2) Prontidão: A finalidade é a de preparar o paciente para uma possível alfabetização, desenvolvendo hábitos e habilidades que o leve a aprofundar seus conhecimentos adquiridos no programa de estimulação, além de prepará-lo para utilizar o aprendizado no seu cotidiano. 2) Alfabetização: Desenvolve hábitos, habilidades e informações necessárias para compreender a utilidade das experiências que está vivenciando, dar ao paciente a oportunidade de desenvolver-se emocional, intelectual e fisicamente. 3) Manutenção: Amplia e mantém os conhecimentos adquiridos nos programas de estimulação, prontidão e alfabetização. 4) Atividades Diárias e Higiene Pessoal: Ensina o paciente a importância do seu corpo, fazendo com que ele adquira bons hábitos de higiene e comportamentos essenciais para preservação da sua saúde. 5) Método Vick: pranchas individuais, para comunicação, através de figuras coloridas, representando toda a vivência psicossocial do paciente que não possui linguagem verbal, mas com cognitivo rebaixado. 6) Método Sylvestre: Elaborado pelo Sr. Sylvestre Ciesielski, para alfabetização e construção da fala de pessoas

portadoras de deficiência auditiva. O método foi adaptado pelo setor pedagógico das C.A.L., também para ser utilizado na alfabetização de deficientes mentais e melhorar a expressão verbal de portadores de paralisia cerebral. Consiste em treino diário de palavras chaves.

7) Computação: A computação está sendo utilizada no setor pedagógico, no processo de ensino-aprendizagem (alfabetização), no desenvolvimento da coordenação motora, entretenimento, além de possibilitar a comunicação de portadores de paralisia cerebral (Dados retirados do site da instituição).

A equipe do setor de Psicologia atua nas quatro unidades do hospital:

(...) junto aos portadores de deficiência mental e/ou, associadas ou não, a comprometimentos psiquiátricos. Preocupa-se prioritariamente com o desenvolvimento das potencialidades existentes no portador de deficiência, bem como com a aquisição de novos conceitos e habilidades, proporcionando e facilitando seu convívio no meio institucional, visando o equilíbrio e estabilidade emocional. Para tanto, se faz necessário investir na orientação contínua dos profissionais da equipe de apoio, no sentido de estabelecer a uniformidade das condutas, devido a diversidade de profissionais que compartilham diferentes posturas, das rotinas de vida dos assistidos (Dados retirados do site da instituição).

No setor de Serviço Social, a instituição organiza um grupo de profissionais que desempenha importante papel

(...) junto à pessoa portadora de deficiência e tudo o que se relaciona a ela, no contexto de sua internação na Instituição, desde a recepção, até o acompanhamento dos trâmites burocráticos, garantindo o exercício dos direitos individuais e sociais (retirada de Cédulas de Identidade, CPF...), desenvolve planejamento, realização de programas e atividades que visam a socialização, integração, conscientização, envolvendo a pessoa portadora de deficiência, a família, a instituição e a comunidade, respeitando-o em sua totalidade, assegurando a defesa, dos direitos sem privilégios, paternalismo, discriminação ou preconceitos, visando qualidade de vida sem qualquer estigma. Para tanto, o SSPPD (Serviço Social da Pessoa Portadora de Deficiência), realiza diversas atividades com objetivos concretos, visando maior interação entre assistidos e equipe interdisciplinar. Os eventos proporcionam a ampliação do vínculo existente entre Instituição, família, comunidade e a própria Pessoa Portadora de Deficiência, estimulando sua participação no processo de qualificação de vida. Grupos de pais e padrinhos com palestras informativas, grupos educativos, cujo objetivo é o de esclarecer limites, dificuldades encontradas no próprio relacionamento e suas possibilidades para que haja maior troca de experiências, reflexão coletiva e sobretudo a maior vinculação objetiva entre pais, padrinhos e as Pessoas Portadoras de Deficiência e a Instituição. São organizados projetos elaborados em equipe interdisciplinar, propiciando maior integração entre os vários profissionais na busca efetiva de alternativas que promovam a Pessoa Portadora de Deficiência, sua família e a Instituição (Dados retirados do site da instituição).

Os profissionais de Saúde do Grupo, de nível universitário formado em Terapia Ocupacional, tem por objetivo favorecer

(...) através de programas de estimulação e/ou ocupacionais, os aspectos cognitivos, sensório-perceptivos, motores e afetivos visando capacitar o portador de deficiência para socialização, enfatizando suas potencialidades. Os programas de atendimento são: 1) Estimulação Primária: Atendimento individual visando o desenvolvimento das habilidades motoras globais, aquisição das áreas sensório-perceptivas e psicossociais além de desenvolver habilidades para a realização das atividades de vida diária; 2) Espaço Alternativo: Atendimento individual ou grupal para pacientes que apresentam deficiência mental profunda e/ou distúrbios de comportamento e/ou quadro motor grave, visando o desenvolvimento dos aspectos bio-psico-sociais enfocando a socialização e a afetividade prioritariamente; 3) Grupo de Expressão: Atendimento grupal ou individual visando favorecer autonomia e iniciativa através de atividades de livre expressão e/ou estruturadas, além de serem trabalhados os aspectos cognitivos e psicossociais; 4) Grupo de Vivências: Atendimento grupal visando proporcionar atividades diferentes do cotidiano dos pacientes, buscando a ampliação do espaço vital, bem como uma maior autonomia e independência; 5) Treino de Atividade da Vida Diária e/ou Prática: preparação de refeições, por pequenos grupos visando a independência e autonomia neste preparo, além de serem trabalhados os aspectos de colaboração e socialização dos grupos; 6) Atendimento individual visando maior independência na alimentação e higiene; 7) Oficinas Terapêuticas: atendimento grupal visando aprimorar as habilidades motoras manuais e coordenação viso-manual, estimular a atividade produtiva e funcional, favorecer a criatividade e trabalhar a socialização; 8) Atividades Externas: acompanhamento de internos a diversos locais da comunidade visando socialização e integração; 9) Órteses e Materiais Adaptados: avaliação e confecção de órteses de posicionamento ou funcionais visando melhorar amplitude articular ou facilitar o movimento voluntário. Os materiais adaptados são indicados para auxiliar na execução de trabalhos e das atividades de vida diária (Dados retirados do site da instituição).

Por último, é interessante observar as atividades programadas do grupo de profissionais psicólogos, que além de atendimento aos assistidos, estão voltadas também para o profissional de saúde, principalmente voltado à tarefa de integração das pajens com a equipe profissional técnica:

Programas desenvolvidos: 1) Acompanhamento Individual: este programa é voltado aos assistidos que necessitam de acompanhamento individualizado, visando melhor adequação e adaptação no contexto institucional, fazendo-se um trabalho de intervenção e orientação na conduta dos colaboradores, quando necessário. Mantendo-se uma conduta única e interdisciplinar; 2) Psicoterapia Individual: neste programa são atendidos os assistidos com melhor nível de compreensão e que buscam o diálogo para elaboração de questões internas; 3) Grupo de Apoio: visa atender assistidos que apresentam

bom nível de compreensão e que expressam suas necessidades e dificuldades, envolvendo os aspectos ambientais, emocionais e sexuais. Neste grupo são trabalhadas as ansiedades referentes a tais aspectos, propiciando que o grupo busque soluções para seus problemas; 4) Orientação e sensibilização à equipe de base das Unidades: visa proporcionar maior integração de pajens com a equipe técnica, buscando um envolvimento participativo e atuante junto às problemáticas que envolvem os assistidos; 5) Acompanhamento hospitalar Pré e Pós-Cirúrgico: propiciar e oferecer equilíbrio emocional à assistidos que serão submetidos a tratamentos clínicos complexos ou possíveis cirurgias; 6) Supervisão de Estágio Curricular: fornecer aos graduandos do 4º e 5º ano do curso de Psicologia, a vivência e o aprendizado da atuação do psicólogo, junto às necessidades especiais bem como todo trabalho desenvolvido pelas diversas áreas da equipe multidisciplinar; 7) Avaliações e laudos diagnósticos: acompanhamento periódico do desenvolvimento global dos assistidos, verificação de novas aquisições e evolução do aspecto emocional, social e comportamental (Dados retirados do site da instituição. Grifos do autor da tese).

Se um programa desenvolvido pelo grupo de apoio psicológico está destinado aos problemas psicológicos existentes com as pajens, no que diz respeito a problemas de adaptação profissional com a equipe técnica, o mesmo problema parece partilhado por um médico pneumologista, cujo depoimento mostra-nos sentido com uma seqüência de argumentos em relação às doenças orgânicas mais comuns encontradas nas crianças internadas. São aquelas crianças com problemas na área pulmonar, que a experiência da prática médica do pneumologista constata diante do comprometimento orgânico e mental existente nos pacientes:

A experiência de trabalhar nesse hospital é com relação à clínica médica: não há lugar nenhum no mundo com tamanha concentração de pacientes fixos e deficientes. Há aqui uma tragédia pulmonar: as crianças aspiram o que ingerem, por uma questão patológica. Para um cuidado perfeito sempre haverá grandes problemas de aspiração; não tem saída (Depoimento AS).

Dentro da racionalidade médica, dizer que um problema “não tem saída” significa dizer, nessas condições de cuidados a pacientes com deficiência orgânica, que o problema fisiológico pulmonar trata-se de um problema orgânico sem cura, devido à má-formação congênita. A assistência à saúde nesse caso fica limitada a reparar as doenças causadas pelo desvio anatômico. Dadas as modificações estruturais nesses corpos defeituosos, a maioria das crianças internas no hospital passam por problemas respiratórios semelhantes. Nesse caso, em relação à normalidade, o desvio anatômico é referência e o desvio fisiológico é referente à doença. Já no contexto fisiológico a normalidade designa

um problema de saúde orgânica e o médico especialista compreende que o hospital presta assistência à saúde aos internos, colocando a tônica da ação médica no trabalho de equipe:

(...) é de excelente atendimento, no padrão comparativo com outros hospitais ganha em cuidado, em limpeza, em seriedade e em tratamento em todos os níveis. Existe uma preocupação, compromissos com os internos. (...) a atenção médica dada aos pacientes deste hospital é boa comparativamente a outros hospitais: há profissionais comprometidos; uma visão de aprender; uma ligação afetiva com o trabalho (...) (Depoimento do médico especialista).

Mas, se o conceito de doença incurável está ligado a um desvio da normalidade dos corpos, para o médico pneumologista existe a possibilidade de uma rotina médica prognóstica, que poderia gerar conhecimentos normativos da enfermidade que se repete, sendo assim passível de prevenção. No entanto, o médico relaciona esse fato com um problema de direção do hospital, pois se houvesse interesse em definir o tipo desejado de profissional de saúde, isso possibilitaria diminuir os problemas mentais causados em profissionais da saúde que dedicam seu trabalho a pacientes sem muitas expectativas de cura.

Três vezes por semana, três horas por dia, trato das patologias pulmonares. A cronicidade é irreversível; deveria por isso prevenir antes. (...) Para melhorar o atendimento às pessoas nesse hospital acho que deveria haver um investimento na prevenção em faixas etárias menores das seqüelas básicas. Todos vêm com possibilidades terapêuticas limitadas e com relação à eficiência; existem pequenas experiências (pessoais de médicos) com grupos em relação a outros grupos (de pacientes). Não existe esforços significativos de sistematização das experiências e dados para produzir conhecimento novo para um uso em escala (por exemplo, os conhecimentos existentes em revistas científicas); tem o aspecto de aplicar conhecimento que já existe. Deveria ser incentivado a sistematização das experiências individuais (dos profissionais da saúde; a história de vida profissional; da prática médica). A instituição não tem claro o perfil do profissional de saúde, o que espera (qual perfil da pajem, do médico) e qual suporte poderia dar a eles. Na verdade o lugar aqui é depressivo: o sujeito do tratamento, que é um paciente que tem expectativas limitadas, torna-se um clima pesado, um lugar que te questiona: como uma casa como essa trata dessa depressão e as profissões e a aceitação desses (Depoimento AS, grifos do autor da tese).

De outro modo, para o mesmo pneumologista, não é somente o perfil dos profissionais de saúde que potencializa os problemas mentais, mas o trabalho hospitalar que, sendo estressante, torna estressantes os relacionamentos entre profissionais de saúde.

Ainda para ele, cabe à medicina exercida no interior do hospital o trabalho médico de excelente qualidade praticado “*no sentido de recuperação de uma situação para o equilíbrio fisiológico*” (Depoimento AS) da criança interna, embora possa trazer problemas mentais aos mesmos profissionais. Como se viu, da equipe e programa do grupo de psicólogos dedicados às pajens e também mencionados pelo médico pneumologista, os problemas psicológicos centram-se nas relações das pajens com a área clínica.

Já para uma fisioterapeuta clínica, a atenção dada aos pacientes pelo trabalho hospitalar, está na razão direta de que “*quem trabalha aqui é porque gosta, por se tratar de pacientes graves. É uma grande família em que se deve incluir o corpo clínico*” (Depoimento AS). Nesses termos, para essa profissional de saúde, que trabalha diariamente no hospital, os problemas de trabalho no ambiente hospitalar ficam minorados, aplicando-se nos pacientes doentes o tratamento de base.

A mesma opinião compartilha uma médica diarista que julga a atenção médica boa, por suas palavras, “*pois o pessoal da área médica em geral dá bastante empenho em melhorar a qualidade de vida, tanto no sentido preventivo quanto no curativo*” (Depoimento AS). Para ela, medicina e saúde não se desligam em relação ao tratamento e à prevenção, no entanto, é a direção do hospital que faz mais esforços para isso, uma vez que “*usa equipamentos de fora (ressonância) ... vale mais o esforço da administração da casa, o que se precisa dá*” (Depoimento AS).

Se por um lado são encontrados discursos diferenciados sobre indicações potenciais da existência de problemas associados ao trabalho profissional dentro do espaço hospitalar - não necessariamente associado aos problemas orgânicos dos pacientes portadores de deficiências múltiplas -, outra face do mesmo problema é dimensionado pelos dirigentes espíritas numa discussão equivalente, que remete ao problema da qualificação de quem administra o hospital.

A reclamação do profissional médico mais se aproxima de um conflito trabalhista do ponto de vista da indefinição do perfil da instituição, se do tipo asilar ou do tipo hospitalar, mais do que do perfil dos profissionais da saúde. Nas palavras do agente religiosa espírita que trabalha na área de atuação dos profissionais da saúde, quando

pretende definir a instituição julga diferentemente o profissionalismo em relação às mulheres pajens, que mesmo sem qualificação profissional são em número maior e por fatores não necessariamente da ordem da prática médica. Elas mantêm o trabalho contratado sem necessariamente subordinar-se ao setor técnico da enfermagem:

Quanto às atividades da direção, a minha área de responsabilidade é a maternal, que compreende: a) as pajens: trabalho de mãe, que cuida da alimentação, da distração, vigilância, como se fosse sua própria criança; b) das encarregadas: são encarregadas de vigiar as condições de trabalho das pajens, orientar e acompanhá-las (duas em cada edifício); c) supervisoras: geral, além de verificar o que está sendo feito, mas bem feito (uma por edifício). Existe ainda a área clínica médica, a enfermagem e setor técnico (inclui o ambulatório), de responsabilidade da diretoria técnica. Não há uma definição sobre as características de um espaço hospitalar ou de um abrigo (é um hospital ou um lar?, pois o hospital tem uma rotatividade de pacientes. Aqui é misto: cumprimos as exigências de um hospital porque mantemos enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos e equipe paramédica (técnico)). Nós da diretoria definimos que todos devem ser profissionais da área da saúde (Depoimento AGEHibr).

Como acima declara o religioso, o problema, de outras épocas na história da organização, trata-se na atualidade de um problema de hierarquização profissional que aparece resolvido junto às exigências nas relações com o Estado, que se resume em cumprir as regras para o funcionamento do hospital, dependentes das vistorias do CNAS e por isso o problema de identificação das pajens enquanto profissionais de saúde é dirimido claramente quando se usa o adjetivo 'profissional de saúde' também para elas:

Em tempos passados, sobre o tempo de permanência (das crianças) no hospital passou a ser indefinido, até morrer. A criança é contida, não amarrada; nunca houve reclamações, recebemos visitas do CNAS que fazem vistorias de improviso; nossa licença depende deles. O juiz de direito responsável vem duas vezes por ano. Quanto à municipalização, não optamos por termos internos de todo Brasil e não é só asilo, fazemos mais do que isso, além do corpo técnico multidisciplinar temos o trabalho espiritual. Quanto ao município: no Conselho Municipal de Diretores da Criança e do Adolescente tem aprovado vários projetos: psicoterapêutico (Depoimento AGEHibr).

Entende-se que essa ambigüidade do estatuto da instituição parece ter sido posta em cheque pela política de reforma dos hospitais, que descartou as instituições asilares e tem favorecido a sua mudança para o seu caráter de hospitais médicos, de instituições médicas propriamente ditas, e não mais asilares. Mas, como se vê, se o problema de base para os dirigentes espíritas era definir se o espaço terapêutico (médico

e/ou religioso), um hospital ou um abrigo, o problema de fundo estava no confronto com a visão espírita do hospital, enquanto o lugar de permanência dos portadores de deficiências e/ou de espíritos em evolução que devem ser assistidos pelos religiosos espíritas.

Os administradores religiosos têm resolvido o problema colocado pela reforma dos hospitais asilares no Estado de São Paulo de modo organizacional, como vimos: pela adaptação da equipe técnica às exigências da área médica e essa à área clínica, que por sua vez se submete ao Departamento de Assistência Social, cujo planejamento e direção está submetido ao Conselho Doutrinário. Ao que parece, interessa aos administradores espíritas conservarem as pajens como profissionais da saúde não qualificadas, aos olhos da ordem médica, até o momento de se legitimarem as terapias espirituais exercidas de modo regular no interior do espaço médico, após, como se poderá ver no próximo item, a implementação do projeto de assistência espiritual.

Ao perguntar sobre uma experiência inovadora do hospital, os agentes religiosos espíritas mostram que houve uma dissolvência desses conflitos com a área médica, solucionada pela superação das exigências profissionais e institucionais, através da criação de novos cargos, da criação do Ambulatório e da captação própria de recursos, independentemente assim as atividades religiosas dos recursos do Estado da Saúde (SUS):

Foram alicerçadas as engrenagens no setor de telemarketing, concentrados num prédio somente somado à estabilização da moeda do plano real. Sofríamos com o problema de locação (imóveis e telefones) os proprietários vinham com proposta de aumento e começamos tudo de novo (linhas telefônicas e prédios); compramos 80 linhas telefônicas e compramos o imóvel para dar estabilidade na engrenagem de arrecadação, com recursos vindos da venda de outros imóveis que haviam sido doados para instituição, na condição de convertidos para benefícios para os internos. O telemarketing em seis meses pagou a compra do prédio. Os números de associados era rotativo, por isso chamamos de ativos e passivos, existiam 200 mil inscritos, mas 80 mil ativos (Depoimento AGEDir).

Dar toda assistência médica e paramédica. Fui visitar muitos sanatórios, aprender com a enfermagem. Voltava decepcionada. Dizia: “nós temos muito para ensiná-los”. Com os nossos internos, eram coisas que arrepiavam: feito um trabalho de avaliação, com os profissionais, concluímos: via pais chorarem com seus filhos para andar, concluía pelo trabalho com o fisioterapeuta. Via reclamar que não comiam, trabalho com fonoaudióloga. Não falava, o trabalho técnico clínico com acompanhamento maternal, a equipe tem êxito. Há 10 anos um deficiente mental, não muito profundo, era corcunda.

Feita cirurgias e com o trabalho das educadoras chegou a freqüentar a escola. Hoje ela é uma enfermeira. A questão espiritual é com o presidente da instituição, não sei qual o grau de sigilo (Depoimento AGEHib).

Educação continuada dos profissionais. A partir da parceria com o Sebrae muita coisa foi inovada (na Administração e capacitação de pessoas). De uma imagem do chefe (que punia os erros) com capacidade estreita para orientar, com relação aos líderes, (hoje é esse o nome dado (líder) a quem gerencia equipes de funcionários; são os chefes de ontem). Aconteceu de forma natural, não houve resistência dos grupos (20% não muda, 40% aceita). O número de resistentes ou acompanhou a rede (outro termo novo na administração) ou está fora (Depoimento AGEHib).

(...) Paulatinamente sempre houve mudanças. As mais radicais são do ponto de vista administrativo: em 1978 tínhamos as encarregadas que dirigiam as áreas, que eram muito sobrecarregadas. Aí implantamos as supervisoras. Apenas tínhamos uma auxiliar de enfermagem para mais de uma centena de internos, hoje temos atendentes de enfermagem (Depoimento AGEHib).

Há alguns anos não pegamos mais crianças para internato. Pegávamos pequenos, no máximo até 12 anos, que permanecia conosco até 18 anos. Vinham do governo. Eram tratadas como estivessem no primeiro mundo e quando eram para ir embora havia um certo desespero: ninguém sabia para onde iam, eram misturadas com doentes mentais, drogados e alcoólatras nos manicômios e sanatórios do Estado. Numa reunião de diretoria (há 10 anos) decidimos que os internos deveriam permanecer até a morte (não desinternar mais). O espaço diminuiu: cada 3 leitos substituíram por um. Hoje o único edifício dentro da lei com espaço físico permitido é o edifício 1 e o edifício 2, que está em reforma. Hoje temos a mesma quantidade de crianças no ambulatório, que não se separam das famílias. A idéia é abrir vários ambulatórios. Existe ainda muito o que fazer no trabalho da parte espiritual em relação com as famílias, na questão da responsabilidade (Depoimento AGEDir).

Diante da estruturação desse espaço social, onde convivem agentes religiosos (administradores e voluntários) junto com agentes da saúde, mostra-se também como espaço conflituoso de convivência, diante as evidentes tensões entre administração religiosa da instituição e os demais profissionais da saúde, submetidos administrativamente à linha técnica, dominado também pelos médicos.

Entende-se que um dos principais alvos conflitantes, as pajens, não somente provêm de exigências de seu profissionalismo, obstados pela prática médica. Há um encontro simbólico, no espaço médico, com as exigências religiosas dos administradores espíritas, que têm interesse em alcançar aceitação da prática terapêutica espírita no interior

do espaço médico. Nessa afirmação fica mais evidente quando se vê as respostas dos agentes religiosos dirigentes da instituição a respeito da existência de práticas religiosas no interior do hospital. Com reservas, discursam sobre a dupla face do problema e retomam por referência a possibilidade do exercício religioso das pajens:

Aqui não há empecilhos para outras religiões no hospital, mas o professar e realizar não seria possível até na hora do trabalho, porque somos uma entidade criada com orientação dos espíritos e trabalhamos para os internos, para auxiliar na parte espiritual. (...) Mas cada um tem sua religião e sua crença e nós não podemos; a admissão por ser ou não espírita. Outras religiões poderiam tomar certa importância na saúde dos internos apenas na parte do amor, da vibração, da ligação amorosa dessa criatura para com os internos; isso não é dispensável, e a influência que possa ter é só até aí. Puramente do comportamento fraterno, até porque não conseguiriam além disso. Não adianta, porque ela olha a pessoa ali, se não acredita na reencarnação, nem entende porque o interno está daquele jeito, mas não tem importância: se ela ama como uma mãe ama um filho, as pajens são mães substitutas, isto é o mais importante, que ela dê o amor de mãe e cuide dos internos como se fosse dos próprios filhos. Não me interessa a religião dela. Mas interessa tratá-los com indiferença e com desamor, vai ser afastada depois. Isso não abro mão. (...) Em relação aos portadores de deficientes mentais eles são os padrões dessa instituição: quem teria emprego aqui se eles não estivessem aqui? É preciso que (as pajens) tenham esse enfoque, quando olham para aquele portador de deficiência, pensar que está ali por causa dele. Se ele não estivesse aqui eu não estaria aqui defendendo o meu salário (Depoimento AGEDir).

A casa não permite (atuações de outras religiões no hospital). Nós ditamos as regras a partir do estatuto. Temos a missão (política) de divulgação da doutrina espírita: é uma missão da instituição. Houve numa ocasião, durante um plantão, o pedido de alguns religiosos, familiares dos internos, para cantar o salmo e foi-lhes orientado para não se fazer isso (Depoimento AGEHib).

Há muitas outras religiões: católicos, protestantes, umbandistas. Não atuam sobre os paciente, não permitimos, apenas de atuação positiva, através das preces que fazemos de manhã pedimos que colaborem, vibrem amor e amor independente de religião, amor desinteressado, amor cristão (...) (Depoimento AGEDir)

São opiniões dos diretores espíritas da instituição sobre as atribuições das pajens, atuantes de modo positivo como profissionais da saúde, cumprindo seus deveres contratuais de cuidados diários com os internos. Mas não somente isso faz parte do jogo. As pajens passam a servir de referência à implantação do projeto de assistência espiritual, segundo os dirigentes espíritas que tentam implementar, na medida em que, atuantes fora dos parâmetros médicos (não têm as pajens formação escolar) e atuantes como religiosas

não-espíritas (há muitas outras religiões atuantes na instituição), identificam-se com os propósitos espirituais contidos na doutrina espírita: primeiro porque identificam-se com a maioria dos dirigentes espíritas (muito poucos são formados pela escola médica ou têm nível universitário) e, segundo, porque têm as mesmas características de agentes religiosas ao atuarem também como religiosas, passíveis então de serem convertidas ao Espiritismo. Enfim, no local de trabalho de assistência material à clientela (em que atuam como profissionais da maternagem) interessam essas condições sociais, em que o maior contingente de pajens trabalhadoras auxiliem na estruturação do projeto de assistência espiritual promovido pelos espíritas.

Ao perguntar sobre a visão do Espiritismo no hospital, uma de suas fundadoras levanta indiretamente o problema do desenvolvimento da prática religiosa espírita em relação à conversão dos funcionários:

Precisa crescer mais. Aqui está mais dentro da área científica do que realmente em toda extensão. Temos que caminhar devagar, porque temos um número muito grande de funcionários em qualquer setor; interno não tem problema porque só pode melhorar com o sistema da nossa religião. Falamos das pessoas que lidam com eles, dos nossos funcionários, é muito devagar porque como a doutrina espírita aceita todos de braços abertos, nós temos funcionários de todas as religiões, e às vezes nós encontramos alguns empecilhos de outras religiões, coisa que nós não temos porque nós abrimos, não é, tanto faz na área clínica como nas pajens, mas nós sabemos que, apesar de tudo, cresceu dentro do que era alguns anos atrás (Depoimento AGEDir).

De outro modo ainda, um dirigente da instituição, indagada a mesma pergunta sobre o Espiritismo no espaço da prática médica, acredita que já houve um maior crescimento por parte dos funcionários, em função do amadurecimento profissional e espiritual dos agentes religiosos existentes na instituição:

Cresceu muito nos últimos 6 anos. A maior obra realizada foi exatamente na questão doutrinária. Requer amadurecimento espiritual que o presidente anterior tem. O trabalho de auxílio espiritual aos internos foi ampliado ou criado um curso de doutrina interna aqui dentro da casa onde não se obriga mas está a disposição; já as palestras foram iniciadas. Então houve um crescimento espiritual amplo, na parte dos internos e dos funcionários nesses últimos seis anos, que é uma das coisas mais maravilhosas que agradeço a Deus por ter visto isso, porque também aprendi observando (Depoimento AGEDir).

Além da questão da maturidade profissional e de cada coisa ao seu tempo, eu me lembro muito bem de que quando nós assumimos a presidência da instituição, nós pagávamos a folha de pagamento e o dinheiro acabava, era um terror, muito aflitivo e angustiante. Então assumimos seis meses para identificação de todos os problemas e preocupação muito grande da recuperação financeira da instituição para poder realizar projetos. Estive voltado mesmo em 1994-97 o trabalho foi de alicerçar fontes de arrecadação para a instituição e graças a Deus todos nós conseguimos. Trazendo aquela tranquilidade do equilíbrio financeiro tudo ficou mais com as portas abertas para as modificações seguintes. Tudo ao seu tempo. Todos nós temos as características próprias de servir, nós nos contemplamos porque nenhum de nós somos completos. Mas diante das características de cada um, trabalhadas no tempo necessário em que a instituição precisa daquelas características e tendo boa vontade, os frutos virão. Então com certeza os frutos da parte espiritual ainda não eram da época (Depoimento AGEDir).

Tudo a seu tempo é uma referência real do diretor da instituição, que se imputa à implantação do espaço religioso recém inaugurado no espaço médico, como se irá descrever no próximo item. A questão primordial que aqui se encontra escondida é de outra natureza, aquela que implica a convivência com práticas terapêuticas não médicas atuantes no mesmo espaço médico, além da terapêutica espírita. O importante a destacar agora é como se formam os agentes híbridos numa instituição hospitalar.

A descrição, nesse capítulo, baseia-se no processo de implantação de um projeto de assistência espiritual em andamento. Não sendo feito de modo público, junto aos profissionais da saúde que não partilham das mesmas convicções religiosas - que não possuem a mesma crença na existência de espíritos e que não partilham do mesmo processo de credibilidade nessa forma de implementação -, vê-se, então, uma arena de lutas onde se está construindo um mercado de bens simbólicos, travados no espaço médico e religioso, que se poderia denominar de espaço híbrido. 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. Pode-se ver, a seguir, os argumentos conflitantes.

Se se encontra no olhar dos profissionais da saúde um espaço hegemônico para a prática biomédica, os religiosos espíritas vêem o espaço médico de modo relativo. Essa afirmação é corroborada pelas palavras de um dos fundadores da instituição, que deixa entender que o tratamento médico é mais um serviço dentro do projeto missionário do grupo espírita dirigente, que tem no bojo a conversão dos funcionários:

Primeiro o espiritismo mostra quem é o portador de deficiência. É a lei de ação e reação. Nós não vamos julgá-los. Nós temos que amá-los, nós temos que tratá-los com todo carinho, amor, com a ciência, medicamentos, tratamentos médicos e todo tipo de médico e tratamento, dentistas especializados; não sei se é um tratamento excessivo, mas não deixa nada a desejar; é evidente que nosso trabalho espiritual é muito grande também, então as crianças têm o trabalho de energização, tem o trabalho científico, um trabalho extraordinário onde são feitos tratamento espirituais não na parte física, que pouco pode resolver, mas no perispírito deles, onde ficou lesado, danificado por consequência de erros passados. No trabalho de 6ª feira o mentor prefere dizer que são tratamentos e não curas, pequenas cirurgias que são feitas nas células do perispírito. Temos a energização duas vezes por dia, com mais de 170 internos e tem dado ótimos resultados, preces matinais. O nosso grande problema é esse a adesão ao curso para os funcionários. (...)Tem funcionários de outra religião que trabalham aqui e são tratados exatamente igual. Para nós importa que sejam profissionais que agem corretamente para nós, não importa a religião (Depoimento AGEDir).

O conflito no espaço médico, com as pagens principalmente, é amenizado com a configuração estrutural montada pelos fundadores da instituição, que asseguram as negociações por entre a religiosidade dessas profissionais da saúde com a religiosidade dos religiosos espíritas. São esses os profissionais da saúde que mais interessam à conversão religiosa dos espíritas. Nota-se mais explícito no discurso de uma das fundadoras aparecer no passado a origem do conflito. Mas, acha-se também no discurso de outro dirigente da instituição, mais atual, que o pomo da discórdia está atualmente desfeito, já não se confunde o que pertence às práticas religiosas e o que pertence à prática médico-religiosa, quando encontra o meio termo na contratação de um profissional da saúde que tenha por convicção pessoal a filosofia e ciência espíritas:

A medicina cuida da saúde das pessoas em geral. Os médicos existem para prestar o atendimento ao próximo, é muito importante. Digo novamente que o médico que olha o paciente além daquele corpo que está na frente ele vai progredir muito mais porque, vou dizer para você, eu trabalhava no plantão espiritual e fiz vários atendimentos nos plantões em que o paciente (chamei até de o paciente) ou seja, aquele que passou pelo plantão foi encaminhado por médico, que com

sensibilidade detectaram que era mais espiritual que material. E qual a importância do médico espírita? ele dá mais do que aprende no banco da faculdade. Ele proporciona mais, porque tem acesso à doutrina através do livro dos espíritos e médiuns, muito embasamento científico está aí, ele tem então mais condições: essa é a importância, ele acrescenta aquilo que o currículo da faculdade não deu, ele acrescenta mais longe. (...) não seria possível o trabalho sem a presença desse profissional espírita. Louva-se o esforço do presidente anterior, que chegou a trazer um médico em 1988. Acontece que ainda havia preconceito, onde achava-se médico espírita que quisesse desenvolver um trabalho aqui? Esse médico é um homem de pesquisa genética, um homem de trabalho e desenvolvimento para a humanidade, não foi possível continuar aqui. Isso é muito bonito. Paralelamente, parece-me que o campo externo ainda não havia se preparado. Nós procurávamos profissionais espírita mas não se conseguia. Finalmente chegou a hora certa e com a ajuda do plano espiritual, veio o atual médico espírita, foi uma luva e hoje estamos associado com o antigo médico espírita lá fora, para desenvolver trabalhos aqui dentro (Depoimento AGEDir. Grifos do autor da tese).

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. O primeiro passo aparecia para estruturar o espaço religioso de modo público dentro do hospital. Esse procedimento expunha-se à vista como o modo de mostrar a distinção da prática terapêutica espírita, a sua cientificidade. Esse tópico, como se constatará, é um importante aspecto diferencial no convívio com as outras religiões praticadas também no interior do espaço de trabalho do hospital, ou seja, o de considerar o tratamento espírita como tratamento científico e não como um tratamento religioso:

Dentro do horário de trabalho, tudo que fazemos de tratamento espiritual, fluidoterapia, passes, sejam respeitados, dentro do horário de trabalho. Todos os religiosos devem entender que fazemos um tratamento e não religião, estamos utilizando a ciência em benefício do interno. Na hora do almoço, é livre, e pode-se fazer o que quiser (Depoimento AGEDir).

Na verdade, com a contratação de um profissional médico, que aceita e adota o espiritismo como concepção de mundo, inicia-se a realização do projeto espírita de implantação de um sistema terapêutico espiritual nos moldes da terapêutica espírita praticada nos centros espíritas convencionais. Nesse sentido, o médico espírita contratado é mais religioso espírita do que médico biomédico. Assim é que se pode compreender a função do agente de saúde que estamos descrevendo como agente híbrido.

Reversas às atribuições negativas e positivas da pajem, que é também um profissional da saúde concorrente com a prática religiosa espírita, o profissional da saúde espírita corresponde a um agente atuante no espaço médico de modo político. No depoimento do médico espírita, é possível verificar que para ele outras religiões atuam na instituição médica, mas deve haver uma submissão à administração espírita:

Não há outras religiões atuantes no hospital porque é um hospital espírita. Existem pessoas de outras religiões, mas não é permitido que façam práticas religiosas. Por mim poderiam praticar, mas a diretoria não quer (Depoimento APSHib).

Menos resistente ao exercício religioso no interior do hospital, o médico de convicções espíritas acredita na importância dessas religiões ao atendimento à saúde dos internos porque “*as religiões fazem tudo para buscar o melhor de si (fora os fundamentalistas), procuram o melhor para seus semelhantes*” (Depoimento APSHib). Isso não quer dizer que seja favorável a estimular a implantação de práticas religiosas que não sejam aquelas do espiritismo. Ao contrário, ele coordena politicamente o jogo de forças entre a área técnica-médica, mais precisamente as relações entre pajens religiosas e administradores espíritas, 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.

2. O espaço da prática religiosa espírita

"O cinquentenário dessa instituição representa um marco em nosso país. Na área da Saúde trata-se de trabalho comunitário sem precedentes, que busca a integração do paciente na sociedade (...) Comemorar 50 anos é um fato extraordinário, por se tratar de uma obra grandiosa, cuja única preocupação é servir ao próximo sem nada receber com isso" (Comentário do governador do Estado de São Paulo na comemoração dos 50 anos de fundação da instituição estudada. Fonte: Edição Comemorativa da instituição).

Embora estivesse já legitimada pelo Estado como organização hospitalar provedora de serviços assistenciais, reconhece-se as novas feições dadas à instituição hospitalar administrada por praticantes do espiritismo em estudo. Ou seja, diante as exigências feitas pelo Estado (reforma dos hospitais) manteve-se, enquanto instituição filantrópica sob a propriedade e gestão de espíritas kardecistas, deixando de ser uma instituição de tipo asilar para inserir-se como instituição prestadora de cuidados médico-assistenciais junto ao SUS. Viu-se também como um profissional da saúde transforma-se num agente híbrido, mas não se mostrou ainda como se estrutura e atuam os agentes híbridos no espaço da prática religiosa.

O exercício religioso no espaço hospitalar está assegurado pelo estatuto organizacional que prevê, no Conselho Deliberativo, a atuação do Conselho Doutrinário. A função desse último é *“coordenar as atividades estabelecidas pela Assembléia, no cumprimento dos objetivos espirituais e assistenciais da instituição, conforme regulamento específico”* (Dados retirados de um Relatório de Atividades da instituição). Na prática, o Conselho Doutrinário conta com a participação executiva de um Departamento de Assistência Social que, na organização hospitalar, tem importante papel de entremear negociações com a área médica e a área clínica. O que se irá descrever neste item é o estado de negociações dos vários sentidos de assistência espiritual entre os agentes.

Nas atividades gerenciadas pela Assistência Social há também setores de assistência espiritual, destinados tanto aos assistidos, quanto aos funcionários da instituição de saúde: são os setores de terapia de energização, amparo a gestantes (também aberto à comunidade local), prece matinal, palestras, passes, visitas aos acamados. Essas são

algumas das formas de atuação religiosa dos espíritas no interior do hospital. Nas palavras dos agentes religiosos:

Faço parte do conselho doutrinário: dirijo o Departamento de Gestante (250 gestantes por ano), atendo no centro e os funcionários, a gente dá curso para as gestantes, ensina trabalho manuais, enxoval para bebê, roupas usadas, cobertores e uma cesta básica semanal de acordo com o tamanho da família. Faço isso e no centro dou aula do curso de doutrina e dirijo reunião pública. Como assistência social dirijo esse Departamento, atendo a comunidade carente que às vezes nos procura, procuramos dar o encaminhamento ao local necessário, às vezes damos cestas básicas (faço uma triagem porque é muita gente mas é todos os dias) e às entidades carentes também porque tudo que é excedente da nossa instituição a gente passa para a entidade que estejam mais necessitadas, em presídios, outras casas de cuidado para deficiente: pedem roupas, medicamentos, brinquedos para filho de presos, tudo que é excedente da casa é minha responsabilidade (...) (Depoimento AGEHib).

No hospital existem atuações espíritas, todas introduzidas por mim: a) passes (desde 1960); b) reunião de doutrinação (palestras, 6as feiras e sábados); c) evangelização (para os internos e para as crianças); d) prece matinal (todos os dias às 8 horas, somente para os internos que se locomovem com facilidade); e) prece matinal na instituição por via alto-falante; f) curso de doutrinação (para funcionários uma vez por semana, temos dois grupos); g) palestra para funcionários com expositor (4as. e 5as. para dois grupos) (Depoimento AGEHib).

Esses tipos de terapias espirituais são habituais desde a inauguração do hospital. São próprias da crença espírita e estão compreendidas como práticas religiosas, que podem ser aplicadas de modo legal dentro do hospital, mesmo com a rejeição parcial dos profissionais da saúde que ali trabalham. Como se descreveu, são realizadas em diversos locais e nem sempre os profissionais da saúde aceitam, por exemplo, a prece matinal feita por via alto-falante nos corredores da área clínica. Para os espíritas, esse tipo de trabalho espiritual harmoniza o ambiente do trabalho enquanto que, para muitos outros profissionais, trata-se de um problema que atrapalha o trabalho ordinário.

Esse não é o maior inconveniente no relacionamento entre os profissionais da saúde biomédicos e espíritas. Se os médicos espíritas não rejeitam o tratamento do corpo pela medicina na cosmovisão biomédica, nem todos os biomédicos aceitam o tratamento espiritual, promovido pelos agentes religiosos na instituição, dado que de modo reservado acreditam na existência de espíritos, não prescrevem convicções religiosas do espiritismo, e por isso mesmo não acreditam plenamente na eficácia da terapêutica espírita.

O médico espírita, como se constatará no próximo item, faz o papel intermediador entre as duas áreas de atuação clínica e religiosa, pois tem o encargo de distribuir, também pela posição do cargo de direção que ocupa na instituição, dois tipos de terapêuticas entre a clientela: a terapêutica do corpo (biomédica) e a espiritual (do espiritismo kardecista). Ele trabalha por legitimar o argumento de que a terapêutica espírita é um tratamento complementar ao tratamento biomédico convencional.

Os trabalhos espirituais organizados anteriormente pelos agentes religiosos para o exercício regular da prática espírita potencialmente poderiam ser encarados de modo adverso ao tratamento biomédico. Com a inauguração de um local específico para o exercício terapêutico espiritual, chamado de Centro de Estudos Espirituais, este centro de estudos, visivelmente instaurado no espaço médico, só foi possível em função de um consenso estabelecido entre agentes religiosos e os agentes da saúde dentro do espaço hospitalar, embora mantinham permanentemente conflitos implícitos entre eles naquele espaço.

Ou seja, os conflitos vêm à tona com a inauguração do Centro de Estudos Espirituais e, no entanto, são mediados pela coordenação do médico espírita. A inauguração desse espaço religioso, exclusivamente destinado à assistência espiritual dos internos, não se deu exclusivamente em razão dos propósitos espíritas, pois o projeto em parte obteve o apoio dos profissionais de saúde, que acreditam em espíritos, em almas e outras versões espiritualistas, embora não sendo kardecistas, aceitam a existência dos religiosos espíritas e têm admiração pelo projeto caritativo e espiritual.

A assistência espiritual instaurada no centro de estudos é praticada por médiuns, como nos centros espíritas convencionais. São realizadas reuniões mediúnicas de desobsessão, passes espirituais exclusivamente destinados aos internos, sessões de energização, cirurgias perispirituais, fluidificação das águas e receituários de água fluidificada aos internos. Abertamente declarado, o Conselho Doutrinário adota esse tipo de trabalho espiritual tanto na forma de uma ação filantrópica, quanto por um tipo entre as terapias espirituais disponíveis, como sempre existiram dentro da instituição.

Os conflitos mais comuns, como se viu em declarações pelos agentes religiosos, são com as pajens que, no início, negavam-se a levar os assistidos dos quartos ao local dos passes. Com a inauguração do local específico para o tratamento espiritual e, com essa estruturação física destinada às atividades espíritas, concretiza-se o projeto de assistência espiritual, que se está sugerindo como um dos resultados da luta simbólica travada no interior dos espaços da organização hospitalar.

O problema de implantação do projeto de tratamento espiritual, que teve origem concreta na rotina dos passes espirituais aplicados nos quartos dos pacientes internos, transforma-se em uma estratégia para contratação do médico espírita, uma consistente oportunidade para colocar a cientificidade do espiritismo como um bem simbólico a ser trocado como bem terapêutico.

Quando endossada pelo médico espírita, antes de tudo um cientista e não um religioso ou médico charlatão, o fator diferencial em favor da terapia espírita dos passes é criado em função do sentido dado à terapêutica espírita enquanto um recurso da prática médica:

Existe uma mística, existem tabus, medos (aqui no hospital). O nosso trabalho (científico) é um estudo piloto duplo cego: o pessoal dava passe aqui dentro, ai quis criar um estudo onde o duplo cego; o pessoal não saberia e ai surgiu a idéia que a energização foi desenvolvendo, em função disso, no espaço particular, eles não teriam mais contato com o paciente. O paciente, como hoje, participa entrando nos trabalhos para o passe, inclusive tem grupos que não tem contato, tem grupo de energizadores que não tem contato nenhum. Ai então com a dirigente espírita desses trabalhos espirituais, porque cada processo desse tem um colaborador, não é, no caso da energização foi essa senhora, o trabalho de sábado entrei como pesquisador, a questão não era via mestrado, essa foi uma idéia que tive depois, pensando com a questão de me qualificar para ajudar a Casa (Depoimento APSHib).

A efetivação do espaço espírita deu-se em função do projeto científico do médico espírita. Disponibilizou aos profissionais da saúde, através do prontuário eletrônico, um setor de assistência espiritual, denominado "terapias complementares". Sistematizou o tratamento de energização (passes magnéticos) e água fluidificada em conjunto com o Departamento de Assistência Social. Organizado o setor de tratamento espiritual, o profissional da saúde médico e espírita coordena e seleciona os casos clínicos que

necessitam daquele tratamento seguindo os critérios de avaliação psicológica, submetidos a uma classificação de grupos de pacientes com os seguintes problemas de saúde mais correntes:

Crises convulsivas: pacientes com problemas de movimentos tônico-crônicos, generalizados ou parciais, acompanhado ou não de perda de consciência.; Perda visual: pacientes com problemas de visão como catarata, cirurgias, etc; Distúrbios do comportamento: pacientes com problemas psicológicos, que alteram o comportamento sexual, social, agressividade, etc; Gastro: pacientes com problemas fisiológicos gastrointestinais de regurgitação, úlceras, gastrite, obstipação, etc.; Distúrbios alimentares: pacientes com problemas fisiológicos e orgânicos para ingestão de alimentos, por exemplo, pica e jejuns voluntários; Sondados: pacientes com problemas respiratórios graves e dietas por via oral, que utilizam sondas nasogástricas (Dados retirados dos arquivos da instituição. Grifos do autor da tese).

Efetivado o espaço da prática terapêutica espírita no espaço virtual dos prontuários médicos eletrônicos, o médico espírita participa como pesquisador ou como um cientista, tanto para os espíritas quanto para os profissionais da saúde. Dessa maneira, no espaço hospitalar passam a conviver as práticas biomédicas com as práticas espíritas, que se confrontam: o médico espírita, dirigente do projeto científico, condensa ambas as práticas terapêuticas transformando-se num agente híbrido, que tem a missão de difundir também as práticas terapêuticas espíritas enquanto terapias espirituais aceitas comumente entre os grupos, e quando tem por meta legitimá-las como práticas integrantes do espiritismo:

Faz parte da minha missão na instituição, desde o primeiro ano que estou aqui, ainda como psiquiatra, era de criar uma vinculação, uma fonte maior para que a espiritualidade estivesse aqui e de legitimar isso cientificamente. Todos os trabalhos tem sido nesse sentido: de organizar os processos, de criar comissões de pesquisa e tudo mais e aí nesse percurso surgiu a necessidade de ter a titulação, (que eu sinceramente acho um saco, mas a comunidade exige), para captar verba, porque dizem, quem é que está por trás, vamos buscar titulação senão o pessoal faz pseudociência. Mas a titulação não é o aspecto mais importante para mim, o aspecto mais importante é que tenhamos evoluído na organização que é assim, um certo conhecimento científico, que eu já tinha antes e até que comecei a dar um curso de pesquisa como psiquiatra, com alguns médicos, para dirigentes espíritas e alguns fundadores da instituição. Era uma proposta de se fazer um projeto científico, comecei organizando o que é o pensamento científico, aí a coisa não deu certo, em apenas alguns meses acabou (...) (Depoimento APSHib).

O entendimento do médico espírita, que se autodefine médico e espírita, atua como um agente híbrido, pela implementação do projeto que tem por atributo principal a articulação entre agentes religiosos e da medicina, na constituição de um espaço híbrido, onde atuam agentes e práticas médicas concomitantes às práticas religiosas, essas de modo sempre complementar àquelas:

No final, a minha opinião a respeito disso é a seguinte: tudo é construído tijolo a tijolo e a obra do ponto de vista físico, institucional vai aumentando, vai crescendo. Acho que o médico espírita, de fato, é fundamental na obra: essa é a minha grande missão. Na essência diria que o trabalho é um trabalho de 1) estruturar a área técnica de tal forma que haja uma eficiência e competência funcional e receptividade para as práticas espirituais; 2) há resistência e tenho trabalho essas resistências justamente com a fundamentação científica dessas práticas. Sou uma pessoa que tem credibilidade no corpo clínico de não estar impondo a eles uma prática que eles não concordam. Na realidade o que faço é o seguinte: eu dou apoio e condições para que exerçam uma boa prática clínica e crio uma receptividade neles para as práticas espirituais. E de outro lado o que faço: diminuo a resistência deles em relação a prática clínica, que é vista de uma forma negativa, e mostro a importância de uma harmonização (...) Missão é no sentido de força tarefa, integração da área técnica, a estratégia que adoto nessa integração é de trabalhar em dois pontos: acho que os dois precisam ser trabalhados, primeiro para poder um ter a percepção do outro diferente daquele tinha antes dessa integração. O que acontecia: o conselho doutrinário acaba tendo uma percepção das práticas clínicas como se elas fossem muito materialistas, muito ortodoxas, impeditivas de uma boa prática do mundo espiritual; e em relação à equipe técnica, acha que aqui é uma pseudociência, uma interferência na boa prática técnica. Eu tenho mostrado exatamente o contrário e utilizo de uma credibilidade, sou conhecedor da área doutrinária e da área técnica: sou conhecedor tanto da dinâmica técnica quanto da organização da rotina médica da rotina organizacional (...) O meu discurso é público, não coloco em risco meu trabalho, o que lhe falo é público, falo para você e para qualquer um, não é uma coisa que faço por debaixo do pano: esse é meu objetivo, para isso recebo o apoio da diretoria e de ambas as partes. É de interesse uma boa relação com a administração, com a ideologia, ainda que não acredite, ainda que não siga, todos querem viver em harmonia: eu sou um agente que cria essa harmonização (Depoimento APSHib).

Verifica-se o esforço do médico praticante do espiritismo em mostrar a existência de uma imparcialidade (religiosa e científica) que o conduz nos meandros da institucionalização do projeto terapêutico espírita no hospital. Isso é possível graças ao bem simbólico produzido pelo argumento de cientificidade do espiritismo na interação com os demais agentes no hospital. No conceito teórico de BOURDIEU (1983b), os argumentos de cientificidade no campo da ciência fazem parte da composição de bens simbólicos

produzidos para justificar uma eficácia, materialmente falando, como referência à eficácia simbólica, característica do campo.

Pode-se afirmar com isso que a construção de um espaço religioso independente para o exercício religioso no interior hospitalar (isto é, o Centro de Estudos Espirituais) não provém de uma legitimidade construída unicamente da participação política do médico espírita, dada pela posição social que ocupa na instituição. No argumento desta tese são os bens simbólicos produzidos no espaço religioso, trocados no espaço médico, que seguem o itinerário de um mercado simbólico de terapêuticas materiais e espirituais que influi decisivamente na efetivação do espaço médico e religioso, coordenado pelo agente da saúde híbrido. Para tanto, como diz BOURDIEU (1983b), foi preciso que houvessem disposições entre os agentes, no nosso caso, agentes e práticas de dois campos distintos.

Quando se perguntou à coordenadora do Departamento de Assistência Social sobre o uso das terapias espíritas no espaço médico, vem à superfície a noção cientificista como condição imposta pela presença do médico espírita:

Neste período, no meu modo de ver, foi mais significativo, a mudança extraordinária na área espiritual: trabalho e pesquisa, aliança da ciência tradicional com a ciência espírita, também ao tratamento médico com o tratamento espiritual. Alguma coisa para dar certo teve de substituir o diretor clínico. Esse foi o diferencial para essa conquista. O médico atual foi convidado a assumir parte da clínica e acumular a direção técnica (multidisciplinar) depois dos diretores anteriores, que estavam descontentes (Depoimento AGEHib).

Por outro lado, na opinião dos agentes religiosos dirigentes da instituição, o espaço religioso instituído no espaço médico deve partir da noção da existência do espiritismo científico, dada a imagem da organização médica, que acreditam na aliança entre espiritismo e ciência:

A doutrina consegue na minha opinião, ser uma religião com raciocínio e ciência aliada, porque a ciência ratifica (ai está a beleza da doutrina por ser uma fé raciocinada), quem ratifica essa “religião” é a ciência. Há questão de 20 anos os cientistas descobriram que não há espaços vazios no universo, é um matéria que você não vê; então que religião trabalha com a ciência, nenhuma! (Depoimento AGEDir).

Quantos os internos, vai além do tratamento material. O espiritismo não pára onde todas outras religiões param. Progride-se muito, aliás em todos os ramos, basta conversar com um psiquiatra ou um psicólogo materialista, eles batem na parede numa certa altura e volta; o psiquiatra e psicólogo espírita vai mais além, ele chega no ser principal que é o espírito e a ajuda é maior. O tratamento espiritual é a motivação principal do nosso empreendimento filantrópico: primeiro foi abrigar aquelas crianças portadoras de deficiência. Com caridade é claro. Vamos lembrar o seguinte: na natureza o homem não dá saltos, tudo vem ao seu tempo. Quantos anos demoraram para a emissora vir comunicar a doutrina. Só agora houve condições até externas, haja vista a Associação Médico Espírita e o aumento de médicos espíritas no meio universitário. Hoje os médicos já podem falar mais abertamente que são espíritas, que antes eram discriminados. Então tudo tem sua hora. Hoje pode-se falar da universidade do espírito tranqüilamente, no jornal, no rádio e publicamente porque a característica universal da doutrina dos espíritas facilita, e hoje as pessoas estão mais preparadas por ver tanto absurdo de charlatanismo. Então a doutrina espírita é aceita por muitos que não professam segundo a característica universal: um católico aceita, o evangélico aceita dentro de uma proporção. Na verdade diria que os ensinamentos da doutrina espírita estão contidos dentro das outras religiões (Depoimento AGEDir).

Aqui são feitos fluidificação da água, só que esta água foi enviada para análise antes e depois e constatou-se a modificação da água para melhor. Está aí um tratamento realizado com o apoio dos médicos, há uma aceitação geral bem melhor, mesmo dos médicos não espíritas, o que não ocorreu ontem, hoje aceitam o trabalho como aspecto espiritual dos internos. Informações de companheiros e uma equipe de passes à noite, hoje é feito o tratamento (...) uma ratificando a outra: as pessoas aceitam mais fácil o que a medicina diz ou a religião. As pessoas aceitam mais fácil o que o cientista diz. Porque a fé e a religião tem uma tendência, não pela razão e mais pelo temor e medo. A ciência vem ratificando ... onde está a beleza da doutrina, no seu aspecto científico? Porque a doutrina na parte científica anda quase sempre à frente da ciência. Agora a ciência é que está chegando, endossando e ratificando. Mas claro, porque todo bom médico cientista tem uma tendência de ser deus. (...) Quando a ciência se liga à religião, ela se completa e ela também avança mais (Depoimento AGEDir).

No entanto, para outro agente religioso, que ocupou cargo de presidência da instituição, a questão da cientificidade já está posta pelo espiritismo de Allan Kardec:

Quando falo de ciência falo de ciência convencional. Existe a ciência, do lado espiritual, que preexiste a matéria, antes de sermos formados, antes de começamos a viver, antes de ter vido para o planeta Terra, a ciência já existia antes. Porque nós sabemos que nosso planeta foi criado a 4 bilhões de anos e 500 milhões de anos e Deus em sua infinita misericórdia sabia que estava fazendo; já havia ciência antes. (...) Quando falo de ciência do corpo, é a ciência que conhecemos aqui. Mas evidente que existe ciência espiritual, que é a preexistência de tudo, é o começo da vida. Nada foi feito no físico sem primeiro

preexistir no lado espiritual. Toda ciência, o porquê da vida está no espírito, no conhecimento espiritual. É ciência do espírito, talvez fique mais inteligível para quem não consegue entender (...) A ciência convencional em relação ao espiritismo, o espiritismo tem uma certa missão para alavancar! Nós vamos ver na história do mundo que sempre houve progresso na ciência, devagar descobrindo as coisas e dar progresso à vida, para ajudar a entender outros problemas que a ciência física não pode explicar. Há um aprimoramento natural, pela bondade divina. Deus quer isso. As criaturas vão sabendo das coisas gradativamente; o próprio cristo falou que não falaria tudo porque nos não entenderíamos. Mas viria o espírito de verdade que falaria o que não pode falar. (...) a ciência é aberta, mas se não tem conhecimento para poder entender, não se consegue; se a ciência não vê e não apalpa ela acha que não é verdade. A prova está aí. Existem aquelas pessoas que vêem espíritos, os espíritos de pessoas mortas, significa que continuam vivas, continuamos a viver e nós sobretudo que conversamos com nossos entes queridos, pessoas que já voltaram à pátria espiritual e aqui conversamos com os internos para ver suas mazelas e dificuldades, para ensiná-los como devem agir para minorar o sofrimento deles e se prepararem para uma melhor reencarnação(...) (Depoimento AGEDir).

Sabemos que a patologia dos internos é irreversível, não vão ser curados para ter uma vida normal e por mais que a ciência faça os problemas continuam. É preciso que se transcenda essa ciência física para ir à causa do problema. E a causa do problema está no espírito, na alma quando encarnado. Está na alma o defeito. Então é preciso educar essa alma para ela poder conseguir vibrar de tal maneira que vá ajudar a viver melhor. Nessa condição irreversível e prepará-la para outra reencarnação melhor, onde não vai trazer essa mazela atual e menos problemática(...) (Depoimento AGEDir).

Esse progresso (individual) pode-se verificar aqui dentro e para isso que estamos fazendo com a área clínica os testes necessários para acompanhar, está sendo anotados nos prontuários, para acompanhar aqueles que estão sendo tratados (do ponto de vista da ciência espírita) podemos ver somente falando com eles, não há um registro ... o que nós fazemos é o seguinte: fazemos o trabalho para que na vida material esteja melhor, nessa vida; na vida futura vai depender se ele vai querer realmente fazer isso. Estamos preparando para uma vida melhor não só nessa vida como em outras. A ciência espírita tem uma certa missão de alavancar o progresso na ciência convencional, Kardec disse que a ciência tem de caminhar com a religião. E a ciência espírita modificar-se-ia se fosse necessário se a ciência convencional provasse que nós estamos errados. O espiritismo estaria errado. Mas isso não acontece, ao contrário: tudo que o espiritismo falou, ou o que Kardec falou a ciência está confirmando: a existência da alma, os problemas psíquicos, tudo decorre da alma que tem a doença. O espírito que sofre, que sabe passar pela doença ele passa com mais facilidade, prepara a alma para poder passar pela dificuldade: ele mesmo plantou em existência passadas ou na atual existência (Depoimento AGEDir).

Como se observa, o discurso sobre o aspecto científico da doutrina espírita também pode funcionar como mais um bem simbólico, além da crença na existência dos

espíritos, de que se valem os espíritas na relação com os médicos, psiquiatras, psicólogos e demais profissionais da saúde não espíritas, incorporados no hospital uma vez que lidam com doenças consideradas incuráveis pela medicina, como é o caso das deficiências múltiplas associadas.

3. O espaço da produção de bens simbólicos

Como se viu, o acesso à assistência espiritual disponível aos profissionais de saúde e aos funcionários da área clínica de modo virtual pelos computadores da instituição foi proporcionado em função do arranjo da terapêutica espiritual identificar-se como mais uma modalidade terapêutica além da biomédica. A assistência espiritual pôde ser encarada nesse contexto como um serviço complementar à biomedicina praticada no hospital. Por outro lado, o setor de Pesquisa e Ensino incentiva atividades científicas a partir de projetos avaliados por duas Comissões: Comissão de Ética e Comissão Científica.

Não se trata de um projeto científico do médico espírita que pretende formar uma medicina espiritual dentro do hospital, nos termos colocados por Adolfo Bezerra de Menezes. Acredita-se que as reivindicações de Bezerra de Menezes davam-se num outro contexto histórico, onde a medicina alopática conflitava com outros projetos de medicina espiritualistas, por exemplo, postos pelo espiritismo e pela homeopatia, sendo que a medicina alopática saiu vitoriosa. Se hoje o contexto institucional é outro - havendo maior flexibilidade e abertura para aceitação de outras medicinas e práticas terapêuticas, como no caso da oficialização da especialidade médica da homeopatia e da acupuntura no Brasil, ainda sob o controle da corporação médica – acolhe-se a idéia de que o mesmo não acontece com as práticas terapêuticas religiosas espíritas. O espiritismo luta por legitimar suas práticas terapêuticas, que são de natureza religiosa e espiritual, em razão da crença na existência de espíritos. O conceito de medicina espiritual não faz sentido nesse contexto, sendo mais apropriado denominar o desejo de sistematizar as disposições simbólicas dadas pela estruturação espírita numa organização de assistência espiritual à clientela atendida.

Assim, dado o local para o exercício religioso mediúnico dentro do espaço hospitalar, mostra-se a seguir como são produzidos os bens simbólicos do espiritismo no hospital em estudo, cujo resultado principal é a combinação social desse espaço para o exercício terapêutico espiritual. Em seguida são descritas duas reuniões mediúnicas, selecionadas como exemplos para os argumentos, como se sustenta aqui, sobre a existência de um espaço simbólico em que a assistência espiritual, nas condições sociais do espiritismo, não necessariamente coincidem com a base da produção simbólica da crença

na existência do espírito, mas promove os princípios para a produção de produtos espirituais direcionados ao espaço da prática biomédica, cujas características apresentam-se como qualidades próprias de um campo de trocas terapêuticas.

Como se assinalou acima, o Centro de Estudos Espirituais é o local onde ocorrem as reuniões mediúnicas realizadas nessa instituição, que funcionam numa casa recém construída para essa finalidade, situada fora das instalações médicas. No seu interior há duas salas amplas. Uma delas está orientada para o funcionamento de trabalhos e estudo espirituais aos grupos de estudos evangélicos, tanto para os pacientes internos quanto para funcionários. Trata-se de uma extensão do centro espírita mantenedor, onde se ministram cursos para desenvolvimento da mediunidade ou evangelhoterapia. Em horários diferentes, os grupos de funcionários reúnem-se duas vezes por semana, enquanto o grupo de pacientes internos, na sua maioria acamados, comparece às reuniões de estudo em cadeiras de rodas uma vez por semana junto com as respectivas pajens de suas unidades.

A outra sala, destinada aos trabalhos espirituais de doutrinação de espíritos e cirurgias espirituais, é freqüentada por grupos de médiuns, procedentes do centro espírita mantenedor do hospital. Nem todos os funcionários espíritas são convidados a participarem dessas sessões mediúnicas. Não são convidados aqueles profissionais de saúde não espíritas e também não podem freqüentar os profissionais de saúde em processo de conversão. Somente são convidados a cursar os cultos religiosos espíritas os funcionários de convicção declarada que já tenham passado pelos cursos do centro espírita mantenedor. Essas reuniões são fechadas em relação a novos participantes, que começaram mais ou menos em torno de 20 pessoas. Treze dessas participam são médiuns ou que manifestam a recepção de espíritos dos pacientes internos ou que doutrinam e fazem sustentações mentais (vibrações) durante a reunião mediúnica. Quanto à participação dos espíritos dos pacientes internos no hospital, as manifestações mediúnicas são possíveis, segundo explicam os médiuns e os espíritas mais experientes, graças ao estado sonolento do paciente no momento da sessão mediúnica, ou, ainda, devido ao grau de comprometimento cognitivo por que passam, sofrem durante os horários das sessões, um processo de desdobramento, cujo estado de torpor é a condição ideal para o deslocamento até a sala de reuniões onde ocorre o transe mediúnico para as comunicações.

As sessões mediúnicas iniciam-se em horários previamente marcados, em que os participantes, ao chegarem, sentam-se às cadeiras colocadas em círculo. Sentam-se médiuns, dirigentes religiosos, médicos, enfermeiras, psicólogas e outros profissionais contratados do hospital, mas somente participam quando convidados e autorizados pelo dirigente das sessões mediúnicas, como já se disse que são trabalhos espirituais fechados e realizados dentro do hospital.

Há uma ordem cronológica para o desenvolvimento da sessão espírita, que na totalidade não ultrapassa três horas de trabalho espiritual. Num ambiente de oração, cortinas meio abertas, primeiramente faz-se a prece de abertura. Os primeiros 40 minutos são dedicados ao estudo, geralmente de um livro programado que versa assunto sobre espiritismo e ciência, seja de um autor espiritual ou de um médico espírita. Em uma hora e meia os trabalhos propriamente espirituais são realizados com o exercício da mediunidade. Os 10 minutos restantes são dedicados aos comentários gerais dos médiuns e aos casos de internos em tratamento espiritual. Finalmente faz-se a prece de encerramento.

Na segunda sala, há dois tipos de reuniões quinzenais instituídas. Sempre voltadas ao atendimento espiritual dos internos, um tipo de reunião mais generalizada, tem por meta organizar sessões mediúnicas em que os médiuns recebem os espíritos dos internos, que se comunicam sempre diante dos problemas cotidianos da vida hospitalar. Nem sempre identificados, as queixas são ouvidas e o doutrinador procede com a terapia espiritual de aconselhamento e acolhimento, tentando doutriná-los nos moldes do espiritismo convencional. Nesse primeiro caso, há um dirigente do trabalho, geralmente o presidente da instituição, que coordena o tempo, as comunicações mediúnicas, dialoga com o mentor espiritual, que por sua vez coordena os trabalhos do plano espiritual. Nessas condições, há um diálogo entre o plano material e o plano espiritual e está a cargo deste último a seleção dos casos levados ao tratamento espiritual, sempre girando em torno de no máximo três a quatro casos. Ressalta-se que a seleção dos casos dos pacientes internos da instituição com problemas espirituais é feita pelo plano espiritual, uma coordenação originária dos mentores espirituais, que têm por base geralmente os problemas de obsessão dos residentes. Nesse caso não há participação alguma dos presentes na escolha dos casos.

Já no segundo tipo de sessão mediúnica, mais específica desse hospital espírita, os tratamentos são de cirurgias no perispírito dos internos. Seguindo o mesmo modelo de reunião mediúnica (prece inicial, leitura, trabalho espiritual e prece de encerramento), nesse trabalho espiritual a seleção dos casos é feita pela equipe médica do hospital, a partir de um critério de identificação dos casos para tratamento complementar ao tratamento médico. Nessa sessão espiritual há também um dirigente que dialoga com o dirigente do plano espiritual, com a diferença de que este último é o espírito de um médico famoso não identificado. Os pacientes, também em torno de três por sessão, são diagnosticados e tratados os seus perispíritos, sendo que continuam ou recebem alta quinzenalmente, pela ordem do médico espiritual. Não há trabalho mediúnico de incorporação dos espíritos dos pacientes. Somente o médico (mentor), em transe sempre em um único médium, conduz os trabalhos e orientações espirituais, do tipo médico-receitista.

Como se viu, no capítulo anterior, a mediunidade segundo os kardecistas, sendo um dom a ser cultivado pela prática da caridade, é vista pelo espiritismo como faculdade cuja potencialidade pode ser desenvolvida por todas as pessoas. Entende-se que o exercício da mediunidade é um bem simbólico na doutrinação espírita, tanto quanto para a conversão dos não crentes no espiritismo e que, nesse caso, vem servindo concomitantemente para o tratamento espiritual dos internos do hospital, através da aplicação dos dois tipos de terapias espirituais, como descritos acima.

A primeira reunião espiritual que se descreve, em seguida, resulta do primeiro tipo. Vê-se quais são as disposições em que o médico de convicções espíritas transforma-se em um agente híbrido, quando participa efetivamente do processo de produção dos bens simbólicos espirituais durante as sessões mediúnicas. Nesses reuniões selecionadas a participação do médico espírita acontece na primeira parte dos trabalhos, isto é, na parte do estudo doutrinário. Embora participe também da segunda parte dos trabalhos espirituais como doutrinador das rebeldes manifestações dos espíritos dos internos - momento em que marca um estilo próprio de religioso e doutrinador, mostrando-se também a forma amistosa na conversa que trava sempre em tom ameno nos diálogos -, estabelece com o espírito agressor uma relação de orientador espiritual. Acredita tratar espiritualmente os internos dessa maneira, dentro do *habitus* religioso, fazendo prevalecer, no sentido caritativo, a

compreensão dos argumentos na sua forma terapêutica, cuja finalidade é convencer o espírito comunicante da realidade espírita pelos preceitos da doutrina.

Mas não é esse o momento de evidência que se quer destacar da participação médico-espírita, quando reproduz nas sessões espíritas a crença na existência dos espíritos, mas de modo híbrido no processo do conhecimento médico. É no espaço de estudo da doutrina que o médico espírita atualiza as informações para os religiosos, retomando as atuais descobertas da medicina biomédica no assunto estudado. Na sessão espírita selecionada, escolheu-se para exposição os argumentos discutidos em quarenta minutos de conversa com os participantes. De modo geral são especulações espíritas levantadas no contexto de estudo, nessa ocasião de um livro de outro médico espírita, Jorge Andréa, expositor do Instituto de Cultura Espírita do Brasil. O assunto estudado no livro versava sobre o seu modelo espírita de consciência. Em seguida vê-se como se forma, no processo de produção social de bens simbólicos espíritas, o meio de produção desse tipo de bens (principalmente o tratamento perispiritual) dirigidos à realidade do hospital como serviço de assistência espiritual.

O médico espírita explicita ao grupo de religiosos o assunto em discussão (desequilíbrio mental) do ponto de vista do conhecimento biomédico, e esclarece como procede o diagnóstico de abordagem materialista:

Esta é uma discussão, uma reflexão muito importante e que não tem uma boa solução ainda. O que pensa o médico quando prescreve uma medicação. Ele parte de um conhecimento de que esse desequilíbrio é exclusivamente neuroquímico. Ou seja, a consciência é um produto da atividade neuronal celular, e o que está na base disso são substâncias neuroquímicas ao nível dos neurônios produz uma consciência e compreensão. Se essas substâncias estão em desequilíbrio você tem uma consciência desequilibrada, que se pode chamar de neurose, psicose, depende do grau, são classificações. A correção disso é identificar a substância e promover um reequilíbrio externo. Isso é que pensa o médico quando está prescrevendo (Diálogo APSHíbr-médico).

Depois mostra sua opinião sobre a dualidade matéria e espírito, posta por Allan Kardec e reproduzida por seus seguidores. O depoimento seguinte mostra muito mais um discurso em que quer apontar as diferenças entre as concepções religiosas e as concepções

biomédicas da doença, esforços para legitimar no espaço hospitalar a doutrina dos espíritos e sua base científica:

Acontece que nós temos um outro conhecimento, que vem de outra fonte que diz o seguinte: a consciência não é um produto de atividade neuronal. É lógico que vai muito além disso. E essa outra fonte, que afirma isso, não é somente espírita. Por exemplo, o Freud não era espírita e no entanto ele dizia, pode ser que tenha ou no futuro possa encontrar, mas hoje não consigo explicar a consciência falando de neurônios, não dá; é uma coisa muito complexa, não dá para fazer esse link, talvez no futuro os cientistas consigam fazer isso. Até hoje não conseguiram. Mesmo quando o Crick veio na Nature e falou que identificou as células responsáveis e tudo o mais, na comunidade científica ninguém mudou de concepção por causa disso. Mais uma vez o indivíduo insiste em querer reduzir uma coisa muito abrangente numa questão neuronal, não é possível. Mas diziam, estamos chegando e vamos conseguir explicar tudo isso (Diálogo APSHibr-médico).

É nesse contexto que o agente da saúde se torna agente híbrido, justificando a necessidade de assistência espiritual do tipo terapêutica espírita na prática médica. Descreve os procedimentos clínicos na forma híbrida fora da base organicista da medicina materialista e fora dos argumentos propostos de certos médicos espíritas:

Então fica a questão: o que é a consciência. E aí vem as teorias, como a dele (Jorge Andréa, médico espírita autor do livro estudado) e a teoria espírita, que explica dentro de um processo reencarnatório, dentro de um processo de camadas inconscientes e tudo isso. Mas, não explica como se faz essa interação com o corpo, fica também uma teoria desconectada. Então você fica com uma teoria que tenta explicar o nível orgânico e tem procedimentos (racionalidade médica) próprios para esse nível orgânico e uma teoria desconectada desse nível orgânico; olha é muito maior que isso, e que tem procedimentos próprios dessa teoria. Então quais são os procedimentos próprios do espiritismo: os fluidos, a desobsessão, o resgate da reforma íntima; esses são os procedimentos próprios sustentados pela teoria espírita e que não são articulados com a questão orgânica (Diálogo APSHibr-médico. Grifos do autor da tese).

Então o que acontece com um médico que é espírita e conhece os mecanismos biológicos: ele vive exatamente esse conflito, que pensa o seguinte: eu não tenho uma teoria que faça essa articulação de forma adequada, então vamos pelo bom senso. Eu sei que tenho que deixar alguma condição para o espírito ser resgatado, mas sei também que se esse sistema não for corrigido ele morre. Então o indivíduo que tem neurose grave ou psicose, se você não dá uma medicação para ele, que seda ele, que inibe a capacidade daquele espírito se despertar, ele pode morrer, se suicidar, aquele desequilíbrio pode acabar com a oportunidade de fazer um resgate. A gente entra com a medicação para atenuar, mesmo sabendo que isso possa prejudicar a

manifestação daquele espírito, interação dele, mas tentando fazer aquele misto (Diálogo APSHibr-médico).

Identificado um modelo para tomada de decisões clínicas com procedimentos híbridos, o médico espírita não descarta uma nem outra maneira de trabalhar com a medicina. Primeiro adere às concepções médicas biomédicas (uma prioridade na manutenção da vida), depois considera o progresso na área da ciência psiquiátrica, nos seguintes termos:

Como você vê que nesse momento ainda assim está havendo um progresso, porque se entende que essa melhora é para conscientização? Entendo da seguinte maneira: coloco como prioridade a vida. Primeiro é a preservação da vida. Se existe o processo de reencarnar é porque é importante para o desenvolvimento do espírito. Então tudo que puder ser feito para que se mantenha uma duração desse processo, deve ser feito. Se foi deixado o espírito voltar então não precisava ter vindo. Para concluir então a prioridade para mim é a manutenção da vida. Depois entendo o seguinte: somos muito ignorantes para saber qual é o impacto que um sujeito, que está vivo e reencarnado, tem uma interação, mesmo tendo uma interação prejudicada por um desequilíbrio, mesmo de uma interação que não consiga compreender. Veja nossos pacientes aqui, tem um cognitivo prejudicado, no entanto, vemos pelas manifestações (espírituais) que mesmo assim é válida a vida deles (Diálogo APSHibr-médico).

Como aparece, dentro de um sistema de crenças, a solução do médico espírita pende mais para uma concepção política do que religiosa, ao jogar em ambos os lados de modo a considerar ambas posturas na racionalidade médica: o diagnóstico e tratamento biomédico e espírita são reavaliados e colocados em um único modo de entendimento. Embora seu discurso tenha aceitação entre os espíritas presentes na reunião de estudos, a forma de conhecimento, um produto híbrido aí produzido, como deverá ser aceito no espaço médico? Essa questão é colocada de modo indireto ao próprio médico quando, ao ser indagado por uma das religiosas espíritas sobre suas próprias convicções, explicita o que entende por um posicionamento adequado (híbrido) ao conflito matéria-espírito:

Não é hipótese nem teoria, é a verdade, o espírita é assim, ele tem certeza, ele não crê, ele tem certeza, essa é a verdade. Para a ciência eu concordo, o senhor falou como médico. O que quero saber é o seguinte: que essa teoria espírita (do livro em estudo), ela também não consegue explicar a conexão do espírito com o corpo. Mas já está tudo explicado em Kardec, e isso não o senhor não colocou (Diálogo AGE).

Como espírita eu penso exatamente como a senhora falou. O meu lado espírita, não tem dúvida da vida após a morte, nenhuma. A minha realidade é essa. Agora, como cientista, eu também sou conhecedor dos mecanismos da ciência. O meu propósito hoje, o meu trabalho aqui na instituição, é estabelecer uma articulação entre ciência e espírito. Eu procuro ter um discurso que mostre essa articulação, que mostre o que na doutrina espírita pode iluminar a ciência para que a ciência possa se sentir articulada. O que observo é o seguinte: que se eu chegar no ambiente como espírita. (...) se eu chego espírita no meio espírita eu ofusco (...) (Diálogo APSHíbrico-médico).

Como se distinguiu, no capítulo anterior, o espiritismo, contrariando a ciência materialista, originalmente colocado por Allan Kardec e seus adeptos, não abre mão da reencarnação, da necessidade de evolução dos espíritos, das influências dos espíritos na causação da doença e do apego às terapêuticas perispirituais. A discussão aqui enfocada sobre a consciência mostra a utilidade do tema no discurso médico-espírita, um testemunho racional para suscitar a crença nos espíritos, na vida após a morte e nas manifestações dos espíritos, que se apresentam para ele como verdades da religião espírita.

Um outro exemplo ilustra a participação do médico espírita no processo de construção social da terapêutica espírita compartilhada no espaço médico pelos profissionais da saúde não espíritas como terapêutica espiritual. Quando se utiliza o argumento de complementaridade dos serviços espirituais (entendendo como uma terapêutica híbrida no necessariamente no mesmo sentido que se está fixando aqui), considera-se haver a posse de mais um bem simbólico a ser trocado junto aos demais profissionais, diante os resultados apresentados de uma eficácia terapêutica.

Descreve-se, em seguida, pelo segundo tipo de reunião espírita praticada no hospital, a participação do médico espírita, que completa a estruturação do circuito em que percorrem as trocas dos bens simbólicos, produzidos e distribuídos pelos preceitos do Espiritismo reproduzidos no espaço hospitalar. Nesse segundo tipo de reunião mediúnica, como descrito acima, a participação do médico fundamenta o sentido do espaço e atuação dos agentes híbridos (como poder-se-á ser descrito integralmente no próximo item).

Enquanto que, no primeiro tipo de reunião mediúnica, quem organiza os casos para o tratamento espiritual é o plano espiritual, e a participação dos integrantes do grupo é de recepcionar os espíritos dos internos para o tratamento perispiritual através de

doutrinação espiritual, no segundo tipo de reunião mediúnica, a organização dos casos clínicos é feita pela equipe do médico espírita, a partir de uma demanda de serviço espiritual proveniente da constatação do insucesso da medicina biomédica no hospital. Nesse segundo tipo terapêutico, como se poderá ver, a tônica da terapêutica não é sobre a presença do espírito, mas sobre a presença física do interno, que se defronta com o médico espiritual incorporado mediunicamente. Instaurado o local para esse tipo de trabalho espiritual e estruturada a terapêutica espírita junto às equipes médica espiritual e do médico espírita, os casos apresentados ao plano espiritual chegam para os serviços de cirurgias perispirituais também pelo critério de urgência. Os casos são selecionados e acompanhados na evolução de um caso clínico e com ele mostra-se como se desenvolvem, no processo de produção de bens simbólicos espíritas, os aspectos híbridos incorporados nos serviços de assistência espiritual do espiritismo desse hospital.

O caso descrito vem de um período de tratamento espiritual de dois meses. Ver-se-á que, embora não finalize o tratamento nesse prazo, coloca-se apenas à vista o processo de construção social pelo qual o entendimento sobre o conceito de espiritual é estruturado e dimensionado a partir das evoluções clínicas e espirituais, registradas pelos profissionais de saúde espíritas.

Percebe-se pela evolução clínica o que acontecia com a paciente antes da solicitação, por parte da equipe técnica, do tratamento espiritual. Disponíveis as informações no prontuário eletrônico, apontava o seguinte no diagnóstico da fonoaudióloga:

A assistida na enfermaria, alimentando-se por sonda desde 08/10/02 com quadro de disfagia orofaríngea graves, com relatos recentes de regurgitações. Durante reavaliação apresentou padrão oral de base. OFAs com mobilidade reduzida, sem vedamento labial eficiente e protusão de língua. Reage ao toque facial e apresenta sensibilidade intra-oral exarcebada em hemilíngua, sendo esse bilateral, a captação e ejeção de saliva ocorre lentamente e a deglutição é realizada de forma fragmentada, sem sinais aparentes de aspiração, porém na ausculta servical presença de ruídos audíveis sugestivo de penetração laríngea (reflexos presentes??) controle de assilorréia assistemático. CD: assistida sem indicação para alimentação via oral, mantenho sonda e acompanho as condutas do caso (Dados retirados do arquivo da instituição)

No cotidiano do hospital cada paciente tem acompanhamento clínico de acordo com estado de saúde, os quais são facilmente abalados em função das doenças típicas que acometem aos portadores de deficiências múltiplas. Todos recebem acompanhamento e são assistidos diariamente pelas equipes da área clínica e pela área atuante do Departamento de Assistência Interdisciplinar. Neste caso, a paciente encontrava-se no quarto especial para sondados, desde o começo do mês de janeiro de 2003. Tratava-se de um problema que ela possuía há tempo, conforme informações de sua história clínica pregressa. Vale a pena apresentar os antecedentes clínicos dessa paciente, registrados pela equipe médica do hospital desde a época de sua internação. Contava 10 anos de idade e foi diagnosticada como deambulante (sic), deficiência mental severa, CID Neurologia G 31,9. Dezoito anos depois, a equipe da unidade classificou a mesma paciente pelo diagnóstico para escala de desenvolvimento “Portage Guide” e fez uma reavaliação, observando uma discordância de diagnóstico entre a Psicologia e a Psiquiatria, apontando a necessidade de reavaliação conjunta por critérios de afetividade, participação, atividades, grau de dependência, visita diária, sociabilidade e aspecto físico.

Descrita na folha de triagem, a paciente foi internada em 1983. A mãe da paciente procurou o hospital espírita e o médico clínico responsável registrou na época o seguinte histórico, informado pela cliente:

(...) anoxia neonatal, convulsividade aos 2 anos, contusão no crânio com \pm 4 anos, bcps de repetição, varicela com 2,5 anos, tio paterno DM (deficiência mental), dois irmãos com problemas de aprendizagem e com má formação no esôfago”. Já o neurologista mostrou em relatório que a paciente possuía “RDNPM convulsiva, Microcefalia, Agitação psicomotora (Dados retirados do arquivo da instituição).

O psiquiatra relatou algumas características fenomenológicas como “*não chega a verbalizar, ri sem motivos, dificuldade de compreender pedidos, alimenta-se sozinha, usa fraldas, é convulsiva*” (Dados retirados do arquivo da instituição). O médico fisiatra apontou que a paciente era uma “*criança ativa, não fala, obedece a ordens, possui incoordenação manual mais fina e marcha sobre calcanhar no solo, tem reflexos profundos exaltados e DM atoxia distal*” (Dados retirados do arquivo da instituição). O setor de Psicologia informou que a paciente estava integrada no Programa Deficiência Mental Profundo. O diagnóstico da fisioterapia era de que “*Marcha independente, Considerada*

ineligível para trato fisioterápico” (Dados retirados do arquivo da instituição), enquanto a fonoaudiologia apontou que *“a atividade pré-lingüística: compatível com o esperado para seu nível mental, Independente dos hábitos de alimentação e a Atividade lingüística: nível de recepção: atende ordens simples, nível de emissão: emite apenas sons ‘ma ma’”* (Dados retirados do arquivo da instituição). A Terapeuta Ocupacional anotou que se tratava de um caso grave e a pedagoga definiu se tratar de um caso de *“retardo maior no cognitivo, compreensão rebaixada e não fala, interesse por material, após o período de socialização deverá participar de grupos de estimulação global”* (Dados retirados do arquivo da instituição). O setor da Educação Física mostrou que a paciente tinha *“o nível de desenvolvimento motor para freqüentar este setor”* (Dados retirados do arquivo da instituição) e no Serviço social apresentou relatório, mostrando que a

(...) menor proveniente de família legalmente constituída e desorganizada pelo falecimento do genitor há 8 anos. O grupo familiar é composto por genitora, a menor e mais três irmãos, residentes em dois cômodos pequenos em precárias condições ambientais. Ambiente familiar sem estimulação necessitando tratamento médico especializado e considerando baixo poder aquisitivo da família (Dados retirados do arquivo da instituição).

Pelas avaliações e relatórios do corpo clínico e dos setores do Departamento interdisciplinar do ano de 2003, percebe-se que reavaliaram a paciente e concluíram o seguinte. O psiquiatra mostrou que o relatório judicial designava um Diagnóstico CID 9 - DSM III (F73 + G40), e a Neurologia apresentou diagnóstico de *“encefalopatia não progressiva devido à hipoxia mental, microcefalia, síndrome psíquica com atraso DNPM e DM profunda, síndrome piramidal déficit no global e liberação, síndrome convulsiva, compensada com uso de fenoburbitol”* (Dados retirados do arquivo da instituição). Por outro lado, a Psicologia, desde 1984, mostrava que a paciente tinha *“baixo nível de atenção, compreensão e execução que não atinge nível de ordens Deficiência Mental Profundo”* (Dados retirados do arquivo da instituição), embora em 1992 a Fonoaudiologia tenha apresentado em relatório *“constante sialorréia (sic) e não percebe que fecha a boca, permanece o tempo todo sorrindo. É exagerado. Possui pouquíssimo conhecimento cognitivo. Não ouve som inteligível ou semelhante a uma palavra. Somente risos”* (Dados retirados do arquivo da instituição).

Como se pode ver, diante o quadro crônico de uma doença geneticamente incurável, a paciente mostrava-se agora com um problema de deglutição, fundamental para a manutenção do corpo, causando problemas na deambulação e, conseqüentemente, causando depressão por sempre ter sido uma pessoa ativa. Enfim, os problemas que motivaram o médico espírita a apresentá-la como um caso para tratamento espiritual foram problemas espirituais ligados a um problema de qualidade de vida. O médico espírita, representando a área médica, levou à apreciação do plano espiritual, em busca de obter uma solução alternativa àquela que estava o grupo de médicos propensos a tomar: uma pequena cirurgia que permitiria introduzir alimentos via estômago, resolvendo o problema embora os riscos da cirurgia fossem bem grandes, uma vez a debilidade física, por ter tirado a alimentação via oral, que apresentava por isso limitações físicas devido ao problema de deglutição. O quadro fica mais claro pelas palavras do diretor clínico, quando a apresenta ao grupo de religiosos na reunião mediúnica:

Essa é nossa irmã, que tem problemas de deglutição. Não tem havido nenhuma modificação do quadro dela. Continua sem deglutir. Qualquer quantidade, ainda que seja líquido, ela se afoga. Ela está sondada por esse motivo. Ainda estamos esperançosos que possa haver uma modificação com a ajuda espiritual. Sabemos que é um processo lento e a maior angústia é essa, que vocês estão vendo, ela é super ativa. Ela está de luva, porque, se deixar sem luvas, ela tira a sonda. Por causa disso ela tem tido limitações físicas, que antes não tinha. Do ponto de vista físico, não há uma possibilidade de evolução, a não ser fazer cirurgia, porque o problema já existe, com um comprometimento do aparelho de deglutição. Até diria que do ponto de vista físico as coisas estão piorando, porque na famosa lei do uso e desuso, aquilo que não é usado vai se degenerando. Como ela não está deglutindo, a capacidade dela recuperar uma deglutição vai diminuindo com o tempo. Do ponto de vista dos técnicos, existe uma certa desesperança de se recuperar. No caso dela, ou ela vai ficar sondada pelo resto da vida com todas essas restrições, ou faremos uma jejunostomia, um buraco para se colocar comida direto no intestino (Diálogo APSHibr-médico).

O médico espiritual (manifestado por uma médium) orienta o médico espírita, separando entre problemas do corpo e problemas da alma, mostrando a necessidade de assistir à alma da paciente, por meio de cirurgias perispirituais, enfim, explicando sobre a doença espiritual por que passava a paciente:

Talvez alguns casos refletiriam no corpo biológico e outros nem sequer por um momento influenciaria. Já ouviram falar, o nosso doutor que aqui está, já ouviu dizer a palavra dor-auxílio, tão usada

por todos e tão pouco praticadas por muitos? A nossa paciente está sendo poupada para um mal maior. Deverá dar continuidade para os cuidados para que aqui no primeiro momento em que ela se apresentou conosco. O tratamento está sendo direcionado perispiritualmente falando. Por isso talvez até, como vamos definir, não falamos de piora, mas de melhora, não falamos de desesperança, mas de esperança. E aqueles que estão ao seu redor em todos os momentos deverão auxiliar com otimismo, vibrações de amor, envolvendo a nossa interna. Fisicamente, aparentemente, poderá aparecer que está piorando, mas perispiritualmente, estará se desvencilhando desses males que a aflige, e todo processo que se refere à alimentação. Está havendo um expurgo, ou melhor, uma limpeza, em todo aparelho para que ela possa realmente sentir o alívio necessário para que sua mente possa se tranqüilizar. Meus irmãos presentes, quanto ainda precisamos estudar e compreender esses fatos, que são trazidos até nós. Sabem todos que não existem milagres, ou melhor, existe o milagre da vida que é o maior de todos, e aqui está a vida sendo tratada, a vida sendo acompanhada, por todos aqueles que se dispõem de amor e muito trabalho. A nossa irmã deverá se sentir privilegiada por estar sendo tratada dessa forma, com tantos cuidados, com tanto carinho e dedicação. Poucos, muito poucos têm a oportunidade de estar sendo tratados dessa forma. Estaremos nesse instante por alguns segundos, com auxílio dos companheiros, fazendo uma assepsia na sonda, para que possa estar desbloqueando alguns pontos para que nossa irmãzinha possa sentir-se um pouco mais aliviada. Nos auxiliem, por caridade, mentalizando toda região onde está sendo trabalhada a assepsia. Pedimos, querida, que nos ajude, diante as nossas conversas, nos auxiliem para que o alívio seja maior. Estamos acompanhando, estamos falando ao seu ouvido, não se preocupe com a distância. (...) Já está dispensada (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

O médico espírita, diante o fato, assente a cirurgia perispiritual e aceita como forma de tratamento complementar a intervenção espiritual. No entanto, o motivo mais interessante que o levou a solicitar os serviços de assistência espiritual para a paciente dizia respeito ao dilema do corpo clínico, se procedia ou não uma pequena cirurgia, de modo que tal perplexidade sobre a questão da qualidade de vida, identificando-se com a questão da espiritualidade, poderia implicar uma interpretação de problemas de ética médica. Reproduz-se abaixo a seqüência de argumentos na forma de diálogo entre o agente da saúde híbrido espírita, o médico espiritual (pela médium) e a agente religiosa para ficar mais claro o que estamos querendo destacar:

O quadro dela, todos aqui presentes somos muito esperançosos, sabemos que a ajuda é no perispírito, sabemos que isso pode repercutir fisicamente ou não, mas sabemos que mesmo que não repercuta fisicamente ela está sendo beneficiada. Esse foi o objetivo de trazê-la aqui. Por outro lado, existe também uma demanda do corpo clínico, de submetê-la a uma cirurgia e eu tenho adotado a seguinte postura: vamos aguardar mais um pouco, porque a evolução

da assistência espiritual venha se manifestar mais intensivamente, não é? Então, a minha expectativa é de manter esse aguardo para que a gente possa tomar uma decisão de operar ou não (Diálogo APSHibr-médico).

Se o doutor me permite. Nós jamais interferimos nas decisões dos nossos companheiros que têm nas mãos as responsabilidades, mas deixaremos aqui uma questão a ser analisada pelos nossos doutores: em que aliviaria o processo físico da nossa paciente com sofrimento maior? (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

Então, essa é uma grande discussão. O que estou fazendo aqui, esses comentários clínicos, não é no sentido de eximir-me da responsabilidade decisória, em momento algum passou isso pela cabeça. No sentido que será crítico, com a ajuda espiritual, podemos observar e tomarmos a decisão em cima dessa observação. Agora a grande discussão que existe no corpo clínico da instituição é que esses pacientes, como o caso dessa paciente, que aqui é muito comum, se não há prognóstico que ela volte a deglutir (ela recusa o alimento), passar o resto da vida com a sonda e todas essas restrições que está sendo imposta a ela, ficar com luva na mão, ser contida no leito, disponibilidade de ter uma pessoa cuidando só dela, porque ela demanda isso, ela tem o desejo de deglutir, o desejo dela de colocar alguma coisa na boca está prejudicado, está prejudicado o momento de engolir. O que acontece então: se colocar um líquido um pouco maior que a saliva, esse líquido vai descer e não vai para o estômago, vai para o pulmão. Então, a sugestão que existe, não há unanimidade nessa discussão que é polêmica, nem todos pensam da mesma forma, que talvez fazendo um buraco no estômago e no intestino e aí o alimento cai direto e fazendo uma proteção podendo ter maior mobilidade, ficaria sem sonda. Esse é o grande dilema: quando se faz isso se abandona totalmente a possibilidade de deglutição e se levanta a questão da qualidade de vida. (...) Há outros casos parecidos à paciente aqui presente e achávamos que não iria voltar mais (da sonda) e voltou. E há outros casos ainda; não existe uma dificuldade de ser <decidido>...., porém, nós temos pacientes que tem 20 e tantos anos de sonda, mas ela não requer, tem limitações físicas, então não tem essa hiper-atividade dessa paciente, é uma pessoa que ficaria acamada mesmo. Então, já está acamada e ficar com sonda é uma coisa; agora, colocar sonda em quem passeia é outra coisa. Nós temos pacientes, aqueles classificados pacientes que colocam objetos na boca, sabemos também que se ela tiver uma sonda ela pode retirar a sonda. De qualquer jeito, a decisão não é fácil. Por isso que, como a gente acredita que o plano espiritual pode trazer benefícios aos assistidos, nós estamos também usando esse recurso no caso dela. No caso de todos os pacientes sondados da instituição, que estão no grupo de energização, também utilizando esse recurso. Todos vão ter oportunidade de receber tratamento nesse nível. A expectativa não é de substituir responsabilidades, e sim de somar esforços, no sentido de que a assistência melhor possível possa ser dada aos nossos internos (Diálogo APSHibr-médico).

Trabalhemos juntos doutor, trabalhemos juntos. Se fosse fácil não teríamos mérito nenhum. Graças à misericórdia divina temos uma casa como essa que abriga e que ama. (...) (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

Gostaria de fazer uma colocação, que me envergonha até. E para nós é angustiante, principalmente para o Dr. Frederico, acredito. E para também, que somos dirigentes da casa e que sentimos as nossas crianças como se fossem nossos filhos. Os espíritos aqui presentes e todo corpo médico espiritual poderiam, desde que não vejo nada ao contrário, autorizar o corpo médico da casa a tomar a decisão para que possibilite o melhora à menina? (Diálogo AGEDir).

Mas eu me sinto autorizado (...) (Diálogo APSHibr-médico).

Não, porque, como não foi dada uma resposta, o senhor se sente como médico, mas nós aqui ficamos assim numa situação delicada de observadores. Então eu gostaria de ouvir uma palavra rapidamente (Diálogo AGEDir).

Talvez não tenha sido um tanto mais claro, pois nós nos direcionamos ao corpo clínico e gostaríamos de dizer aos irmãos queridos que aqui se encontram, que quando há dificuldade de tomarmos uma decisão, nós encontramos um caminho, pois a responsabilidade é de cada um individualizada. Recorremos ao médico dos médicos e ele nos intuirá no momento certo. Não queremos violar regras muitas vezes necessárias. Todos fazem uso do livre-arbítrio e a responsabilidade é de todos, mas queiramos todos nós que a nossa irmãzinha que por aqui passou, como tantos outros que se encontram aqui abrigados a esta casa, possam receber todos os cuidados, mas que a parte física deverá aguardar ainda alguns dias para que as decisões sejam direcionadas. (A decisão será feita pelo médico?, pergunta novamente a religiosa). Neste momento sim, mas não podemos esquecer que não deverá se precipitar, muita calma até o retorno da nossa irmãzinha (AGE-médico - Manifestação mediúnica).

De fato, o caso prosseguiu em tratamento tanto médico quanto espiritual. No entanto, continuou sem solução a decisão adotada pelo corpo médico. É o que foi constatado pelos relatórios de evolução espiritual do Departamento de Atividades interdisciplinares. Importante sobressair a organização das informações que transita entre a área espiritual à área médica, através dos relatórios das evoluções da terapia espiritual. É da responsabilidade de um profissional de saúde que frequenta a reunião mediúnica no Centro de Estudos Espirituais a formação de relatórios tipo atas. Assim ficou descrito o caso pelo diagnóstico espiritual informado pelo médico espiritual, a cuja fonte tirou a seguinte evolução do tratamento no primeiro dia da paciente:

O parecer do mentor da médium A (médico espiritual), referindo a necessidade de aceitação do auxílio espiritual, por parte do assistido B (paciente). A paciente adentrou a sala, deambulando normalmente e explorando visualmente cada participante. Demonstrou interesse pelo novo e bem-estar ao mesmo tempo. Apresentou necessidade em tocar algumas pessoas, até que com auxílio permaneceu sentada.

Exposto o quadro clínico pelo Dr. C (médico espírita), que consiste na dependência de deglutição com necessidade de uso de sonda para alimentação, exigindo contenção, uma vez que a mesma retira a sonda para ser ativa e deambular livremente. Existe como proposta clínica a realização de possível jejunomia, que poderia obter-se ou não resultados satisfatórios, sendo dessa forma questionável a viabilização. Dr. A (médiun A) pronunciou-se, descrevendo a retirada de plaquetas que estariam obstruindo o canal digestivo como ponto de partida (limpeza espiritual) e observação nos próximos dias. Apontou como causa espiritual o acúmulo de tristezas e questões pregressas, que haviam comprometido através do perispírito o aparelho físico (digestivo). Seria acompanhada espiritualmente. Indicou acompanhamento incisivo de fonoaudióloga e psicóloga, com envolvimento de afeto e acolhimento. Indicação do médico espiritual: além do acompanhamento técnico citado acima, passes magnéticos diários, inserção da assistida no grupo de energização (Sondados) e recomendado cuidados básicos (alimentação, temperatura ambiente e água fluidificada três vezes ao dia (garrafa especial) (Dados retirados do arquivo da instituição. Grifos do autor da tese).

Duas semanas depois, o segundo dia de tratamento espiritual do mesmo caso, a assistente do setor médico-espírita anotou o seguinte:

Tratamento perispirítico. Após período de análise dos estudos doutrinários, houve a manifestação do Dr. A (médiun A) (médico espiritual) para que a assistida adentrasse à sala. A assistida em princípio mostrou-se calma, atenta às orientações advindas do Dr. A, em seguida querendo deambular pela sala toda e explorar o ambiente (talvez pelo fato de permanecer contida para não retirar a sonda). Indicação do médico espiritual: reintrodução paulatina de dieta via oral para possível retirada de sonda, sob o acompanhamento do profissional fonoaudiólogo e acompanhamento psicológico para maior acolhimento, atenção e afeto. Passes magnéticos e energização (Dados retirados do arquivo da instituição).

Seis semanas depois, na reunião mediúnica o médico espiritual pronuncia-se a respeito do caso. Dialogando com o médico espírita, o médico espiritual propõe um princípio diante a exemplificação do caso: o que se faz naquelas sessões espíritas são cirurgias perispirituais, que devem ser encaradas na sua forma e conteúdo de tratamento espiritual e não como um processo de cura física. Em confusão, valores e procedimentos terapêuticos (espirituais e médicos), o acolhimento dos procedimentos do médico espírita é questionado pelos religiosos e, num processo de troca simbólica, os religiosos administradores da casa subscrevem a definição híbrida de que o tratamento espiritual é simultâneo ao diagnóstico e tratamento médicos:

Nosso doutor, junto a sua equipe, hoje se encontra seguro da resolução com nossa paciente e ficamos felizes. Nós falamos que o

trabalho seria em conjunto, resolvido por ambos as partes, que tratávamos do perispírito e a equipe do doutor tratando do físico e essa junção facilita o desenvolvimento e atuação de ambos os lados. Repetimos que não se trata de um trabalho de cura e sim de tratamento. Que os resultados muitas vezes não se tornam visíveis, materialmente falando, mas de nossa parte está fluindo dentro da normalidade e até um pouco mais se assim possamos acrescentar, mais rapidamente do que até poderia acontecer se não houvesse a colaboração de todos. Estamos felizes com o andamento do trabalho que está sendo realizado, muito embora visualizem as dificuldades, pois a nossa irmãzinha ainda não consegue, para os olhos físicos, alimentação adequada, mas não se preocupem tanto, dentro das suas necessidades apenas. A resolução a ser tomada nesse momento, como dissemos que os nossos colaboradores, doutor com sua equipe, já estão conseguindo uma definição, isso é muito importante, segurança daquilo que estão fazendo. E de nossa parte vamos continuando agindo exatamente como desde o início desse trabalho. Não achamos conveniente, neste momento, hoje já podemos abrir um pouco mais, uma cirurgia física, com algumas complicações. Talvez um pouco mais de paciência, doutor, não estamos dizendo o que terá de fazer, por favor não interprete como interferência no vosso trabalho, mas apenas como orientação, visualizando com mais amplitude, enxergando um pouco mais profundamente aquilo que os olhos físicos não podem visualizar; mas ainda insisto que a decisão é vossa, apenas os cuidados. Se for possível aguardemos um pouco mais.” (AGEM - médico. Grifos do autor da tese).

Veja, não é nosso objetivo marcar a data (...) a decisão é sobre uma alternativa corretiva, mas estamos procurando alguém que possa fazer isso. Ainda não encontramos, estamos caminhando para isso (Diálogo APSHibr-médico).

Exatamente, não devemos nos apressar, fazer de acordo com o que foi determinado por todos nós, manter a calma e o equilíbrio, mas trabalhando, buscando o que for possível dentro da capacidade do homem ainda limitada, mas trabalhando, não podemos parar (AGEM - médico).

Alguma coisa que pudesse ser feito materialmente para a cirurgia ser prosseguida?” (Diálogo AGEDir - fundador)

Já está sendo feito tudo que é possível no momento, está sendo tratado todos os pontos. É que ainda nós, eu me incluo também junto com vocês todos, ainda não conseguimos desenvolver a paciência, ainda temos muito a trabalhar e às vezes nos precipitamos. Nós voltamos a dizer, estamos desenvolvendo a paciência, todos nós, eu me incluo com vocês. Tudo está sendo feito de acordo com a necessidade da nossa paciente, e ela sabe perfeitamente e está colaborando agora para que todo o trabalho se desenvolva dentro das suas necessidades, que ela bem conhece quais são. Mas, tenham a certeza que ela está nos auxiliando muito, principalmente durante o sono físico, quando nós a levamos para pequenas cirurgias e ao retornar ela se sente um pouco mais aliviada. Por isso não tenham preocupações excessivas com a alimentação, ela está muito bem alimentada, meus queridos. Ainda deverá retornar, talvez por um tempo não muito longo. Está sendo bem acompanhada, está

colaborando; se continuar colaborando conosco naturalmente ela será liberada por nós, aliás, por vocês. Nós continuaremos o tratamento sempre, até o momento do reencontro, não é isso Regina? Ela está me ouvindo, ela me ouviu sempre, não é querida? Muito bem. Um beijo no seu coração. E até mais tarde (AGEM - médico).

Ficou bem claro. A maior preocupação nossa é alimentação. A preocupação é nesse sentido (Diálogo AGEDir - fundador).

(...) de tirar a sonda. Ela só é alimentada pela sonda (Diálogo APShibr - médico).

Só pela sonda, realmente é uma coisa desagradável, por isso nossa pressa. Nós estamos vendo, no momento presente, nós queremos libertá-la desse tormento. Nós sabemos que às vezes é necessário, tudo bem, não é? (Diálogo AGEDir - fundador).

Até porque a cirurgia de jejunoscopia os próprios médicos da casa são capazes de fazer, mas estamos deixando esta como última alternativa. A idéia dentro das soluções é talvez uma cirurgia de correção no nível de pescoço, mas não é uma cirurgia fácil. É preciso um profissional especializado, tem a coisa de hierarquia do SUS, talvez ficasse mais cara. Então isso está dentro do processo (Diálogo APShibr - médico).

Se me permite, quando há um tratamento espiritual definido, o que deve ser feito ao nível de prevenção, principalmente em se tratando desse caso de correção, poderíamos propor que ele descobrisse a pessoa que da nossa parte iríamos atrás, mas antes aguardaremos essa parte espiritual decidir (Diálogo AGEDir).

Eu acho o seguinte, ainda que haja uma chance com a cirurgia espiritual, uma operação física será necessário, mesmo com a ajuda espiritual. Qualquer coisa diferente disso me surpreenderia. A minha expectativa é de que a ajuda espiritual, ela vem somar a essa hipóteses. Eu até imagino que possa ajudar em encontrar a pessoa certa na hora certa (Diálogo APShibr - médico).

Então quando vier a autorização (...) (Diálogo AGEDir).

Na realidade ele foi bastante claro, o dr espiritual falou que a cirurgia, o tratamento que está sendo feito é perispiritico, não vai alcançar o físico. A questão de alcançar o físico é nossa. É o médico e sua equipe que deve resolver e buscar que for bom, eles não vão interferir (Diálogo AGEHib).

Meus irmão queridos, temos tanto a fazer. Estamos preocupados com um de nossos pacientes, mas há centenas deles necessitando dessa cirurgia de correção. <o médico aqui em nossa casa pelo menos uns quinze>. São centenas, centenas e talvez milhares que necessitam. De nossa parte aquilo que está em nossas mãos é o que podemos fazer no momento (AGEM - médico).

Talvez uma fraqueza, não sei, gostaríamos de ter o resultado, respeitamos e entendemos a sua posição, perfeitamente, e vamos procurar respeitá-la 100%. Não é que há pressa, nós queríamos

tanto, mas sabemos que existem milhares de dores no mundo piores até. E que os nossos internos, até brincamos eles moram num hotel de luxo (Diálogo AGE).

Jamais iríamos de alguma forma dificultar o trabalho, pois a ciência dos homens, cada vez mais, estará capacitada para desenvolver o seu trabalho e nós apenas colaboramos, dentro das nossas necessidades, da nossa pequenez, fazemos o possível para auxiliar os nossos companheiros. E aqui estaremos sempre à disposição do trabalho, não podemos mais parar no meio do caminho. O avanço da ciência e da tecnologia é para que os homens encarnados desenvolvam o seu papel e nós aqui apenas somos colaboradores e contamos com todos vocês. Agradecemos a oportunidade, essa abertura que nos deram nessa casa principalmente para que pudéssemos mostrar um pouco de tudo aquilo que precisa ser realizado. Estamos apenas iniciando, mas é um campo imenso, vasto de trabalho dentro da ciência. É preciso que cada um de nós possa se fortalecer no estudo, na união de todos para que o trabalho possa crescer. Agradeço a oportunidade de fazer parte (AGEM - médico).

Aceitos os novos argumentos de definição de espiritual, os religiosos espíritas (dirigentes ou não) comprometem-se com uma agenda médico-espírita, centrada na escolha de procedimentos híbridos que, como veremos no próximo item, serão trocados no espaço médico, adotando-se e aplicando-se aos projetos práticos, legitimando-se assim o projeto médico-espírita.

4. Espaços e agentes em interações simbólicas

Como se vem anotando, está-se, aqui, considerando bens simbólicos os argumentos produzidos no espaço religioso e médico que favorecem: 1) a crença na existência de espíritos, especialmente aqueles argumentos organizados no espaço da prática mediúnica no hospital, quais sejam: 2) o argumento de cientificidade do Espiritismo, 3) a comprovação da eficácia das terapêuticas espíritas e 4) o seu uso para a finalidade de fazer funcionar, complementar e integradamente, as terapêuticas médicas e religiosas.

Considera-se também como bem simbólico o exercício mediúnico, quando se pretende a doutrinação espírita e a conversão dos não crentes ao Espiritismo, esses produtos sobre o conceito de espiritual são constantemente trocados nas interações entre os agentes religiosos (administradores, voluntários, médiuns e profissionais de saúde espíritas) e profissionais de saúde contratados que trabalham no hospital (da área clínica, área médica, dos departamentos de atividades disciplinares e demais funcionários não-espírita; o médico espírita inclui-se também aqui). No caso do hospital espírita a mediunidade serve para o tratamento espiritual dos internos e dos funcionários e para aplicação nos dois tipos de terapias espirituais.

Viu-se também que, no plano institucional, a convivência das terapêuticas médicas e religiosas têm sido utilizada de forma simultânea ao tratamento alopático, que qualifica de incuráveis as deficiências múltiplas, abrindo espaço para a intervenção às terapias espirituais. Viu-se o determinismo espírita que esse tipo de doença incurável é gerada pelos próprios espíritos dos portadores de deficiências mentais, dadas as imperfeições de seus perispíritos e, estando essas materializadas nos corpos, além de serem interpretadas diferentemente pelo modelo biomédico, podem ser hereditárias (no sentido de passar herança genética de uma vida sucessiva a outra), sejam por disfunções orgânicas pré-determinadas, sejam provocadas por outros eventos (acidentes, por exemplo). No site da instituição, no tópico que explicita as informações sobre os riscos da doença, são claramente esclarecidos os riscos tendo em vista o modelo biomédico, mas não o modelo espírita moral da doença.

Várias situações confrontam-se no cotidiano hospitalar, interagindo os bens simbólicos, produzidos pela crença espírita, como se viu, no espaço religioso. Foram selecionadas duas situações que aconteceram no trabalho das pajens. Anteriormente, como se situou, o problema da adequação do trabalho profissional, as pajens de crenças religiosas diferentes das crenças da religião espírita, tendem a rejeitar o tratamento espiritual ministrado pelos médiuns receitistas. São as águas fluidificadas que devem ser ministradas como remédio, duas vezes ao dia, todos os dias por duas semanas, receitado pelo médico espiritual.

Selecionou-se então um caso que mostra como se configuram as interações conflituosas e consensuais de atos de aceitação ou rejeição de crenças (religiosas) no espaço de trabalho e dos cuidados das pajens. Insistiu-se que os problemas de adequação das pajens no trabalho profissional estão relacionados com a área médica na questão de profissionalismo da função da maternagem *versus* enfermagem. Mas também, relaciona-se com a organização de assistência espiritual sob a estrutura religiosa, depois de implantado o setor de tratamento espiritual. Em seguida são vistos episódios em torno da água fluidificada, um produto espiritual que, para os espíritas, acompanha o tratamento espiritual no espaço médico. Reproduz-se então um diálogo em uma sessão espírita, em que, em conjunto, o médico espiritual (incorporado na médium) e o médico espírita, deliberam sobre a água fluidificada, que surge no espaço médico e é levado à diretoria do hospital como um problema:

Eu tenho uma necessidade de fazer uma colocação que foi levantada numa reunião de diretoria, mas é uma necessidade de se por em prática. Nós levantamos a questão da quantidade da água fluidificada, da necessidade diária, que quantidade deveria ser dada, a necessidade diária de uma quantidade a ser tomada. Nós gostaríamos de ouvir o mentor a respeito dessa água, que a gente pudesse ter uma condição de unir a parte espiritual com a parte prática da área clínica. Então estamos aqui esperando uma resposta do plano espiritual (Diálogo AGEDir).

Todo remédio não se toma toda hora, não é? A água fluídica é um medicamento, vai tomar quem necessita. Cada um vai ter a sua necessidade. Então, não se há de colocar, três vezes para cada um, se se observa se uns estão com maior dificuldade e outros já estão se libertando do medicamento fluídico. Eu digo libertando naquelas condições apresentadas, porque se fosse assim todos somos doentes, estaríamos tomando constantemente, não só o medicamento como o medicamento fluidífico. Então tem de existir ponderação. Tem de se

reunir e discutir a validade do tratamento, como os técnicos fazem: “olha, esse paciente precisa de x quantidade de medicamento, esse vamos diminuir”, porque a água fluidificada é um remédio.” (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

“Tirando a parte de quantidade, que a gente sabe que o remédio também é necessário a dosagem correta, a utilização diária é a via eficiente para isso, mesma que seja em dose bem pequenininha?” (Diálogo AGEDir)

Uma vez que a água fluidificada é um medicamento diluído, o seu modo de usar no tratamento perispiritual do residente interno é prescrito de modo híbrido. A ordem é que deve ser empregado não somente durante as sessões espíritas do espaço religioso, mas prolongar-se no dia-a-dia do paciente, aproximadamente até a próxima sessão espiritual. O médico espírita aceita e passa a colaborar com o novo procedimento, que os dirigentes espíritas estruturam no espaço da medicina biomédica. Deve-se seguir a orientação acertada com o médico espiritual, diante de intervalos de tempo conforme o problema clínico e espiritual apresentado e avaliado em conjunto entre médico espírita e dirigentes do setor da energização, subscrito e assessorado pelo Departamento de Assistência Social, que rege os setores da área médica e da assistência espiritual. Nesse processo estruturante, a nova terapia espiritual no espaço médico segue um modo de construção de espaços legítimos de atuação dentro do hospital, cuja base centra-se nos serviços espirituais a serem tratados fora do Centro de Estudo Espirituais.

Como se nota, os bens espirituais em jogo estão agora sintetizados no procedimento rotineiro do novo recurso terapêutico aplicado na prática dos cuidados aos residentes. Entram na rotina médica as garrafas endereçadas a cada paciente em tratamento espiritual, de acordo com a dosagem própria. Mas o que importa no medicamento fluídico não é a quantidade e o controle na dosagem, como no medicamento biomédico, mas as condições espirituais de quem oferece o remédio. Entenda-se, deve ser feito como atividade caritativa:

Doses mínimas não há efeito colateral. É compreensível isso, diante de todo quadro que ele se apresenta, que já sabemos. Uma dose diária pode ser dada; agora, depende das condições (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

A parte clínica é que tem de entrar nessa parte mais real; a dosagem mais eles que vão dizer do que nós realmente estamos fazendo a energização (Diálogo AGEDir).

(...) se for ofertada a água fluidificada, você vai de encontro com (...)
(Diálogo APSHibr - médico).

Eu posso tecer uma coisa muito importante. Não basta fornecer a água que já foi fluidificada, depende de quem fornece a água naquele momento. Porque às vezes, é como você dar o pão, depende da forma como você vai dar o pão, a forma agressiva, a forma amorosa. Então, há que se ter educação nesse sentido, de poder dar com carinho, com amor, porque naquela água está emitindo também, você está contribuindo para que aquela fluidificação seja muito mais eficaz.”
(Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

É um remédio incomum. Tocadas por pessoa indiferentes ela perde a validade. <perde a validade, perfeito>. Uma pessoa não preparada Agradeço sua colocação É energia que num único contato se perde (Diálogo AGEHib. Grifos do autor da tese).

É igual a um laboratório; se houver uma contaminação, pronto, tudo se perde. Muito obrigado a todos que Jesus nos envolve e estimule com pensamentos nobres, que todos nós possamos abraçar essa causa com muita tranqüilidade, com muito amor, para que possamos cada vez mais colaborar com o nosso criador, com Jesus, o nosso amigo, mestre maior e com todos aqueles que necessitam da nossa pequena contribuição, mas que seja ela bastante harmônica e amorosa.”
(Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico).

Diante esse novo quadro, novos tipos de funcionários seriam precisos à tarefa espiritual, que exigiria qualificação moral de ao dar água fluidificada deveria também conter doação magnética do próprio profissional. A crença no magnetismo espiritual no medicamento espiritual perde a sua validade de remédio fora dessas condições perispirituais. Do ponto de vista simbólico observa-se que a água fluidificada, como um serviço, está preparada para tomar o itinerário do campo de trocas híbridas no espaço médico. Isso fica declarado quando se denota que o medicamento espírita não deve ser ministrado pela pajem ou auxiliar de enfermagem, que têm por função fornecer o medicamento alopático, mas não o medicamento espiritual do modo como exigido de um profissional da saúde, que não necessariamente acredita nas concepções de mundo espíritas. Aqui então atua uma parcela da violência simbólica, atuante na transformação do espaço médico e religioso em espaço terapêutico híbrido. Transforma-se a atividade profissional híbrida a partir da transformação do funcionalismo simpatizante do espiritismo. É o que se pode notar no depoimento de um funcionário, convidado a participar das atividades de maternagem para entregar aos assistidos a água fluidificada de modo caritativo:

Eu faço parte da energização, todo dia eu faço a parte de, em cada unidade tem os assistidos de atividade espiritual; eu peguei a

atividade de dar a água do pessoal. Teve uma época que teve resistência por parte da maioria dos funcionários, quando foi implantado esse trabalho de energização houve aquela coisa “de que eu não acredito”, não achavam que a água fluidificada não deveria ser dada no horário certinho, tem os horários para entregar a água e tudo, e essas pessoas não faziam isso. No meu caso, eu estou dentro do meu horário de serviço, como você presenciou das 8 às 9 da manhã o trabalho de energização que participei. Mas esse é o espaço que me abriram aqui. Eu cuido da energização desde que iniciei, só que minha função anteriormente era acompanhar, fazer a conferência das garrafas das unidades, checando se estava indo certinho. Agora participo indo lá nas unidades para dar água, porque chegaram no consenso de pegarem pessoas do centro espírita que aceitassem participar sem aquela coisa mecânica, que era pegar o copinho, chega aqui prá você e vira na tua boca ou então manda você tomar, sem ter uma ligação afetiva. Agora a coisa é bem mais firme, porque quando eu, enquanto espírita, vou lá para fazer aquilo, está no meu íntimo, por entender um pouquinho mais, que vou estar doando de uma forma diferente do que uma pessoa que não crê na água fluidificada (Depoimento APSHib).

Essas declarações claramente mostram um ponto no processo de estruturação do espaço híbrido. Para funcionar a estrutura de tratamento espiritual fora do espaço religioso não é tão fácil assim, dada as resistências dos profissionais da saúde. Entende-se que tais resistências pertencem mais ao campo simbólico - uma vez em jogo a aceitabilidade do medicamento fluidificado como um legítimo procedimento médico, um remédio espiritual complementar -, mais do que ligadas ao campo profissional da saúde. Esse é o modo de entendimento do funcionário de convicções espíritas, que aceitou transformar-se em agente da saúde de modo híbrido, tendo por função servir de instrumento no processo de construção do espaço terapêutico híbrido:

Tive curso de assistente, eu posso aplicar passe. Aqui dentro vou começar a fazer isso. Passei a fazer parte da energização, fui convidada, acharam que seria melhor administrar água nos assistidos, procuravam aquelas pessoas que acreditassem na água como remédio. Ai veio o convite se eu aceitaria, porque tive de deixar as atividades do centro espírita. Quanto à enfermagem, tem aqueles que acham uma balela (água fluidificada), e a minha superior na enfermagem não tem a mesma firmeza dos espíritas, tanto que quando vê erros (por exemplo, esqueceram de mandar o assistido no horário do trabalho, esquecem de levar as crianças ou garrafas ou faltam garrafas de determinado assistido), não está acontecendo mais até o ano passado: leva-se as garrafas para lá, mas eu vou conferir e aí checo as garrafas, essa era minha parte) (Depoimento APSHib).

Fica claro que os argumentos do funcionário são trabalhados em dois planos: primeiro sob o nível da ordem, em uma intimidação implícita de fazer funcionar por força

da perda de emprego. Depois em relação à questão religiosa, opera-se uma violência simbólica em relação ao profissionalismo dos demais funcionários que, independente da sua crença religiosa, devem cumprir deveres da ordem espiritual enquanto competências:

Um exemplo: houve um caso na unidade, para mim foi um arraso, um descaso total e falta de profissionalismo da pessoa no caso do pajem: se é dito a ele dar a água naquele determinado horário ao assistido, independente da crença dele, independente de acreditar ou não ele tem que fazer porque está em serviço, ele não é uma pessoa é um funcionário, o que aconteceu, eu fiquei chocada: eu fui passando na Unidade, porque ando em todas as Unidades e inesperado presenciei uma pajem, junto a balde de água da limpeza, jogou no balde a água fluidificada. Fiquei chocada por dois lados: pelo lado humano que ela não teria esse direito independente de ela acreditar ou não; e mais chocada fiquei como funcionário, porque a pessoa, dentro do horário de serviço que é de direito fazer, a pessoa não tem que pôr crença na frente, tem de fazer. Eu não pude fazer nada, porque não sou liderança. O que fiz foi chegar na chefia e passar o acontecido, essa pessoa negou tudo e ficou minha palavra contra a dela. Mas aí para mim no dia interessou ter passado na frente. Para mim essa pessoa foi negligente. Os casos que eu tenho conhecimento na maioria das vezes é da pessoa que não aceita, tem aquele que não é espírita, não vamos generalizar que não crê, mas entra naquela parte profissionalizante, ele não acredita, não são da doutrina, mas tem obrigação de fazer (Depoimento APSHib).

Há resistências à tentativa de violência material e simbólica (implícitas), como mostra o próprio argumento do chefe de serviços espirituais:

(...) a minha chegada nas Unidades foi um choque os primeiros dias. As pessoas não aceitavam. Lembro no primeiro dia do trabalho de água fluidificada foi pedido para trazer o carrinho até um certo local e os pajens tinham que entregar os meninos até mim. No começo era terrível porque não conhecia os meninos pelos nomes. Eles chegavam, na porta os pajens tinham de me ajudar. O que prevaleceu na cabeça deles que não estava lá para cumprir meu trabalho, mas estava lá para funcionar como “dedo duro”, tanto que fui apelidada nas Unidades de “a mulher da água” a “dona energização” da parte de meus próprios colegas tinham gracejos em relação a isso, nunca na minha frente, mas têm as pessoas que me contavam, eu não fui escalada para dar água para os assistidos, estava lá simplesmente para em barrear dos pajens e puxando os saco da diretoria. Tem outra coisa, uma coisa que passei muito nos primeiros dias, muitos deles não sabiam que eu era espírita, se trabalhava diretamente da diretoria, brincam comigo dizendo que “a diretoria vem vindo”, “a diretoria na área”; mas o mais terrível era a indiferença das pessoas com relação à minha pessoa, porque eu que acredito não podia deixar influência negativa entrar ali, não podia querer revidar, fiquei uns dois meses ininterruptos para ser bem aceita. Agora que faço esse trabalho de energização ao trabalhar entregando a água fluidificada aos assistidos eu faço um trabalho religioso (Depoimento AGEDIR).

Mas a essas resistências, tanto na ordem simbólica quanto na prática, sobrepõem-se as razões práticas da crença espírita. Recebendo apoio dos diretores da instituição, em cujo cotidiano coloca a chefia dos serviços espirituais combatendo de frente com os que não concorrem com a terapêutica espiritual enquanto uma função médica, sem condená-los, uma vez que têm nas pajens o material de conversão religiosa:

Antes tinham pessoas até que se negava pegar na garrafa porque era do demônio. Tinha deles que passavam até longe do carrinho, tinham verdadeiro asco, achavam nojento, até hoje. Já teve até funcionário foi demitido da casa por ser relutante a isso. Outro exemplo, não é permitido dentro da casa fazer cultos, porque a casa é uma casa espírita, não tem cabimento. Tinha funcionários que faziam cultos em roda, teve pessoas desse grupo que não aceitou não deixar de fazer isso. Dois ou três cabeças, que tentavam colocar o assistido contra a energização: tem assistido que você vai com o copinho para ele não toma, e se você pergunta para eles respondem que disseram para ele não tomar (Depoimento APSHib).

Usar a psicologia de mãe num setor de maternagem significa dizer que se está assessorando o funcionário a entender sobre sua função, que foi contratado para isso e a água fluidificada é um argumento (produto simbólico) que deve ser trocado juntos com os serviços contratados de maternagem. Trata-se de produtos materializados pela concepção de mãe-pajem, que cuida dos residentes-filhos, cuja necessidade a equipe técnica nem sempre sabe distinguir em qual qualificação encaixá-las, sem que os valores humanistas sejam deixados de lado. A distinção social das pajens se opera então nessas condições de troca simbólicas de busca de legitimidades: profissionalismo e religiosidade são os pontos de encontro dos cuidados familiares à serviço da clientela de portadores de deficiência múltipla. Melhor ainda dizendo, o argumento central funciona no âmago dos conflitos trabalhistas, sendo descartado o conflito religioso:

Antes chegava um assistido na porta e as pajens diziam: “dona ele não vai tomar água, ele não toma, ela vai cuspir, vai jogar fora” e com jogo de cintura, pedia inspiração divina para mostrar para ela a coisa certa: como a senhora faz isso, quero que a senhora demonstra como faz para dar água. Ela pegava a caneca de alumínio e estupidamente e forçado enfiava a água no menino. Então disse que o que acho que acontece aí é que a senhora, que são pajens e mães, quando tem seu filho pequeno vai dar o remédio e ele não aceita, não usa por isso sua psicologia de mãe, com jeito ele toma o remédio na boa, faz escândalo mas aceita. Tenta você para ver, me retrucou.

Peguei o copinho e com todo jeito cheguei no assistido e não houve relutância por parte dele, ele não travou os dentes, não fez nada para negar o recebimento da água. No final ela disse, não acredito e começou a brigar com o assistido dizendo te desmentido ela. A senhora sabe, respondeu, vocês não são obrigados a crer nisso, a senhora tem sua crença e religião, só que enquanto funcionário, como pajem sabe que tem de ter todo manejo e todo aquele jeito. Ela me disse que não acreditava nisso, mas tendo autocontrole e sem me exaltar, sem ser aquela coisa de estar forçando a pessoa naquilo, eu respondi: a senhora tem todo direito de não acreditar, mas enquanto funcionário deve fazer o serviço da forma como tem de ser feita, como a senhora vai dar o café da manhã a senhora dá água. Seria o ideal, seria muito melhor que quando estivesse praticando esse ato de dar água para ele tivesse um pouco de carinho, tirar lá de dentro, todos nós temos lá algo de bom, pode estar escondido mas tem.” (Depoimento AGEHib).

Subsumido o trabalho de maternagem ao campo religioso, primeiro como um trabalho profissional (e porque não como trabalho científico, diriam os espíritas mais ortodoxos) e depois como trabalho familiar, os agentes híbridos controlam por manter tal estatuto, uma vez que aos objetivos finalistas, importam a institucionalização do campo híbrido, também para distinguir o tipo de instituição, de asilar para hospitalar. É o que aparece aos funcionários, que acreditam que todas as pajens da organização asilar/hospitalar um dia transformar-se-ão em funcionárias graduadas, alfabetizadas, falando a mesma linguagem em questão de cuidados e maternagem. Todos serão auxiliares de enfermagem e, assim, poderão compreender racionalmente os problemas que hoje as pajens atrapalham e não compreendem por não terem essa instrução técnica básica, inclusive sobre o espiritismo:

Os pajens todos vão ter de ter auxiliar de enfermagem. O certo que eu saiba é assim, só que a casa está conseguindo protelar isso, não sei se é pelo lado financeiro, custa duas vezes mais (416 pajens fixos e seis pajens de transporte). Teve uma época que foi cobrado que teria de ser auxiliares de enfermagem. Se mandar o pajem que ganha salário menor, não exigirá, principalmente na maioria, saiu daqui não trabalham mais. Na maioria não sabem escrever, não assinam o próprio nome, supervisão também, porque a casa lá atrás pegavam as pessoas sem qualificação nenhuma. Os auxiliares de enfermagem não aceitam, não ministram água no horário, principalmente porque a maioria das pessoas (Depoimento APS - pajem).

Essa posição não é compartilhada por uma funcionária que tem por objetivo trabalhar para atingir a qualidade ISO 2001 da instituição até 2004. A finalidade do título é angariar recursos internacionais para manter a autonomia organizacional. Para ela a conversão das pajens em profissionais de saúde graduadas, pelo menos em técnicas

auxiliares de enfermagem, não importa à questão da qualidade de vida, uma vez que as pajens, justifica, poderiam realizar as tarefas como bem o fazem de acordo com as instruções do setor de enfermagem, como se bem sucede na instituição. O caso é que esse mito profissional é mais um problema ligado à equipe técnica do COREN que, em determinada época, vistoriou o trabalho de maternagem por denúncias, mas, hoje, a instituição goza de um certificado emitido por essa corporação de enfermagem, assim reconhecendo a excelência do trabalho das pajens nos cuidados aos portadores de deficiências múltiplas.

O mais importante nesse fluxo de informações é destacar como os agentes híbridos têm por trás a ideologia espírita de modo exacerbado quando trazem consigo a finalidade pragmática dos objetivos do campo religioso e não do pragmatismo híbrido, juntamente com o campo da saúde. É o que se vê declarado no discurso da funcionária que se tornou agente religiosa que, quando se perguntou sobre a importância da medicina no cuidado à saúde das pessoas e o que a medicina faz ou não faz para o cuidado da clientela do hospital, proporcionou certificar as características híbridas também de um agente religioso:

A resposta bem radical é a seguinte: se todos os médicos da casa fossem espíritas seria outra coisa. Mas acho que seria uma discriminação. O que existe no momento eu acho que deixa muito a desejar. Eu não tenho problema de preconceito com os médicos espíritas; médico espírita é uma coisa e médico não espírita é outra coisa. Seria diferente porque vejo muito pouco caso com a questão espiritual. Já vi médicos fazer descaso com a água fluidificada que eu organizo. (...) Acho que o médico é aqui na Terra, sendo Deus que é médico dos médicos, o médico aqui na Terra existe aqui para cuidar do físico com todo respaldo de lá de cima. Só que nem todos fazem isso aqui. Se ligasse com a parte espiritual independente da crença dele tudo seria tão melhor e maravilhoso, porque quer ser coisa mais linda do que ser médico e ele não sabe ver isso dos dois lados. (...) Acho que a casa só deveria admitir médicos e auxiliares espíritas. Virar tudo espírita significaria que essa resistência que atrapalha muito acabaria: quanto mais tem de positivo, mais positivismo vem (sic). Estou pensando no lado do benefício aos internos. Eu trabalho numa área das mais difíceis, mas não é a toa que eu estou aqui, eu acredito que para estar aqui eu devo ter sido uma pestinha, porque nessa ala que trabalho vejo coisas terríveis que a minha posição não permite que faço outra coisa a não ser ter paciência com coisas erradas e na minha posição enquanto profissional não poder falar, puxa vida, como é duro você mostrar o errado para a pessoa e a pessoa não aceitar! Principalmente na parte espiritual. Não estou aqui a toa, principalmente na parte da reforma íntima, gosto daqui

porque me melhoro, superei bastante problemas pessoais meus
(Depoimento AGEHib).

O setor de energização, montado recentemente, utiliza de uma estratégia para alcançar objetivamente a legitimidade no campo simbólico. Com a participação de uma equipe de trabalhadores voluntários, que aplicam passes aos internos, compete ao setor de energização espiritual duas tarefas diferenciadas de tratamento espiritual: a energização daqueles pacientes internos que recebem passes magnéticos no Centro de Estudos Espirituais, feitos por médiuns voluntários; e a energização daqueles pacientes internos que recebem água fluidificada como remédio em seus quartos, feito pelas pajens. Como se observou, o serviço espiritual da água fluidificada, orientado pelos médicos espirituais, é um tratamento dado exclusivamente a cada assistido de modo regular na quantidade, cronograma e horário, que devem ser cumpridos pela equipe da maternagem, cuja tarefa é aplicar as ordens da enfermagem, a de tomar a água fluidificada como se fosse a ingestão de um remédio. No entanto, como se viu não é bem assim que acontece na realidade do espaço asilar ou hospitalar.

Procedente do setor da Assistência Social, o comando para o cumprimento das ordens de origem híbrida, o que geralmente fora rejeitado em razão de interpretarem a origem diabólica (comunicação de espíritos), hoje no setor de energização, já estabelecido, ocorre uma economia simbólica sob o argumento de que se trata do cumprimento de um dever profissional, como qualquer outro. Assim, o que se quer passar para os profissionais da saúde é que não se trata exclusivamente de um serviço profissional da saúde destinado a cumprir ordens particulares (e não científicas) impregnadas de valores religiosos espíritas. Por outro lado, mais implícito, trata-se de vigorar um serviço de salvação, em que devem participar os agentes religiosos híbridos, “para não perder a validade do medicamento”. Nesse episódio, os espíritas tendem a legitimar os resultados da produção de conhecimento híbrido (principiado no espaço religioso), quando combatem um complexo de práticas de cura de outras religiões (principalmente das pajens e dos profissionais de saúde sem instrução técnica), sem eficácia terapêutica. Esse confronto simbólico de terapêuticas gera uma eficácia simbólica, que resulta na legitimação do espaço médico-espírita, na sua específica função de reprodutor hegemônico de bens simbólicos de cura.

Viu-se que a água fluidificada é o produto espiritual que, produzido no espaço religioso, caminha para o espaço médico e segue o itinerário do espaço híbrido, o que significa dizer que constitui uma estratégia para atuar no campo simbólico entre as interações do campo religioso com a área médica. Essas são as condições sociais que se demonstrou na consolidação do espaço médico-espírita. O caso de cura, que será apresentado em seguida, mostra a parte mais apurada do campo simbólico instaurado na instituição, momento em que a crença espírita, transfigurada em crença médico-espírita, atua de modo híbrido através de agentes religiosos e funcionários de convicções espíritas diretamente relacionado-se com profissionais de saúde graduados da área médica. De outro modo dizendo, tal condição social influencia diretamente a área médica e biomédica em função daqueles agentes da saúde os quais, não acreditando necessariamente nos preceitos espíritas, acolhem, sem se comprometerem, o sistema de tratamento espiritual no seu sentido de tratamento complementar.

Capítulo V:
Um caso de cura?

Selecionou-se uma segunda situação de interação simbólica que complementa a composição de prática terapêutica híbrida que se está descrevendo. O caso de um interno, que se chamará aqui, o interno Silva, converte-se em exemplar para os espíritas, uma vez que recobrou a saúde depois de permanecer por sete meses na enfermaria central, a unidade de terapia intensiva da instituição de longa permanência.

Descrevemos em seguida o percurso simbólico em que o interno Silva passa efetivamente a concretizar um caso de cura, simbolicamente no interior de do projeto terapêutico dos espíritas da instituição, que tem por meta implantar legitimamente, com o apoio dos profissionais da saúde não espíritas, o local de tratamento espiritual no interior do espaço asilar ou hospitalar.

1. O caso Silva

Teve-se acesso ao serviço de arquivo médico ou estatístico, setor que cuida da documentação dos pacientes internos da instituição. A história pregressa de Silva é típica dos internos que passam a morar no hospital por motivos de portarem deficiências múltiplas, geralmente abandonados pela família. Silva é uma pessoa portadora de deficiências múltiplas e quando seu tio passou a ser seu tutor, depois de sua mãe abandoná-lo, solicitou a ajuda da instituição, pois não tinha condições mínimas de manter educando e criando o tutelado em sua casa. Silva nasceu em junho de 1976 e foi atendido pelo hospital, que aceitou sua internação em função da política da instituição. Pela referência da classificação internacional “Portage Guide to Early Education”, a área médica psiquiátrica autorizou a internação do cliente com o diagnóstico deficiência mental profunda, avaliando sua idade mental em 7 meses, cuidados pessoais próprios em 4 meses, atividade motora em 11 meses, período de desenvolvimento sensório motor. Silva foi internado com 5 anos de idade na instituição, em fevereiro de 1981.

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

Foram selecionados alguns relatórios que ilustram as características do paciente dentro do hospital. Em 1995, o serviço social repetiu as principais informações dos primeiros relatos do cliente desde sua internação, nos seguintes termos:

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

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

Aspectos físico: trata-se de indivíduo que deambula, ouve e vê, porém não possui linguagem verbal. É independente na alimentação, necessitando de auxílio para banho e vestuário. Não tem o controle dos esfínteres; Aspectos emocional: apresenta distúrbio alimentar “pica” ingestão de alimentos. Costuma cuspir no chão, além de gostar de fugir. É agitado, sendo passivo em relação ao contato afetivo. Até o momento não foi observado comportamento de ordem agressiva ou sexual; Aspecto cognitivo: reconhece seu nome quando chamado, atendendo ordens simples quando associadas à rotina. Não reconhece objetos nem sua função. Possui preensão (sic) palmar. Atenção e concentração encontram-se prejudicadas; Aspecto social: responde ao meio sorrindo chegando a contactar quando estimulado. Infantilizado; Conclusão: de acordo com o quadro acima descrito o paciente classifica-se com o portador de Deficiência Mental Severa Inferior com idade psicomotora na faixa de 1 a 2 anos (Dados retirados da instituição).

Em 2002, como já se disse a respeito da nova política de diagnóstico sobre a deficiência mental reformulada por outros parâmetros, a equipe médica reviu a classificação do caso:

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

Refere-se este caso clínico, médico e religioso, em função de sua repercussão no grupo de religiosos, veementemente lembrada como exemplo de cura espiritual e material. Nas palavras dos religiosos espíritas tem-se a seguinte versão:

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

Se, como se viu, há na assistência espiritual um conjunto de recursos terapêuticos próprios da crença na existência de espíritos, na comunicação com esses através de médiuns, na existência de uma forma terapêutica perispiritual. No entanto, será a crença no aspecto científico do espiritismo o produto simbólico que mais desejam os espíritas interagirem com os profissionais biomédicos dentro da instituição. Depois de um longo período de cuidados intensivos de praxe, feitos pelos profissionais de saúde no espaço médico, foi identificado o conflito entre os agentes num campo simbólico, admitido que uma multiplicidade de escolhas de explicações ofertadas para compreender a causa do restabelecimento de saúde do interno.

A explicação dos religiosos espíritas, que também cuidaram do caso pelas sessões mediúnicas, consideram ter havido cura espiritual depois do interno se manifestar enquanto espírito em uma médium e ter aceito certos princípios doutrinários conversados com o médico espírita, que o convenceu abandonar a idéia de suicídio. No entanto, essa explicação concorre com a dos profissionais de saúde, que acreditam ter influído no restabelecimento físico do paciente a presença constante de uma pajem, como se expõe adiante. Basta por ora lembrar que Silva, uma vez que obteve cuidados tanto por profissionais de saúde não espíritas na UTI, quanto por religiosos espíritas em sessões mediúnicas e que o caso é mencionado pelos espíritas recorrentemente com exemplo de cura espiritual, tendo sido utilizado como um produto potencial e referência simbólica, garantindo as evidências da cientificidade da prática espírita no espaço religioso da instituição.

Apresenta-se, em seguida, as versões dos agentes religiosos, profissionais da saúde, agentes da saúde híbridos e agentes religiosos híbridos que explicam as causas do restabelecimento da saúde de Silva na enfermaria central, internado com caquexia. As fontes das informações que foram utilizadas para essa descrição provém dos prontuários de evolução da clínica médica, das atividades biomédicas interdisciplinares, das gravações das sessões de assistência espiritual nas sessões mediúnicas e das entrevistas com profissionais de saúde e espíritas.

De fato, houve cura do estado debilitado de saúde do residente, que esteve no período de 7 meses no ano de 2000 na enfermaria central. Assim sucederem-se os relatos

no prontuário médico de Silva, nos seguintes intervalos de tempo internado na UTI: de 04/01 a 11/01 (7 dias); De 02/02 a 22/03 (50 dias); 29/03 a 04/04 (7 dias); 05/04 a 25/04 (20 dias); 28/04 a 09/05 (12 dias); 26/05 a 14/07 (48 dias).

O período de atenção intensiva dispensada ao paciente não foi em função de uma enfermidade propriamente originada em seu organismo. A constatação final da fonoaudióloga, que acompanhava diariamente os problemas de vômitos e caquexia que o levou à enfermaria central, deixam claro os limites de sua competência profissional, possibilitando justificar a causa da atual enfermidade pelo diagnóstico da área clínica e não por uma atividade biomédica interdisciplinar:

Considerando que o paciente apresenta hábito antigo e regurgitações, ruminações de alimentos (vide anotações médicas mais antigas), o comportamento pode ter ficado mais exacerbado para uso de SNG e também levando-se em conta a retirada constante de dieta (feita para o próprio paciente), somado à necessidade de aporte nutricional bastante controlado, a indicação da via de oferta das dietas está mais relacionada à aspectos clínicos do que propriamente fonoaudiólogos, já que o quadro motor oral é estável e o padrão de deglutição é satisfatório. Assim sendo, considerando esses aspectos clínicos, há concordância quanto à tentativa de manutenção com o SNE. Desta forma, talvez tenhamos menos sondas retiradas (por pacientes) e garantia de ingestão adequada de dietas (Dados obtidos da instituição).

Por outro lado, o diagnóstico clínico apresentava o residente na UTI para cuidados especiais porque para todo alimento ingerido, embora pastoso e do modo nutricional específico para ele, havia uma rejeição freqüente na forma de regurgitação. Nos relatos oficiais do prontuário, pareciam partir de um ato involuntário do organismo do paciente, do refluir o fluxo de alimentos em direção oposta à normalidade, do estômago para o esôfago. De fato, nada se viu mencionado que o paciente provocasse intencionalmente vômitos continuados. Mostrava-se a preocupação em torno principalmente do organismo debilitado, cujo peso alterava-se rapidamente.

A rotina das enfermeiras, que tomavam o peso de Silva periodicamente, mostrava uma perda de peso expressiva nos seguintes meses do período de internação: no começo de fevereiro de 2000 com 37,2 kg passou no final do mês a 32,1 kg, permanecendo em torno desse mesmo peso até final de abril do mesmo ano. Foi no começo do mês de

maio que obteve ganho de peso de 1,2 kg, chegando a 34 kg. A partir de então ganhou peso gradativamente até início de agosto, quando saiu da UTI com 38 kg.

O período crítico no processo de emagrecimento requereu auxílio clínico intensivo. A assistência médica biomédica era aplicada principalmente pela equipe de enfermeiros presentes na UTI, que seguia orientação dos médicos plantonistas e, no caso em questão, recaía a responsabilidade do médico especialista em gastroenterologista. As obrigações diárias dos profissionais de saúde na enfermaria central foram descritas na evolução da saúde do paciente, na forma descritiva dos acontecimentos no espaço médico pela equipe de enfermagem, pela equipe de médicos plantonistas, pela fonoaudiologia responsável e pelo médico especialista gastroenterologista, a quem todos aguardavam a decisão terapêutica final. Nessa versão médica biomédica, comentou-se em seguida a evolução do período crítico de 7 meses que Silva passou na UTI.

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

O prognóstico evoluía para a jejunostomia, ou seja, uma construção cirúrgica com o objetivo de alimentar um paciente pela comunicação do jejuno (parte do intestino delgado entre o duodeno e o íleo) com o meio exterior. Uma intervenção cirúrgica, uma vez que os diagnósticos biomédicos, diante os exames, projetavam a evolução clínica em função de uma única referência: ganho do peso do paciente, mas sem êxito. É o que se viu no prontuário de Silva, depois de três meses de sua internação e tratamento na UTI não surtir o efeito desejado, preocupação generalizada pela falta de um diagnóstico clínico, os exames conflitavam-se com o fato de sucessivos regurgitações resultarem em sensível queda de peso.

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

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

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

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

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

Dez dias após esse parecer do médico especialista, a fonoaudióloga acusou melhora do paciente, informando o ganho de 1,2 kg de peso e associando isso a uma única causa: a pajem mantida exclusivamente na UTI auxiliou na recepção da dieta. *“Houve ganho de 1,2 kg, coincidente com o esquema de dieta e vigilância”* (Dados obtidos da instituição) estava declarado no prontuário do residente, sugerindo a indução terapêutica em função da atenção vigilante da pajem, adotando um procedimento fora dos parâmetros biomédicos. De fato, o mesmo raciocínio foi preservado no longo dos relatórios dos vários profissionais de saúde que cuidaram do caso. A médica plantonista declarou que

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

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

(...) com ganho de peso satisfatório, conclusão: acredito que o interno não necessita de cuidados da Enfermaria Central atualmente podendo retornar para a Enfermaria de seu Pavilhão, supervisionado pela pajem

que o acompanha exclusivamente aqui na Enfermaria Central (Dados obtidos da instituição).

Como se nota o relato do caso pelo prontuário da área médica e clínica, ficou caracterizado que o resultado na melhora do interno Silva foi em função da prática médica, cujo cuidado intensivo esteve auxiliado pela idéia da fonoaudióloga que dirigiu especial cautela à ingestão de alimentos através da pajem, sempre no interior do espaço médico e dentro de um esquema da ordem médica.

No entanto, o que se vai apresentar em seguida são depoimentos de alguns agentes religiosos e profissionais de saúde que, em suas versões, religiosa e biomédica, confrontaram-se sobre a questão da cura do residente internado na enfermaria central. Como se verá, a seguir, esses depoimentos, feitos no presente momento dessa pesquisa (obtidos principalmente pelas fonte das entrevistas feitas no ano de 2003), não seguiram as informações oficiais do prontuário de Silva. Vale lembrar também que quatro anos antes não se havia estruturado oficialmente o espaço religioso dentro da instituição. Ou seja, o caso que se descreve se passou no período inicial da organização terapêutica espiritual, na construção de um departamento de assistência espiritual aos internos da instituição, exatamente no primeiro semestre do ano 2000, enquanto o que se vem descrevendo sobre os espaços da prática religiosa no interior do centro de estudos espirituais e os espaços híbridos formados a partir desses, sucedem-se em anos subseqüentes, lembrando ainda que Silva passa a servir de referência simbólica no processo de formação desses mesmos espaços híbridos em que foram estudados.

Para os religiosos, a cura se processa fora dos espaços da área médica, precisamente no espaço religioso, onde ocorrem as sessões mediúnicas. Está na ordem religiosa em que as sessões mediúnicas, com a participação do médico espírita e dos profissionais de saúde espíritas, têm o intuito de associar a assistência religiosa como tratamento simultâneo ao tratamento médico, sendo esse o local onde ocorrem as possíveis curas espirituais. No momento em que o médico espírita levou o caso para a assistência espiritual, assim o fez na razão prática de obter soluções alternativas às limitações do tratamento médico biomédico, sobre o problema de caquexia de Silva:

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

Interessante notar no argumento médico-espírita que o caso de Silva adquiriu o estatuto de um caso de cura sob o raciocínio de um acontecimento imprevisto: é que a assistência espiritual, naquele momento em que ainda não se constituía a estrutura física para a assistência espírita aos internos, geralmente a assistência espiritual era feita pelos presentes através de vibrações à distância em favor do assistido. No caso de Silva, no entanto, a cura espiritual sucedeu-se após a comunicação do espírito do paciente, dando informações precisas sobre a causa dos problemas de saúde, pela enfermidade que passava na enfermaria central:

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

Observe-se os depoimentos dos agentes religiosos, de como entendem o caso clínico como um problema não necessariamente da área médica, mas um problema espiritual, dentro da ordem do campo religioso:

Em relação aos casos de paciente dentro do hospital que se beneficiou do atendimento religioso, não propriamente se beneficiou de atendimento religioso, mas de atendimento espiritual. O caso do residente. Ele um dia queria morrer porque passou, segundo informação dele próprio, passou a acreditar em Jesus e disseram que se ele acreditasse em Jesus ele estaria salvo e não ia sofrer mais: ele queria morrer. Passou a não se alimentar mais, não beber e ficou na UTI, na enfermaria central e achavam que ia morrer, e nada fazia para se alimentar, nem beber. Até que foi evocado nos trabalhos espirituais e foi dito para ele que estava se suicidando e não ia resolver nada, porque a dificuldade estava gravada no perispírito dele e essa dificuldade é que passa para o corpo, e era preciso limpar o perispírito. E simplesmente acreditar não é o que Jesus nos disse: disse que nos amássemos uns aos outros e nos respeitássemos, porque Deus não castiga, mas também não premia: o que fizemos de errado temos de refazer, a quem prejudicamos temos de refazer. O que explicamos para ele, o que deveria fazer, ele estava no caminho errado, o médico chefe, o diretor clínico estava junto e conversou com ele, disse que não adiantava e pedimos uma chance para ele e ele se daria essa chance. Isso na sessão mediúnica; depois o médico que o recebeu esteve na enfermaria central, chamou e ele primeiramente não atendeu, depois tornou a chamar e atendeu, levantou os olhos e disse: você lembra que falamos, respondeu “me lembro”. O médico pediu para dar água a ele, tirar a sonda e se recuperou rapidamente. Ele estava ruim, era um caso de abrir o estômago e jogar alimento lá dentro. Pela sua vontade própria ele jogava alimento fora, vomitava e não retinha o alimento. Esse foi um caso mais evidente (Depoimento AGEDir).

É do mal entendimento do interno Silva, manifestado na sessão mediúnica, que o doutrinador (que se sabe que o médico espírita doutrinou o espírito através de conversa fraterna) esclareceu a respeito da equivalência entre crer em Jesus e salvar-se. Acreditar em Jesus não significa salvar-se imediatamente, lógica que não autoriza tomar deliberadamente a iniciativa de tirar a própria vida. Ao contrário, acreditar em Jesus significa enfrentar a própria vida, dada a condição reencarnatória. Mas, acreditar na vida do ponto de vista da teoria da reencarnação não é a mesma concepção de vida do ponto de vista da cosmovisão de base ressurrecionista. De outro modo ainda, a explicação do médico espírita para o problema de Silva em estado de inanição concorria também para uma totalidade que incluía a explicação biomédica: Silva convencido de que deveria acreditar em Jesus, converteu-se religiosamente antes mesmo daquele momento mediúnico, explicava, mas intelectualmente de modo equivocado, justificou o médico espírita, apreendeu a crença religiosa arbitrando

livremente que poderia retirar a própria vida uma vez acreditando assim que Jesus o salvaria.

Para o médico espírita o problema estava relacionado à falta de entendimento moral de Silva sobre as concepções de mundo espíritas, que na sessão mediúnica converteu o residente a trocar os bens de salvação sobre o conhecimento de Jesus de modo diverso: salvar-se no Espiritismo significa ter livre-arbítrio de seus atos para enfrentar a vida atual com coragem, seja qual for o problema, pois, evidentemente dentro da lógica reencarnacionista, existem outras vidas, mas é necessário compreender a teoria da reencarnação pela via da responsabilidade de valorizar qualquer vida, antes de tudo. Eis o jogo das éticas coincidentes no discurso do agente da saúde híbrido: a ética médica, que acredita na arte de fazer manter a vida a qualquer custo e a ética espírita, que o médico espírita acredita e sustenta de modo híbrido, ou seja, possuindo o conhecimento médico, porque estudou e conhece os sintomas, diagnósticos das doenças e tratamento das enfermidades de acordo com uma epistemologia da medicina, mas também trabalha como doutrinador espírita, uma espécie de pastor de almas ou condutor de espíritos desviados, cuja crença consolidada na religião espírita o transfigura em um agente do campo religioso.

Para a crença espírita na cura espiritual e orgânica pressupõe-se o seguinte: a regurgitação não foi um ato involuntário do corpo debilitado e desorganizado de Silva, como suposto pela equipe da área clínica ou da área interdisciplinar. Mas tratava-se de um ato deliberado da consciência de Silva, cujo desejo de se matar refletia no ato de regurgitar propositadamente. Acreditar na salvação da vida sem fugir dela por via do suicídio faz sentido no campo simbólico, como uma tática de arrebancar o maior número de crédulos, que trabalham na instituição, na concretização do projeto terapêutico espírita no interior da instituição. Aceitar tal situação como um caso de cura é atestar a veracidade dos fatos espíritas que, para o agente híbrido, são irrecusáveis, principalmente diante sua fé, colocado à prova o acordo firmado entre ambos na sessão mediúnica e confirmado na enfermaria central. Por suas próprias palavras:

Em função dessa comunicação houve então naquele mesmo dia uma tentativa de que essa comunicação de fato pudesse impactar na evolução clínica e comportamental do paciente. Então, assim que terminou a reunião mediúnica eu me dirigi à Enfermaria Central onde

o paciente se encontrava. Nessa conversa fraterna na sessão mediúnica o paciente respondendo que estaria de acordo com a proposta de dar uma chance a mais à vida, a conversa foi no sentido de preservar a vida e da importância que é lutar pela vida. Naturalmente que o enfoque das reuniões é espírita, é um enfoque reencarnatório, um enfoque da continuidade da vida, e nesse enfoque lutar pela vida está em harmonia, está sintonizado, está dentro da lógica espírita e também médica, há uma coincidência aí das duas éticas e é por isso que é possível haver uma prática de forma complementar. O fundamental é que haja essa possibilidade dessa integração, uma vez que dentro de uma visão mais abrangente tem um indivíduo bio-psico-sócio-espírita, então atuação tem de atuar nesses diferentes níveis. Não adianta você focar só num nível e desprezar os demais que o indivíduo vai permanecer em desequilíbrio por melhor assistência que você dê a ele. Então é essa a visão que a instituição tem e é o trabalho que desenvolvemos aqui na instituição. Então retomando o episódio, naquele dia logo que terminou a reunião me dirigi à Enfermaria Central para verificar o estado atual do paciente e até mesmo a condição que se encontrava durante a reunião. A informação que tive é que o quadro clínico dele permanecia o mesmo, ou seja, o paciente se mostrava assim indiferente ao que ocorria em torno. Então me dirigi a ele diretamente, acompanhado do médico plantonista da instituição e do pessoal da enfermagem que estava cuidando dele, e chamei ele pelo nome, disse: eu vim aqui para firmar o acordo que fizemos na comunicação mediúnica, e ele simplesmente estava cabisbaixo, ergueu a cabeça, ficou olhando para mim sem dizer nada. Eu disse para o pessoal da enfermagem que trouxesse um pouco de alimento e água que a partir daquele momento ele passaria a tomar e comer, até mesmo sem sonda. Antes ele não comia e regurgitava tudo. Aconteceu que bebeu a água na frente de todos nós e não regurgitou e a orientação que deixei para o médico plantonista foi o seguinte, que se procedesse os exames pré-operatórios da cirurgia, reavaliaríamos a indicação cirúrgica durante o período dos exames pré-operatório e se evoluísse no sentido de começar a se alimentar de uma forma mais regular, talvez não precisássemos então de fazer a cirurgia. Somado a isso houve um maior envolvimento de toda equipe (Depoimento APShib-médico).

No campo simbólico está-se diante um confronto de explicações e justificativas, na verdade de escolhas explicativas sobre as causas da enfermidade de Silva, que podem ou não serem adotadas em função das crenças que a sustentam. A crença de que o paciente, portador de uma deficiência mental profunda comunica-se por seu espírito numa sessão religiosa de comunicação de espíritos, é exemplar para o campo religioso (agentes e supostas práticas religiosas) que funciona dentro da instituição. A comunicação espiritual do modelo mediúnico no Espiritismo não é somente da comunicação de espíritos que morreram, mas de pessoas vivas com problemas de comunicação verbal. O tabu religioso da explicitação (de base ressurrecionista) de que é impossível comunicarem espíritos de mortos é enfrentado com esse caso como um bem simbólico em trânsito, quando se relata o

caso do residente em questão carregado de significados críticos ao sentido religioso de espiritualidade. O problema de comunicação espiritual não foi resolvido em função do residente portar deficiências múltiplas para se comunicar, isto é, na questão de emissão de mensagens que o médium o substituiu nessa função, mas se deve considerar também a recepção intelectual de Silva, um receptor de mensagens, uma vez admitido a existência do espírito entre os portadores de deficiências mentais: Silva, sob a tutela da instituição, que por ele fala, supostamente estaria recebendo informações sobre Jesus provenientes de outra fonte religiosa adversa da fonte de base reencarnacionista. Faz sentido lutar pela conversão religiosa do candidato religioso, por via esclarecimento médico, agente da saúde atuante no campo da ciência, pois faz mais sentido converter o espírito do enfermo antes mesmo do que converter uma pessoa portadora de deficiências múltiplas.

Evidente que o problema espiritual, do ponto de vista espírita, no caso de Silva não é somente de deficiência mental ou orgânica (que propiciaria o refluxo dos alimentos), ou que também poderia ser encarado como reflexo na deficiência do perispírito; mas se trata também de uma deficiência moral, cujo entendimento sobre as crenças religiosas de base cristã refletem a falta de instrução sobre os princípios do Espiritismo. Fica mais claro o valor simbólico do aspecto cientificista no Espiritismo, que funciona, como vimos em capítulo anterior, como um produto que circula simbolicamente dentro da instituição. Não se trata de um produto principal, mas é o principal instrumento para movimentar-se no campo simbólico da cura, regido no jogo de interesses do campo religioso.

Essa é uma das questões religiosa em foco colocada pelo médico espírita quando levou o caso de Silva também para o diagnóstico e tratamento espírita no espaço religioso. Outra questão enfocada, em relação ao campo religioso, é a prática mediúnicamente como serviço terapêutico prestado simultaneamente ao serviço da área médica, que o médico espírita acreditou ser um meio para arrebanhar agentes da saúde híbridos, por via conversão religiosa. O uso das terapêuticas espirituais, conforme se argumentou nos capítulos precedentes, está relacionado com a busca de sua legitimidade, no espaço híbrido, para uma interpretação religiosa da doença, conforme se elucidou sobre a crença nos espíritos e no perispírito.

Nota-se então como se dispõem, no espaço hospitalar, os bens simbólicos híbridos, promovidos num consenso entre os *habitus* religiosos e os profissionais de saúde espíritas e não espíritas, em referência ao caso Silva, internado na enfermaria central da instituição.

Uma das enfermeiras que cuidou do residente na enfermaria central era espírita e acreditava que o residente se beneficiou do atendimento religioso ao se comunicar na sessão espírita:

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

Na verdade, não houve incógnita generalizada sobre a solução da enfermidade do residente. Como se viu, no prontuário da área clínica, havia uma expectativa, pode-se dizer até um entusiasmo, com a crença de que o problema se eliminaria através do acompanhamento de uma pajem, atendimento exclusivo de uma profissional da saúde nos momentos de oferecimento das dietas e regurgitações. Viu-se que o trabalho da maternagem, limitado à “reprender” o paciente, foi um recurso terapêutico mais de cunho psicológico (psicologia de mãe) do que de índole da medicina biomédica, que tem por base a administração terapêutica de medicamentos.

Sabe-se, do capítulo anterior, de que todos os problemas que sofrem as pajens, enquanto profissionais de saúde que lutam por reconhecimento profissional, e, sabe-se da sua força simbólica, no campo religioso, como agentes religiosas que lutam contra as concepções de mundo espíritas. Agora, constata-se o valor simbólico híbrido que portam especificamente esses profissionais que não são facilmente reconhecidos, por razões práticas, como profissionais da saúde e nem são facilmente reconhecíveis como religiosos pelos espíritas. Vê-se assim, que as pajens perfazem o material para a base simbólica quando atuam em dois campos, religioso e médico, pela luta à manutenção da vida dos

residentes de modo concreto. No sentido de um campo de lutas de legitimidades e reconhecimentos, a luta pela posição social profissional das pajens é uma luta em um espaço híbrido, de um posicionamento social de subordinação profissional que ocupa como pajem e não como auxiliar de enfermagem (um grau profissional acima), mas também pela proposta de liberdade de culto religioso, quando se encontra numa instituição em que deve renunciar à sua crença religiosa em favor de serviços terapêuticos de outra religião (como, por exemplo, a água fluidificada).

Ao passo que os profissionais de saúde não espíritas escolheram para explicação causal o trabalho da maternagem da pajem como solução do problema (profissional exclusivamente voltada para cuidados exclusivos a Silva internado na UTI), para o médico especialista gastroenterologista, que também faz uma escolha explicativa, argúi que foi um procedimento extramédico, portanto fora dos parâmetros da medicina convencional:

Ele tem uma deficiência mental e naquela ocasião não aproveitava os alimentos, ele comia e voltava tudo, punha tudo para fora, regurgitava. Começou a emagrecer e colocamos na enfermaria central para tentar melhorar o estado que estava emagrecendo. Fizemos lá umas medidas extramédicas que acabaram dando resultado. Começamos a induzi-lo a não regurgitar. No início nos pareceu assim um negócio superficial e achava que não dava resultado e acabou dando resultado e diminuindo os fenômenos de regurgitação. Puseram uma pajem dia e noite com ele e acabou diminuindo as regurgitações e se alimentando, acabou engordando. Tomava medicação, já estava tomando e parece que não estava fazendo efeito. Num certo momento indiquei jejunostomia para poder alimentá-lo, porque estava decaindo muito, mas isso depois de ter feito uma radiografia, vimos que tem um problema de esôfago uma dilatação de esôfago, uma disinesia de esôfago que não funciona bem e ele tem também uma dilatação gástrica no estômago. São patologias que ele tem e provavelmente isso altera o funcionamento do esôfago e do estômago, incluindo os fenômenos de regurgitação e ruminação, ele come e o alimento volta, uma parte ele mastiga novamente outra parte ele engole novamente. Tem uma alteração anatômica, dilatação e sinesia do esôfago, sinesia é o mal funcionamento motor do esôfago e tinha dilatação gástrica que fazia o estômago funcionar de forma alterada, irregular. Isso é uma patologia e é congênito, ele nasceu com isso, geralmente eles têm múltiplas deficiências. Não diria enfermidade porque ele continua com a mesma doença, o que ocorreu é começou a diminuir os sintomas que apresentava e com isso começou a aproveitar melhor a alimentação. Quando começou a melhorar se postergou a indicação da intervenção cirúrgica, embora alguém tenha indicado a gastrostomia (ostomia do estômago) mas isso não iria funcionar e indicamos a jejunostomia (Depoimento APS - médico).

A versão do médico especialista é clara: ele decidiu acatar o procedimento extramédico, porque, do ponto de vista pragmático dava resultados positivos. O paciente acamado por meses regurgitando, reagiu engordando com a presença do pajem. O que corroborou a versão biomédica foram os exames que, embora não constavam no prontuário médico, por depoimento declarou o especialista médico que a causa das regurgitações teriam sido provavelmente um problema congênito. Entendeu o médico especialista, pressupondo o rebaixamento de consciência do residente, tratar-se de um movimento involuntário orgânico de Silva, jamais um problema de consciência deliberada de suicídio, como acreditara o médico espírita ao entender que o próprio Silva provocava voluntariamente as regurgitações.

No entanto, parecendo autorizar todo procedimento que venha dar resultados terapêuticos aos enfermos na instituição, o médico especialista entrou em acordo com o médico espírita, sob a prática religiosa conjunta, uma vez que o procedimento ético de preservar a vida não desaprovava adotar como forma complementar a terapêutica espírita, dado o mesmo sentido sobre a manutenção da vida. Da mesma forma que subscreveu os procedimentos extramédicos da pajem diante dos resultados positivos, subscreveu os procedimentos religiosos espíritas. Por suas palavras:

Com questão às práticas religiosas, nesse paciente também houve isso. Não entendo a fundo sobre esse assunto, que vem já há algum tempo, já li alguns trabalhos americanos sobre isso e no Brasil há simpósios sobre esse assunto, mas não entendo a fundo para opinar a respeito. Do ponto de vista de tratamento até acredito que deva funcionar, surtir algum efeito. No caso em questão ele vinha submetido a preces, não sei bem que tipo de assistência espiritual foi feito, mas sei que foi feita, o que sei é que foi feita, além dessa montagem, com a pajem de ensinar o paciente a não regurgitar, além da parte medicamentosa que não estava funcionando. Deduzo que alguma coisa extra medicamento funcionou. Porque analisando os resultados houve melhora, ele diminuiu a regurgitação, ele passou a se alimentar melhor, ele engordou, mas não se pode dizer a causa efetiva, o que existe é a observação dos resultados. Não se pode dizer em cura, ele não deixou de regurgitar, ele regurgita menos, ele engordou, não mais perdeu peso como daquela vez, continua com sintomas que tinha anteriormente, a salivagem dele é muito grande e deve ser essa uma das causas da sinesia de esôfago que ele tem. Há estase dos alimentos, ele para no estômago é o que também estimula a salivagem. Há uma experiência muito maior que a minha para uma explicação de fundo religioso. Eu vejo a coisa do ponto de vista médico, científico, as explicações que tenho são puramente do ponto de vista médico. Os religiosos explicam melhor do que eu os

fenômenos religiosos. Para mim houve uma descompensação, ele tem regurgitação, hoje ele tem um peso maior do que de origem. A versão dos espíritas, a explicação religiosa é uma explicação, mas tem de entender os mecanismos para poder aventar essa explicação. O que posso dizer é o seguinte: qualquer outro mecanismo que tenham feito, funcionou mais que a medicação, funcionou porque ele já tomava a mesma medicação antes, ele continua tomando com a mesma patologia e continua tomando agora a mesma medicação, mas naquele momento essa medicação não fez efeito, então, deduzo, alguma coisa fez efeito que não a medicação. Não sei explicar essa crença dos espíritas, mas eu acredito, acredito aliás em qualquer mecanismo religioso de qualquer religião, cujo objetivo é ajudar alguém, não acredito muito para manobras para prejudicar alguém. Não há interferência de um ou de outro campo. Eu aceito e acredito mas não entendo o mecanismo. A alta do paciente derivou da melhora do estado geral, da alimentação, mas o que na verdade ele continua tomando é a mesma medicação que tomava antes, o que se acrescentou no tratamento foi esses mecanismo de indução e ensinamento para não regurgitar, na minha opinião deve ter dado resultado mesmo, enquanto a explicação a fundo religioso não sei. Quanto as terapêuticas religiosas, tudo que não atrapalha pode ser feito, só tem a ajudar porque a intenção é ajudar, isso não tem interferência, eles continuam fazendo essas preces em vários pacientes, e habitualmente eu reavalio alguns pacientes diante de uma relação de pacientes que eles fazem as preces concomitante com o tratamento médico. Existem pacientes que melhoram, agora atribuir isso ou aquilo para mim como médico fica difícil, não posso atribuir as coisas achando que é a medicação ou quem faz a prece pode dar mais valor à prece. Acho que as duas coisas podem ajudar. Pelos trabalhos que tenho lido e que vem a tona, médicos e cientistas que acreditam nisso, mas são pessoas que já tem a formação espírita de base entendem muito mais do que eu. A minha formação é católica, agora inclusive aqui aprendi muita coisa e acho que muita coisa que eles fazem é certo, o problema para mim é mais o objetivo, e o objetivo deles é ajudar e eles ajudam de alguma forma. Agora, o mecanismo exato pelo qual ocorre as coisas não sei se eles têm explicação para isso. Agora, efetivamente ele melhorou, ele continuou com a sianorréia. Eles não interferem na medicação, eles acham que é uma adição no tratamento, que soma, sou a favor desse procedimento, à luz dos últimos trabalhos que tenho lido isso realmente ajuda, eu não tenho como avaliar a não ser do ponto de vista da observação, não há interferência do tratamento espiritual, as preces são feitas concomitantes, eles não sugerem acrescentar nem retirar a medicação, isso não. Aliás trocando idéias com o médico de formação espírita, a intenção deles é somar, o objetivo não é substituir por exemplo a medicação pela prece. Quanto à instituição acho que aqui é mais uma instituição hospitalar e não asilar. Eu não conheço outra instituição semelhante, se é que existem, são poucas como essa, porque é um negócio difícil, e o trabalho que eles fazem, além de um trabalho de sacrifício, pois é difícil manter esses pacientes, é um trabalho exemplar, dão todo atendimento, exigem que se tratem os pacientes bem e são tratados como merecem, para melhorar o estado dos pacientes. É difícil a cura, porque são patologias que vêm de nascença, são patologias complicadas e múltiplas. Eu acredito que precisa ter formação e vivência para poder acreditar nisso e aqui a gente vive esses problemas com centenas de

pacientes e você vê os casos e observa melhora, como explicar não sei, mas que observo, eu observo. Eu trabalho nesse hospital, como trabalharia em outro hospital, aí fora não se tem a experiência que se tem aqui dentro, realmente é uma escola (Depoimento APS - médico).

Nesse longo depoimento ressalta-se a coincidência entre as éticas médica e espírita como ponto consensual de chegada entre os agentes no espaço hospitalar. Para o médico espírita, que atuou concomitante como agente religioso, importa-lhe, dentro da lógica da coincidência entre as éticas médica e espírita acordadas consensualmente, montar as estratégias para estruturação do espaço híbrido: acreditar na comunicação do espírito do residente portador de deficiência mental e, portanto, acreditar no problema relatado pelo próprio interno que estava, naquele momento da comunicação espiritual, incomunicável na enfermaria central, é desejar que se acredite no Espiritismo como religião. Tratava-se, portanto, da busca de reconhecimento social para as concepções de mundo espíritas, exploradas pela posição social do profissional médico diante de outros profissionais da área da saúde, principalmente confrontadas com as concepções de mundo das pajens, que também buscam reconhecimento social de modo híbrido, tanto no campo religioso como no campo da saúde. A busca de legitimidades do médico espírita no espaço da área médica foi apoiada com base no desconhecimento dos médiuns e dos presentes naquela sessão mediúcnica a respeito dos detalhes do caso clínico Silva, sobre os seus dados pessoais de residente interno na UTI, bem como as informações médicas pertinentes, só conhecidas pelo médico espírita e por outros profissionais de saúde espíritas ali presentes. Mas também, estava apoiada sobre o desconhecimento dos profissionais da saúde em geral que não freqüentam o espaço religioso e que não acreditam nas sessões mediúnicas. Esse é o ponto central de disposições sociais nos *habitus* das crenças presentes na instituição, que fez com que o médico espírita adentrasse o espaço médico (da UTI), intervindo com tamanha fé, produzida na sessão mediúcnica do espaço religioso em que se comunicou o espírito do interno Silva:

Então o que pontuo é o seguinte: aquela comunicação foi um desencadeador do processo, não isolado do enfoque espiritual, mas houve de tal modo que começou a ter ganho de peso, a cirurgia foi cancelada, não houve mais necessidade, nem de sonda, e ele ainda apresentou um ou outro pequeno episódio de regurgitação e que foram diminuído de tal forma que o paciente pode retomar sua vida diária normal que até hoje está bem. O que é importante: antes da comunicação havia um esforço da equipe e que não havia o resultado esperado. Foi depois da comunicação espiritual é que ele começou a

ficar sensível ao tipo de influência da pajem. Antes tinha influência da equipe de tentar que não regurgitasse e ele não era sensível às influências, não respondia positivamente aos estímulos. A reunião mediúnica desencadeou nele uma receptividade maior e os profissionais começaram a assistir a melhora e quando há uma pequena melhora gera maior empenho, quando o técnico está fazendo alguma coisa e não está vendo benefício nenhum ele vai se desestimulando. Quando você começa a ver que aquilo que você faz produz resultado fica mais estimulado. Foi repercutido na equipe e alguns técnicos vieram dizer que estavam surpresos com a virada do quadro do residente. Mesmo que o técnico, respeitando suas crenças, não ache que foi a comunicação mediúnica que resolveu o problema do residente, surpreendeu-se em observar que ele começou a ter uma melhora que não vinha tendo. Ou seja, no máximo, o técnico tem de dizer o seguinte, alguma coisa aconteceu. O ponto essencial é que a tentativa da pajem não estava apresentando resultado no começo e isso não começou depois da reunião mediúnica. Sempre defendemos aqui na instituição, não é o tratamento espiritual ou medicamentoso, mas o conjunto. Nesse sentido, se a instituição acreditasse que o tratamento espiritual era suficiente não precisaria investir no tratamento clínico, e não é o que ocorre: a assistência espiritual não vem substituir o tratamento técnico, vem complementar e as evidências comprovam nesse sentido, que há poucas pesquisas em observar o impacto dessas experiências espirituais, mas o fundamental é que elas são muito sutis e visam serem criadas através de estudos mostrando que a complementaridade é a melhor solução (Depoimento APSHib – médico).

Vê-se que a explicação do médico espírita em relação à explicação dos profissionais da saúde não espíritas conflitaram-se quando entra em jogo a crença espírita na comunicação espiritual do residente. Enquanto para os profissionais da saúde não espíritas o trabalho extramédico (inclui-se a terapia espiritual) funciona em razão prática de mais um recurso terapêutico num caso em que a medicina biomédica não tem alcançado êxito, para os profissionais de saúde de convicção espírita a assistência espiritual, funcionando como recurso terapêutico concomitante ao tratamento médico, concorre racionalmente para organizar as estratégias de construção de um campo simbólico em que o espiritismo disputa reconhecimento social e legitimações para o exercício de suas práticas terapêuticas.

Evidente que essas explicitações não estão à vista, pois participam de uma luta no campo simbólico, cujo jogo é a manutenção de uma estrutura social para o comércio de bens religiosos de salvação, identificando-se esses valores religiosos com os valores sociais da manutenção da vida. Mas, esses bens simbólicos - postos em disposições sociais dos agentes, nos *habitus* religiosos existentes no campo híbrido instituído no hospital estudado

e que permite a manifestação dos diferentes *habitus* e ações de agentes terapêuticos distintos (religiosos e não religiosos) -, não é usado somente para troca de produtos espirituais, mas tem valor de uso próprio para a busca de legitimidade do Espiritismo enquanto uma ciência, para demonstração da eficácia simbólica da cura, que serve para os agentes religiosos demonstrarem que suas crenças são válidas no processo de convencimento de outros agentes.

É importante ressaltar que os agentes religiosos não entram em conflito direto com os médicos ou com os profissionais de saúde e suas práticas biomédicas, mas competem com essas num campo de relações de forças. E buscam capturar ou resgatar, para as intervenções espirituais, os êxitos da cura. É nesse contexto que aparece o entusiasmo do médico-espírita, numa perspectiva de persuasão, o que o espiritismo e outras religiões também o fazem em relação aos seus fiéis, para cooptar novos adeptos. O que inclusive transforma-se em estratégias ou táticas dos religiosos atuantes no campo híbrido.

O médico espírita leva ao espaço clínico o problema religioso solucionado, deixando-se acreditar que Silva se restabeleceu do problema de saúde, das regurgitações e enfraquecimento total do corpo, provocado por ele mesmo antes de concretizar-se o prognóstico cirúrgico do médico gastroenterologista, isto é, como último recurso antes da intervenção médica. De fato, não foi esse o movimento decisivo que curou o problema do paciente residente, mas foi o empenho da equipe, que se contagiou com a surpresa da crença do médico espírita e do fato dessa crença (a comunicação com próprio Silva, sempre incomunicável) efetivar-se na presença de todos na enfermaria central, através de um diálogo estabelecido pelo acordo firmado na sessão mediúnica: inicia-se assim o processo de legitimação social das práticas terapêuticas híbridas.

Naquele contexto de implementação do projeto terapêutico espírita, vê-se como as perspectivas de valores do médico espírita sobre o episódio de restabelecimento da sua saúde de Silva na enfermaria central da instituição tornaram-se o argumento principal que vivificaria o caso Silva como exemplar, materializando-se como uma medida simbólica para a conversão religiosa de pajens, técnicos, profissionais de saúde não espíritas, profissionais de saúde espíritas e religiosos, que convivem no mesmo espaço supostamente em harmonia:

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

2. A título de conclusão

“A religião contribui para a imposição (dissimulada) dos princípios de estruturação da percepção e do pensamento do mundo social na medida em que impõe um sistema de práticas e de representações, cuja estrutura objetivamente fundada em um princípio de divisão política apresenta-se com a estrutura natural-sobrenatural do cosmos”. (Pierre Bourdieu, “Gênese e estrutura do campo religioso”, São Paulo, Perspectiva, 1974, p.33).

Esta investigação social, desde a proposta inicial do projeto de pesquisa, esteve direcionada a compreender as instituições psiquiátricas administradas por espíritas. De um ponto de vista crítico, optou-se por utilizar a metodologia de Pierre Bourdieu, cuja sociologia orienta a investigação no mundo social a partir dos conceitos de campo social e *habitus*. Buscou-se compreender, nas relações de forças existentes entre agentes e práticas terapêuticas, médica e religiosa, atuantes no interior de um espaço médico e religioso previamente selecionado, o *habitus* espírita inserido no campo religioso. Para tanto utilizou-se inclusive os recursos axiológicos da filosofia da ciência social de Hugh Lacey para a realização da pesquisa de campo e das conclusões aqui suscitadas.

Assim, utilizou-se os argumentos fundamentais da constituição do campo religioso, em referência às interações simbólicas em um espaço asilar ou hospitalar, tendo por base a reprodução social de um caso de cura exemplar. Desenvolveu-se o argumento de que os espaços médicos psiquiátricos administrados por praticantes do espiritismo, antes estão caracterizados num campo de lutas terapêuticas, tendo por base a teoria de Pierre Bourdieu sobre o campo simbólico, que fala sobre as características da economia dos bens simbólicos:

Por razões evidentes, os bens simbólicos são espontaneamente alocados pelas dicotomias comuns (material/espiritual, corpo/espírito) no pólo espiritual e assim freqüentemente considerado como fora do alcance de uma análise científica. Eles se constituem em um desafio, ao qual gostaria de responder com o apoio e trabalhos díspares (...) gostaria de tentar resgatar os princípios gerais de uma economia dos bens simbólicos” (BOURDIEU, 1997, p.157-8).

Compreende-se que a proposta de uma sociologia crítica, como posta por Pierre Bourdieu como condição de uma sociologia inserida no campo científico, centra-se na proposição de que tais princípios podem ser testados com outras religiões inseridas no

campo religioso (BOURDIEU, 1974, p.27-78; BOURDIEU, 1997, p. 157-198; BOURDIEU, 1983c, “Uma ciência que perturba”, entrevista a Pierre Thuillier, **La Recherche**, 112, junho de 1980). Conhece-se, principalmente por GIUMBELLI (1995, 1997, 1997b) algumas razões práticas de como o espiritismo tornou-se uma religião, mas não se sabe os impactos de legitimidade da religião no interior do campo religioso, quando se vê que a base reencarnacionista da doutrina espírita atrela-se a níveis de crenças científicas para legitimar-se no próprio campo religioso, que hegemonicamente tem sua base na ressurreição da alma (base ressurreicionista). Enquanto religião, entre outras, o espiritismo, nessas condições sociais aqui descritas, passa a concorrer à hegemonia do monopólio de produção e distribuição dos bens simbólicos espirituais, que essencialmente se caracterizam por bens de salvação.

Destaca-se, do desenvolvimento dessa tese que sustenta a existência de um campo híbrido, como se dão essas relações entre agentes e práticas terapêuticas no hospital, tendo por referências os objetivos e as hipóteses propostas na metodologia, pressupondo diferenciá-las por crenças compartilhadas em níveis diversos, como se explanam em seguida.

Seguindo os princípios gerais propostos na metodologia científica da ciência social de Pierre Bourdieu, aplicados pelo autor à análise da Igreja Católica contemporânea como empresa religiosa (especialmente em BOURDIEU, P. "O riso dos bispos", 1997, p.183-194) a proposta de conclusão dos argumentos dessa tese não são exaustivos, levando-se em conta o tipo de investigação social exploratória, como mencionada anteriormente. Importa elaborar uma conclusão sobre o trabalho de campo, que se ajuste a verificar a aplicabilidade dos princípios de uma economia simbólica sistematizada por Pierre Bourdieu, tendo por base de análise o espiritismo enquanto uma empresa religiosa atuante no campo religioso. Portanto, voltar-se-á em seguida a uma conclusão tendo em vista o o *habitus* espírita.

Parafrazeando Bourdieu, é possível distinguir-se no espiritismo “uma forma transfigurada da economia doméstica” (BOURDIEU, 1997, p.183) na sua economia da oferenda, da benemerência, do sacrifício, cujas dimensões econômicas fundam-se na recusa do econômico.

Viu-se, no depoimento de uma agente religiosa, responsável pelo setor do voluntariado no hospital, um cálculo econômico, justificando o custo-benefício das ações voluntárias em relação ao trabalho assalariado. Na verdade foi uma consciência do preço, ao mesmo tempo praticável e aderente ao jogo religioso. Participando com uma dupla consciência de um universo econômico e não-econômico, esse exemplo esclarece uma tal característica, válida para a empresa religiosa do espiritismo, principalmente quando se tem por trás a validade de duas verdades, a verdade econômica e a verdade religiosa, esta última recusando a primeira (BOURDIEU, 1997, p.184).

De fato, essa espécie de contradição, essa dualidade presente na realidade das relações sociais estabelecidas entre os agentes e as práticas terapêuticas do hospital, está caracterizada pelo tipo híbrido de hospital que se estudou. Por ser o espaço asilar, concorrente a espaço hospitalar em função dos médicos e dos médicos de convicções espíritas, caracteriza-se inicialmente o espaço hospitalar uma extensão do espaço religioso. Sugere-se que haja uma autonomia relativa da prática médica em função de, no espaço destinado ao exercício clínico, confrontar-se com ações simbólicas da religião espírita. Como há, nessa realidade social, a interação entre dois campos simbólicos (religioso e médico), esta análise final, da tipificação híbrida sobre esses dois campos, não poderia reduzir-se à análise do campo religioso, mas incluir inferências sobre o campo da saúde. Centra-se em seguida primeiramente a análise sobre o campo religioso, da verificação da empresa religiosa para em seguida notar em que condições restritivas participam interagindo com o campo da saúde.

“Essa ambigüidade é uma propriedade geral da economia das oferendas, na qual se transfigura em oblação de si a uma espécie de entidade transcendente” (BOURDIEU, 1997, p.185), orienta Bourdieu sobre os princípios da empresa religiosa. Ora, se as ações voluntárias no hospital estão a cargo de um setor de voluntariado, organizado para atuar nos setores profissionais do espaço médico, não se está denotando aqui que essas ações caritativas incluem aquelas da mediunidade. Ou seja, aplicado o princípio de economia das trocas simbólicas, voltado às ações voluntárias dentro da instituição religiosa e hospitalar que se investigou, essas ações estão organizadas em torno do trabalho voluntário dos religiosos espíritas, que atuam junto ao trabalho assalariado das pajens e, que por sua vez,

entre os setores de cuidados com a clientela interna, é o mais requisitado. É nesse sentido que se pode caracterizar o trabalho voluntário de trabalho filantrópico, sentido próprio do termo. Os bens simbólicos aí trocados são aqueles da crença espírita mais generalizada, no seu núcleo, ou seja, o da existência dos espíritos, relacionando-se com os agentes não espíritas dos setores do hospital, voltados aos cuidados com a saúde.

No entanto, o exercício mediúnicico é também um trabalho voluntário, no sentido religioso do termo. 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. Em seguida, retoma-se o processo de formação desse capital simbólico.

Sabemos, pelo *habitus* letrado do espiritismo, que o exercício da mediunidade ganha valores de cientificidade mais prementes com a obra de Bezerra de Menezes e André Luiz. O exercício da mediunidade, nas escolas espíritas, reproduz a crença de uma ciência espírita através da possibilidade de pensar numa racionalidade e numa prática médica-espírita a partir das terapêuticas espíritas (passe, desobsessão, água fluidificada). Já se verificou que o exercício da mediunidade, praticado no espaço médico investigado, é diferenciado do exercício da mediunidade praticado nos espaços religiosos dos centros espíritas. 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. É das orientações de André Luiz que a mediunidade em Allan Kardec ganha força científica quando, principalmente o médium é convidado a estudar a doutrina e a literatura espíritas, sempre dentro do *habitus* letrado, que tem por causa final adquirir a sustentação teórica própria para ser médico de si mesmo. Nesse contexto, o médium que trabalha em

um hospital espírita tem em seu estágio de crença consolidada na cientificidade do espiritismo como condição primeira, uma vez que a crença religiosa é constantemente confrontada com a crença consolidada da formação técnica-médica dos profissionais da saúde.

Nos depoimentos do Capítulo IV, principalmente aqueles das reuniões mediúnicas, quando se pronunciava a figura do médico espírita como médico e como espírita concomitantemente, viu-se parcialmente no processo de construção social, um consenso sobre o aspecto científico da terapêutica espírita ali implantada, em contraposição ao modelo de André Luiz, que concentra a discussão da cientificidade do espiritismo pelo aspecto anatômico e funcional da glândula pineal. O acordo pragmático ali firmado pelo grupo diz respeito sempre a casos clínicos crônicos, limitados do ponto de vista da prática clínica médica mas que podem ser complementados pela assistência espiritual. Esse consenso acertado entre os agentes híbridos (agentes religiosos e agentes da saúde) é direcionado ao espaço médico, principalmente àqueles profissionais de saúde que não participam desse processo de construção simbólica sobre o conceito de espiritual aplicado à terapêutica espírita.

No entanto, das opiniões dos agentes às ordens médicas vão distâncias e responsabilidades que, com se viu, efetivam-se somente na construção de um espaço híbrido, onde relacionam-se religiosos e profissionais da saúde que se tornam por isso agentes híbridos, cada qual em seu campo de atuação.

É nas reuniões mediúnicas, não somente na parte do estudo mas principalmente na própria sessão de transe, que se encontra a maior produção de credibilidade médico-espírita. Viu-se que a relação do médico de convicções espíritas com a espiritualidade (representado pelo médico espiritual manifestado em transe na médium) gera uma sistema de crenças, formadora de crenças que adotam completamente o projeto intelectual espírita, que visa implantar programas práticos voltados para a área de terapia espiritual como atividade complementar à prática biomédica.

O espaço híbrido forma-se então de acordo com o propósito do grupo de médiuns e de profissionais de saúde espíritas no espaço religioso, que delegam ordens aos

funcionários pajens para ministrarem o medicamento fluidificado como um remédio a ser aplicado no tratamento espiritual. Encaminhadas as ordens ao espaço médico, como se notou, não sendo aceitas completamente, os bens simbólicos espíritas retornam em negociações no espaço religioso na forma de um problema trabalhista (organizada desde a diretoria da instituição), um tal problema que reflete na corporação sacerdotal dos espíritas e que o médico espírita figura entre seus membros.

Os profissionais da saúde não aceitam a água fluidificada como um remédio e a rejeitam como um serviço espiritual. As negociações retornam ao espaço religioso, de onde se amoldam os bens simbólicos ao problema, condição social que possibilita melhor adequação entre os agentes para distribuição simbólica dos produtos no espaço médico. A conclusão de que o serviço espiritual espírita deve ser distribuído somente entre profissionais da saúde de convicções espíritas (caritativamente) é o início de um processo de construção do campo híbrido, em que atuam agentes biomédicos espíritas no espaço hospitalar híbrido (médico-espírita). Para tanto, os profissionais de saúde aceitam a constituição de um campo híbrido de negociação, na condição de usá-lo para os casos mais complicados, cujas condições sociais de troca simbólica direcionam soluções mais apropriadas aos casos mais problemáticos do processo de produção do campo da saúde, aqueles que movem relações trabalhistas com os profissionais de saúde, que exercem seus ofícios no hospital administrado por espíritas, servindo à uma clientela de pessoas portadoras de deficiência múltiplas.

Assim montada a pequena estrutura estruturante do espiritismo no campo religioso, no momento quando passam a legitimar-se o tratamento médico-espírita, aceita-se o profissional da saúde e espírita como foco das atenções, líder da comunidade médico-espírita.

Reviu-se como no *habitus* letrado espírita (nas teorias propostas por Allan Kardec, Bezerra de Menezes, André Luiz e médicos espíritas) a mediunidade caritativa é uma proposta aderente ao médium que exercita a mediunidade na instituição, ganhando conotação diversa daquela praticada no centro espírita. Uma vez que o médium, um agente religioso e não um agente da saúde, está monitorado teoricamente para agir conjuntamente com o médico espírita no espaço médico, também o médico está monitorado a agir

religiosamente no espaço médico e religioso, pressuposto um confronto que pende para reformulações da formação universitária alopática.

Passa-se a rever agora quais maneiras ocorrem as legitimações sobre crenças consolidadas entre os agentes em questão, incluindo as descobertas científicas na área médica. Destaca-se principalmente, no caso específico da crença espírita consolidada na existência em espíritos, como ocorre a legitimação entre aqueles que não conjugam da mesma crença, que estamos sugerindo o espaço híbrido como um espaço mercantil (simbólico) dessas trocas objetivando as ações terapêuticas. Nesse lugar de troca de bens, sejam provenientes das concepções de mundo espíritas, espiritualistas e materialistas, pode-se assegurar que todos participam de algum modo de estilos de crença na espiritualidade, presentes ou não como agência religiosa atuantes no interior do hospital estudado.

Há um trabalho anterior de domesticação a ser revisto (BOURDIEU, 1997, p.169). Para que a alquimia (a troca simbólica) funcione é necessário verificar como é sustentada a estrutura social, isto é, as estruturas mentais e disposições produzidas por essa estrutura social. BOURDIEU (1997, p.161) argumenta sobre a existência de verdades duplas, a partir da dualidade no agente, dada a automistificação apoiada pela automistificação coletiva, inscrita em estruturas objetivas e estruturas mentais nos indivíduos. Assim, o agente, desde a infância, incorpora a troca de dádivas instituída nas disposições e crenças adquiridas. Esta é a primeira lei das trocas simbólicas.

Aplicando a primeira lei das trocas simbólicas ao resultado da presente investigação, tem-se, então: 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. Tanto médicos espíritas quanto médiuns têm por base a socialização mental da ação caritativa.

Nas reuniões mediúnicas praticadas no hospital, outras finalidades concorrem para o trabalho de socialização: o de estabelecer as regras do jogo híbrido, ou seja, estatuir

uma ordem religiosa nas relações com o campo da saúde, que, por seu turno, contém estruturas objetivas e estruturas mentais dos profissionais da saúde que nem sempre acolhem e nem se comprometem com as concepções de mundo espíritas, mesmo conhecida a possibilidade de agentes e práticas médicas alternativas espiritualistas, não necessariamente de fundo reencarnacionista.

Nesse sentido, tem-se que admitir a realidade de um mercado de ações simbólicas, onde se promovem recompensas ou lucros simbólicos, todos convertíveis em lucros materiais, junto às trocas de bens espirituais. Diante os interesses pelo desinteresse das ações caritativas, estruturadas nos serviços de assistência espiritual espírita na instituição, cuja base é a crença na reencarnação de espíritos e na possibilidade de comunicação com eles, é aplicável a segunda lei das trocas simbólicas, formulada por Pierre Bourdieu: o tabu da explicitação (BOURDIEU, 1997, p.162). Explicitar a verdade reencarnacionista é anular a empresa caritativa híbrida de troca simbólica de bens espirituais.

Nesse jogo de mercado simbólico, refere-se primeiramente à ação filantrópica. Por exemplo, na troca voluntária não seria a melhor opção administrativa declarar o preço do valor trabalhado como fez a agente religiosa ao calcular as vantagens benemerentes pelo custo-benefício (relação do trabalho voluntário pelo tempo gasto no trabalho assalariado). Mesmo assim, isso não reincidiria o pacto amistoso da ação voluntária. No entanto, se houvesse de declarar abertamente a benemerência de tipo espiritualista na base da empresa religiosa de assistência espírita para os funcionários pajens - estando em jogo admitir a tese reencarnacionista da existência de espíritos, na verdade do exercício da mediunidade e dos serviços espirituais daí decorrentes – não há espaço para o exercício caritativo, exigência da terapêutica espírita. A água fluidificada funciona como um medicamento espiritual cuja validade está na ação caritativa que na verdade trata-se de uma estratégia de conversão dos agentes às verdades espíritas.

É evidente que nesse jogo simbólico conta-se com um instrumento primordial, a cientificidade na relação caritativa: explicitar o preço dessas ações seria expor o preço dos bens simbólicos produzidos de modo híbrido no espaço religioso. Tudo deve estar implícito entre os agentes, como deixa-se implícito o agente de saúde híbrido (médico) no caso Silva.

Transformado em bem simbólico, o próprio caso Silva funciona como meio para atingir os fins filantrópicos e caritativos no espaço de trabalho, mas também, e principalmente, movimenta o processo social de estruturação de um mercado de ações simbólicas dentro do espaço hospitalar, onde somente atuam os profissionais da saúde. O que se quer provar é que esse mercado está estruturado junto às ações de saúde sustentadas pela crença mais generalizada, o da crença na espiritualidade, não necessariamente na existência de espíritos.

Defrontando-se com a questão espiritual todos agem implicitamente e tudo ocorre como se essa questão não existisse. A realidade primeira existente na instituição está posta pelos resultados do trabalho da equipe médica hospitalar, pelo cuidado de base das pajens junto aos internos, pelo cuidado espiritual dos religiosos junto aos pacientes e funcionários e pela administração eficaz desse complexo asilar-hospitalar. A realidade segunda existente na instituição simbólica está posta no silêncio dos indivíduos e dos grupos em conflitos que não se expõe. Todos fecham os olhos para a questão da comprovação da existência do espírito, que é o principal bem simbólico a ser trocado entre todos. Todos sabem que trabalham numa empresa filantrópica e de fé religiosa espírita e que o núcleo dessa empresa é a prova da existência do espírito. Mas será com o caso de cura espiritual do interno Silva que os olhos mais se cerram. Há um divisor de águas nas opiniões entre aqueles que adotam a possibilidade de cura espiritual, como se descreveu na ressurreição de Silva e há os que não compram essa idéia, e silenciam de modo reverso, pelo tabu da explicitação profissional.

Como se sabe da teoria da ação de Bourdieu, pela noção de *habitus*, não é a intenção que comanda as ações, mas as disposições adquiridas pelos agentes. Tais disposições nos agentes religiosos espíritas estão fundamentadas nas convicções da existência do espírito. Quando interagem com outros indivíduos e grupos de indivíduos que portam culturalmente outras crenças religiosas, ou quando em interação com os agentes da saúde, pode ocorrer interações em função de uma crença comum: estão fundadas na crença da existência de uma força espiritual. No caso extremo, admitir o caso de cura realizada pelo espiritismo dentro da instituição médica é admitir por completo todas as proposições espíritas, numa palavra, é converter-se à religião. O alvo principal são os profissionais da saúde não espíritas mas que têm convicções e crenças espiritualistas. Ou melhor dizendo, a

esses profissionais da saúde, que admitem a existência de espírito por outras razões mas nada sabem sobre eles muito menos admitem a comunicação espiritual pela mediunidade, são os indivíduos mais visados que portam potencialmente a possibilidade de troca simbólica no campo religioso.

Ao lado do prestígio social de que goza a empresa espírita na figura dos agentes híbridos, especialmente voltada aos cuidados de portadores de doenças crônicas como a deficiência múltipla, o profissional da saúde assalariado contratado pela instituição - em face dos resultados positivos reformulados pelo processo de reforma hospitalar de que participa -, hesita no silêncio de suas tarefas ao se confrontar com as certezas do campo religioso, que para o espiritismo luta contra o *habitus* dos dominados, aderindo à política anti-preconceituosa de contratação de funcionários (profissionais da saúde) sem restrição religiosa.

Destacou-se a relatividade da rejeição ou da aderência dos agentes em função dos atos simbólicos de conhecimento e reconhecimento da assistência espiritual aos residentes internos. Quanto à água fluidificada, as pajens de convicções evangélicas não aceitaram a troca simbólica de que se tratava de um medicamento e rejeitaram a tarefa, primeiramente evitando a crença na existência de espíritos. No segundo momento, o ato simbólico negociado no espaço religioso, vem em referência ao profissionalismo, sempre na forma de ameaças àqueles que não possuem qualificação na área da saúde. Trata-se mais de apelo ao *habitus* dos dominados, de que o espiritismo participa ou participou mais intensamente no passado da religião na cultura capitalista, a de ser identificado por atividades criminosas de charlatanismo, curandeirismo ou exercício ilegal de medicina, todos artigos penais instaurados no Código Penal brasileiro e que não se confundem com as atividades caritativas voltadas aos cuidados da saúde de pessoas portadoras de deficiências múltiplas.

Para os evangélicos, igualmente atuantes no campo religioso, a água não é santificada, pois provindo do espiritismo, que tem no bojo de sua crença a comunicabilidade com espíritos de mortos, identifica-se por uma atividade diabólica. Aceitar a rotina da água fluidificada aos residentes é aceitar a ordem do mal e aceitar essa incumbência é aceitar o mal materializado, o lado diabólico no homem ao lado diabólico

contra a saúde do paciente. A direção espírita acena para o conflito de modo ambíguo. “*Nós só estamos aqui porque devemos muito o nosso emprego aos Internos*”, declara com ambigüidade e eufemismo o dirigente religioso da instituição.

Os eufemismos aqui funcionam como elementos de contorno ao problema constante do campo religioso. Nesses termos, a direção do hospital acena com a possibilidade de resolução administrativa dispensando o funcionário das tarefas contratadas. Mas nem sempre possível, diante a organização trabalhista, a aplicação da punição máxima ao setor da maternagem, menos profissionalizante, poderia designar (nouras administrações hospitalares) como um sentimento de inquietação ante um perigo real de uma ameaça de perda de emprego. Como mostrou-se, os argumentos negociados resultam na subsunção das atividades espirituais em atividades de maternagem (o trabalho é de mãe e não de pajem) condicionada ao controle religioso de um agente híbrido de convicções espíritas.

Fica claro assim a importância pragmática da contratação dos profissionais da saúde espíritas (principalmente de formação da área de atuação da medicina biomédica) como solução aos problemas espirituais. De cunho mais pragmático do que do conhecimento da medicina, o profissional da saúde de convicções espíritas torna-se agente híbrido quando busca a cientificidade da religião com base no paradigma espírita. Mas declarar abertamente esses aspectos do campo híbrido é um tabu que quando praticado anula as características do espaço religioso, que tem na base material o trabalho de conversão das pajens.

Como se observou, as pajens, na maioria de fé evangélica, tendem a compreender a situação de modo adverso. O campo de lutas simbólicas pela escolha de crenças e teorias no espaço da saúde tem no bojo o processo de legitimação das terapêuticas espíritas. As bases materiais da produção de bens espirituais estão dadas, no processo de produção, pela presença da religiosidade dessas profissionais da saúde, que funcionam como elemento de conversão religiosa. Nessas condições sociais estabelecidas é que se estabelecem as condições sociais para realização do projeto espírita de assistência espiritual, estruturado legitimamente mais em função da proposta religiosa do que de superação dos problemas da área da saúde.

Outra vez Pierre Bourdieu nos orienta sobre a troca simbólica (BOURDIEU, 1997, p.176). Quais são as categorias de percepção que fazem legitimar a estrutura social e os agentes híbridos? Entende-se que as categorias de percepção em jogo na instituição estudada são aquelas derivadas da categoria central que designa a espiritualidade: o espírito para os espíritas ou o espiritual para os demais indivíduos. Diante os problemas reais que a administração confronta com o campo da saúde, as terapias espirituais, ou a questão espiritual, transformando-se em terapêutica científica, ganha-se força e crédito. A força simbólica corre para legitimar esse estado da questão, identificado entre os agentes conforme os graus de cumplicidades assumidos, seja por parte de médicos não-espíritas, seja por parte das pajens.

Se algumas das pajens e profissionais da saúde espíritas participam do curso de evangelização e se outros resistem a comprometer-se com essa agenda é porque estão dadas, nas condições do campo simbólico, as disposições sociais entre os agentes e a estrutura instaurada de um mercado de bens de salvação: compram-se, vendem-se ou trocam-se as crenças espíritas no jogo da espiritualidade. Há um trabalho de domesticação espírita, necessário para transfigurar a verdade objetiva dos bens de salvação em uma relação social legítima, encorajada e recompensada materialmente, para que alquimia simbólica funcione: a montagem da estrutura de ações terapêuticas em torno da categoria espiritual pode ser encarada como tática filantrópica (doações) ou pode ser relativizada como terapia complementar ao tratamento biomédico.

Para Pierre Bourdieu, é nesse momento que se caracteriza uma violência simbólica (BOURDIEU, 1997, p.170), cujo efeito leva ao reconhecimento pelas relações de dominação e de submissão transformadas em relações afetivas. Ao convidar os profissionais de saúde exclusivamente espíritas para o trabalho profissional no espaço médico e religioso há uma promoção das ações híbridas, que faz avançar a relação com o trabalho das pajens, as profissionais mais indicadas para o cargo de maternagem. Será necessária uma violência simbólica para implementação do espaço híbrido. O alvo para a incumbência dos serviços híbridos está a cargo de se levar a efeito pela transformação da pajem em mãe, uma atividade carinhosa que, fora do contrato de trabalho, pode ser identificada com a família do interno residente, uma atividade familiar.

O encantamento afetivo proporcionado por essa atividade familiar é o mais adequado e suscita o jogo de forças impulsionado pelo agente da saúde híbrido, que na empresa religiosa e de saúde estrutura o espaço hospitalar. O controle social sobre os grupos em conflitos de capital simbólico e cultural é amenizado pelo mercado de bens de salvação. É nesses termos que o capital simbólico espírita (eufemismo de transfiguração e de conformação) concentra na figura do médico a cientificidade da religião, agente religioso híbrido por excelência. Diante a posição social de poder de produção e distribuição dos produtos médicos biomédicos e produtos médico-espíritas, garante assim a manutenção da própria estrutura híbrida dentro da instituição.

Voltados aos serviços terapêuticos no restabelecimento das doenças crônicas-degenerativas, situação clínica extrema de cuidados mas não de cura total do corpo já dado como danificado, os cuidados à clientela especial de pessoas portadoras dessas enfermidades interessa mais aplicar a arte terapêutica médica do que a arte curativa. Como agente híbrido, ora funcionando como médico ora como espírita, o médico espírita constrói uma rede de agências favorecendo o trabalho de domesticação, para que os demais profissionais de saúde espíritas adotem em projetos práticos. Assim, o que está em jogo é a forma complementar, que aqui funciona inclusive como bem simbólico. Será dentro do projeto científico de concretização da prática terapêutica espiritual no espaço hospitalar que identificará os serviços espirituais como bem simbólico a ser trocado no espaço médico. A base dos serviços médicos, praticados pela equipe profissional composta por um grupo de médicos e de profissionais de saúde de formação biomédica e alopática, trocam e aceitam os serviços espirituais identificados a serviços complementares aos serviços de saúde alopáticos e biomédicos.

A situação mais evidente de troca simbólica no hospital estudado está dada, como se viu no capítulo V a descrição do caso de cura do interno Silva. Trata-se de uma situação que subscreve a atividade híbrida do médico espírita no espaço médico. A comunicação do espírito do paciente é correspondente à realidade da enfermidade: aceitar a cura espiritual como um fato é aceitar o dilema entre as atividades médicas e religiosas. Nessa situação de escolhas de valores à vista favorece o agente religioso híbrido a somar capital simbólico, que passa a aumentar e ganhar legitimidade desde a montagem (virtual)

disponível nos prontuários eletrônicos da instituição para a equipe médica utilizar como alternativa ao tratamento convencional através da denominação de terapia complementar (energização, fluidificação da água, mensagens abertas via auto-falante, mas não ainda desobsessão e cirurgias espirituais).

Nesse processo social de reconhecimentos o produto mais comercializado, com maior potencial simbólico dentro do espaço médico, está dado pelo caso Silva. Os serviços espirituais espíritas oferecidos como serviços complementares espirituais, nesse contexto, passam a ser decisivos para a fundação de um espaço físico, construído em função da estruturação de tratamentos espirituais e para efetivação do processo de legitimidade, simbolicamente estruturada sob a aliança das duas categorias de percepção: a dimensão espiritual na prática médica e a dimensão espírita da terapêutica espiritual.

A teoria da violência simbólica de Bourdieu ajuda a compreender a teoria do processo de produção das crenças no espaço religioso do hospital e a eficácia simbólica que obedece à referência do trabalho de domesticação. Participa do trabalho de socialização a produção de agentes dotados de esquemas de percepção e de avaliação, como vem-se apontando as injunções inscritas em situações peculiares (o exemplo da água fluidificada das pagens e do caso de cura de Silva). A circulação desse capital simbólico supõe a existência de disposições sociais no *habitus* dos agentes sociais, constituídos de modo que conheçam e reconheçam o proposto e percebam que possam render-lhes lucros materiais.

Os agentes, como se vem demonstrando, são profissionais da saúde que se tornam agentes da saúde quando ideologicamente lutam na área médica. Tornam-se, por outro lado, agentes híbridos quando, por exemplo, os pajens e profissionais de saúde convertem-se ao espiritismo, orientados pelos cursos de doutrinação. No entanto, tornam-se agentes religiosos quando ideologicamente na grande família lutam na área de atuação exclusivamente religiosa. De todos os lado, há obediência, submissão e consciência religiosa.

As forças de coesão, vinculadas ao fato da reprodução do capital, estão ligadas às diferentes formas de reprodução dessa unidade familiar, se assim poder-se-ia dizer considerando a instituição asilar. O hospital, embora tenha passado de um sistema asilar

para um sistema médico, mantém um ambiente familiar junto aos internos residentes. Entende-se que não interessa a transformação das pajens em profissionais da saúde qualificados. Esse não é um objetivo do setor de Qualidade (setor que mede a qualidade dos serviços prestados), mas é um recurso estratégico da agência religiosa atuante no espaço híbrido, que usa pragmaticamente para comercializar os produtos espirituais no espaço médico para estender-se à comercialização na organização asilar. Por outro lado, do ponto de vista do campo religioso, não interessa perder o ambiente familiar promovido pela desqualificação das pajens, cujo interesse não é exclusivamente uma questão de preço salarial, mas de interesse simbólico.

Essa instituição hospitalar, como se vem descrevendo suas características híbridas, é lugar de acumulação, conservação e reprodução de diferentes tipos de capital. Essa organização asilar ou hospitalar, principalmente para o espiritismo, é um local de atuação religiosa que pode ser tomado como local que mantém o trabalho de reprodução social estimulado pelo tipo de empresa religiosa filantrópica, relacionada à empresa médica voltada a atividades de saúde. A oferta filantrópica dá-se pela ação voluntária. A questão das doenças crônico-degenerativas parece ser um ônus que o Estado reparte oportunamente com essa empresa religiosa. A oferta de serviço profissional é cuidar de um grupo de portadores de deficiências múltiplas, embora inclua a tarefa religiosa (água fluidificada e preces, por exemplo) dentro de um recurso terapêutico complementar, bem arranjado como serviço ligado à espiritualidade do cliente. Nesse caso, há um limite permissível, tolerável, que, como se vê, está impresso nas categorias de percepção do aspecto espiritual das terapêuticas alternativas e complementares. A religião espírita, nesse sentido, ao mesmo tempo converte os adeptos e reforça a construção da realidade com a idéia de saúde, mantendo-se em função com o Estado enquanto instituição filantrópica. Ainda nesse sentido trata-se de uma empresa religiosa que mantém com o Estado relações de filantropia e que influi nas relações com a corporação médica.

O que se vem destacando é a existência de uma economia de bens simbólicos espirituais em torno dos seguintes produtos em circulação: o exercício mediúnico para a doutrinação espírita e para a conversão dos não crentes no espiritismo; o aspecto científico da doutrina espírita; a comprovação da eficácia das terapêuticas espíritas; o uso de

funcionamento complementar e integrado da terapêutica espírita com a terapêutica médica; a cura de doenças perispirituais; o caso de cura do interno Silva. São esses os bens simbólicos que circulam no hospital em busca de legitimidade. O espiritismo luta por reconhecimento das terapias espíritas através do reconhecimento oficial pela corporação médica.

Não sendo considerado ilegal, por desfrutar legitimamente de um prestígio social inigualável, a empresa espírita administra as doações, os trabalhos voluntários, as transações benemerentes como aspectos de uma empresa religiosa que luta por independência das relações com o Estado, embora essa condição de dependência seja uma característica importante para a manutenção da sua própria estrutura simbólica.

A economia dos bens simbólicos, fundamentada no espaço hospitalar está apoiada também no recalque ou na censura do interesse econômico, que se apoia, por sua vez, no tabu de explicitação desse tipo de empresa religiosa filantrópica. Nenhum profissional da saúde (incluindo-se as pajens) está contratado para fazer funcionar os serviços espirituais no hospital. Faz sentido a perpetuação organização institucional por mais de 50 anos e o êxito da empresa filantrópica do espiritismo junto às instituições hospitalares de saúde no país. A categoria espiritual é a categoria de percepção e de avaliação que mantém as relações de forças de dupla face, entre espíritas e profissionais de saúde, mas também é a categoria simbólica que legitima a terapêutica espírita, que faz funcionar de maneira duradoura no espaço médico um campo híbrido.

De fato, poder-se-ia entender a existência dessas instituições hospitalares administrados por praticantes do espiritismo no contexto das disposições sociais mais ampla na sociedade, que incorpora as estruturas de um mercado de bens simbólicos no campo religioso. Mas, certamente, em interação com o campo da saúde, outras razões práticas da religião estudada colocam-se à vista. A violência simbólica se apoia na consonância entre as estruturas constitutivas do *habitus* letrado dos dominados (das pajens principalmente) e a estrutura da relação de dominação à qual eles se aplicam. Nesse último caso, o desafio está em relação à corporação médica, na busca de reconhecimento da legalidade da terapêutica espírita, enquanto uma entre outras formas de tratamentos complementares.

Como se viu no capítulo III, o modelo terapêutico espírita desde Allan Kardec tem por base a existência do espírito, enquanto o modelo biomédico toma por parâmetro o corpo, cujas doenças limitam-se a curá-las, restabelecendo a saúde do mecanismo corporal. Também vimos como os médicos espíritas reproduzem o modelo espírita de doença e propõem, pelas reivindicações do modelo de André Luiz, um modo de diagnosticar e tratar as doenças perispirituais, não como medicina alternativa como desejariam alguns médicos espíritas. Apresentando-se a glândula pineal como fonte da espiritualidade, detalhe anatômico desprezado pela medicina alopática e biomédica, seria preferível interpretar essa crença como um ponto de encontro simbólico da cientificidade do espiritismo e do projeto de assistência espiritual da religião, mas não propriamente como base de uma suposta medicina espírita.

É nesse contexto que discutiu-se criticamente os resultados dessa investigação sobre o espiritismo científico, referendado no exercício terapêutico no espaço médico e hospitalar estudado. É no contexto da cientificidade do espiritismo que se sobressaíram as pesquisas de médicos espíritas, cuja busca de legitimação diz respeito à atuação mais no campo religioso do que no campo médico. É ainda nesse sentido que a suposta ciência espírita funciona como mais um bem simbólico num campo de lutas entre escolhas de valores, teorias e crenças religiosas. Tentou-se esclarecer como funciona esse campo simbólico.

Explicita-se ainda, a seguir, mais detalhadamente nesse jogo o produto simbólico denominado ciência espírita. Interpretada como uma religião que tem explicitamente a crença consolidada na existência dos espíritos e não se pretendendo dar comprovação dessa crença básica, a ciência espírita verifica no exercício da mediunidade a prova da eficácia terapêutica de tipo espiritual. No entanto, a racionalidade da terapêutica espírita não se situa no campo da saúde, mas interage com esse quando produz agentes híbridos, cujas características mais estariam apropriadas às ações e atividades de um sacerdócio. Voltado para a formação de um corpo de sacerdotes, quando têm por intenção a racionalização da religião, um dos trabalhos da exegese espírita está em comprovar o paradigma espírita de André Luiz, como visto, comprovar que a glândula pineal, base de atuação do perispírito, pode ser conhecida cientificamente e a partir dessa descoberta pode-se obter enfim

conhecimentos de uma ciência espírita que aplicados aos conhecimentos médicos, forma-se, então, a base da suposta medicina espírita.

O mecanismo funciona assim. Viu-se que o espiritual para os espíritas é adotado em função da saúde mental do médium e da possibilidade de conversão religiosa através do exercício caritativo que pratica em relação aos demais clientes-pacientes. Quando atuam os médiuns no espaço hospitalar transformam-se simbolicamente em agentes híbridos ao efetivarem a prática mediúnica caritativamente em conjunto com profissionais da saúde, confrontando-os. Comprovou-se isso pela atuação do agente de saúde híbrido (médico) quando se relacionou com o médico espiritual no espaço religioso localizado dentro da organização asilar-hospitalar. Numa relação cordial e honrosa, o médico espiritual teve o papel simbólico de um agente da saúde, promotor da saúde mental dos espíritos em tratamento. Quando o médico espiritual diagnostica e prescreve medicamentos espirituais (água fluidificada, passes magnéticos e cirurgias perispirituais) atua como um agente produtor da medicina espiritual de modo complementar, trabalhando junto com o agente da saúde híbrido (médico), produzindo e reproduzindo a crença no produto terapêutico espírita para ser trocada legitimamente no espaço médico.

Não havendo condições materiais para a espiritualidade espírita atuar enquanto prática médica autônoma - o que faz diferentemente o profissional médico espírita como agente híbrido -, passa a ser desejo dos agentes religiosos, quando querem obter reconhecimento junto ao agente da saúde não espírita, recorrer à atualidade da medicina biomédica, que no espaço religioso encontra-se condicionado pela presença dos profissionais da saúde.

Sugere-se, nesse contexto, que a produção intelectual dos médicos espíritas insere-se numa lógica do campo religioso e não do campo científico da medicina. A ciência espírita é um produto que serve como mercadoria que legitima os bens de salvação no espiritismo. Os profissionais da saúde espíritas estruturam um opção de estilo de vida aos adeptos da religião, baseada na busca incessante de reconhecimento e legitimações de bens religiosos de salvação. Como pôde-se confirmar, o caso de cura do interno Silva exemplifica o modelo de mercadoria simbólica que, lançada no mercado de assistência espiritual, pode render o máximo de lucros simbólicos: a conversão total do leigo. Ao

aceitar-se o meio de salvação de doenças espirituais – lembra-se que a cura espiritual do espiritismo coincide com a cura do corpo de pacientes geneticamente incuráveis nessas circunstâncias de indivíduos que portam deficiências múltiplas -, aceita-se todos os demais bens simbólicos em circulação, produzidos no espaço religioso do hospital e validados com valor de verdade no espaço médico. Por exemplo, aceitar a cura de pessoas que portam doenças incuráveis é aceitar legitimamente a cientificidade do espiritismo, que se centra em provar a existência do espírito de maneira pretensamente positiva, demonstrando a existência de um sistema terapêutico com base na existência do perispírito defeituoso e demonstrando a existência da mediunidade como característica religiosa autônoma, livre de qualquer diagnóstico psiquiátrico. Para tanto, os agentes híbridos (médicos-religiosos) são os quem fazem as intermediações com os agentes da saúde e a prática médica, dissimulando, no aspecto espiritual, a religiosidade e prática religiosa dos agentes que convivem no espaço hospitalar.

Trata-se de uma estratégia para promover o desenvolvimento da empresa religiosa, que se sistematiza no assentimento da reencarnação, da sobrevivência do perispírito, da possibilidade de comunicação mediúnica, da prova científica das doenças e tratamento perispirituais. Nesses termos, os agentes religiosos espíritas participam do campo da saúde quando disputam os serviços espirituais como bens de salvação.

Em respeito aos agentes da saúde, que abertamente declaram-se espíritas no interior da instituição estudada: inclusive eles participam de um corpo de sacerdotes, cuja característica principal é de especialistas religiosos socialmente reconhecidos como detentores exclusivos da competência específica necessária à produção e reprodução de um *corpus* de conhecimento, cuja desapropriação objetiva dos excluídos (os leigos ou profanos) são dessa forma destituídos do capital religioso (médico e espírita), de modo reconhecida e legitimamente. Tal desapropriação se dá pelo fato mesmo de desconhecerem esse processo enquanto tal. Já do ponto de vista externo à instituição, o médico agente da saúde espírita é um sacerdote que luta por reconhecimento do aspecto espiritual junto à corporação médica, hegemônica na área da saúde.

Nas relações com a medicina, o espiritismo busca reconhecimentos legais das práticas terapêuticas para lhes garantir, ao mesmo tempo, a perpetuação de sua estrutura

cientificista que a religião, no seu interior, têm como fundamento, que mais servem de estratégia da religião para competitividade no campo religioso. É dessa maneira que se procura distinguir, de modo legítimo, das demais práticas de cura associadas a benzedores, rezadores e outros agentes de cura na sociedade (curandeiros ou charlatães). Consequentemente, diferencia-se dos sistemas terapêuticos de outras religiões, garantindo igualmente a concorrência simbólica no mercado de bens de salvação no interior do campo religioso.

Referências Bibliográficas

Referência Bibliográfica

- AUBRÉE, M. e LAPLANTINE, F. **La table, le livre et les sprits**. Paris: J.C.Lattès, 1990.
- BARBOSA, P. R. (coord.) et al.. **Hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro: BNDS, 2002.
- BARROS, N. F. "A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar" in Ana Maria Canesqui (org.). **Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico**. São Paulo, Hucitec-Fapesp, 2000, p.201-216.
- BASTIDE, R. **A Sociologia das Doenças Mentais**. São Paulo: Editora Nacional, 1967.
- BASTIDE, R. **As Religiões Africanas no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1971 (1960).
- BASTIDE, R. **Le Rêve, la Transe et Folie**. Paris: Flammarion, 1972.
- BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- BIRMAN, P. **O que é Umbanda**, São Paulo, Brasiliense, 1983.
- BOURDIEU, P. "Esboço de uma teoria da prática" in ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983 a [1976], pp.46-82.
- BOURDIEU, P. "O campo científico". In ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983b [1976], pp.122-155 (Col. "Grandes Cientistas Sociais", vol. 39).
- BOURDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**, São Paulo, Perspectiva, 1974.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983c.
- BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1997.
- BRANDÃO, C. R. "Crença e identidade: campo religioso e mudança cultural". **Trabalhos em Antropologia**, n.3 (maio). Campinas: DCS-Unicamp, 1988.
- CAMARGO, C. P. F. de. **Kardecismo e Umbanda: uma interpretação sociológica**. São Paulo: Pioneira, 1961.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.
- CAPRA, F. "O modelo biomédico" in **O ponto de mutação**. São Paulo, Cultrix, 1988.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- CAVALCANTI, M. L. V. de C. **O Mundo Invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no Espiritismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- CONCONE, M. H. V. B. "Terapias alternativas: as visões possíveis" in **Comunicações do ISER**, ano 5, no.20, 1986.
- COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4ª edição revisada e ampliada, Rio de Janeiro, Xenon Ed., 1989.
- CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo – Juquery, história de um asilo**. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1986.
- DANTAS, B. G. "Repensando a pureza nagô". in **Religião e Sociedade**, no. 8, 1982.
- DANTAS, B. G. **Vovô Nagô e Papai Branco: usos e abusos da África no Brasil**. Dissertação de mestrado, Unicamp, 1983.
- FRY, P. "Prefácio". In: Dantas Beatriz Góis. **Vovô nagô e papai branco: usos e abusos da África no Brasil**, 1983, p.15.

- GIORDANO JR.,S. **A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de Saúde Mental no estado de São Paulo**, Tese (doutorado), Faculdade de Medicina da Usp, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 1989;
- GIUMBELLI, E. “Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais”. in **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 1997b, v.40 no. 2.
- GIUMBELLI, E. **Em Nome da Caridade: assistência social e religião nas Instituições Espíritas**. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos da Religião (ISER), 1995.
- GIUMBELLI, E. **O Cuidado dos Mortos: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.
- GONÇALVES DA SILVA, V. **Orixás da Metrópole**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- GUEDES, J. da S.; Barata, L.R.B.; Corrêa, M.C.M.M.^a **Os Hospitais Filantrópicos e Beneficentes e sua Inserção nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde-SUDS no Brasil**. Brasília, OPS, 1988.
- HESS, D. “O espiritismo e as ciências” in **Religião e Sociedade**, 14/3, 1987.
- HESS, D. J. “Disobsessing Disobsession: Religion, Ritual, and the Social Sciences in Brazil” in **Cultural Anthropology**, vol 4, n. 2 (May, 1989), 182-193.
- HESS, D. J. **Spirits and scientists: ideology, spiritism, and Brazilian culture**. Pennsylvania State University Press, 1991.
- LACEY, H. **Valores e atividade científica**. São Paulo, Discurso Editorial, 1998.
- LANDIM, L. **Para Além do Mercado e do Estado? filantropia e cidadania no Brasil**. Rio de Janeiro, Instituto de Estudos da Religião (ISER), 1993.
- LEWGOY, B. **Os Espíritas e as Letras: um estudo antropológico sobre a cultura escrita e a oralidade no espiritismo kardecista**. Tese de doutorado, PPGS-FFLCH-USP, 2000.
- LOYOLA, M. A. **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.
- LUZ, M. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX**. México. Comunicação ao IV Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais Medicina, 1997.
- LUZ, M. T. “Natureza e razão no tempo e no espaço mecânicos” in **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**, São Paulo, 1988.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAGGIE, Y. “O medo do feitiço – verdades e mentiras sobre a repressão às religiões mediúnicas” in **Religião e Sociedade**, 13/1, 1986.
- MAGGIE, Y. **Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.
- MESTRINGER, M. L. **E Estado entre a Filantropia e a Assistência Social**. São Paulo, Cortez, 2001.
- MICELI, S. “A força do sentido” in BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. 3^a ed. São Paulo: Perspectiva, 1992 [1974], pp. I-LXI.
- MICELI, S. “Um intelectual do sentido” in **Folha de S. Paulo**, 07/ fev./ 1999, cad. Mais!, p. 05-06.
- MONTERO, P. **Da doença à Desordem: a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

- MORÃO DIAS, I. **Sob o signo da exclusão. A história da Psiquiatria no Estado de São Paulo.** Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina da Usp, Departamento de Medicina Preventiva, 1985;
- NEGRÃO, L. N. “Magia e religião na Umbanda” in **Revista USP**, São Paulo (31) : 76-89, setembro/novembro 1996 a.
- NEGRÃO, L. N. **Entre a Cruz e a Encruzilhada: formação do campo umbandista em São Paulo**, São Paulo, Edusp, 1996 b.
- NEVES, D. P. e Seiblitiz, Z. “Saúde e doença: merecimento e castigo” in **Médico Moderno**, vol.3, no.7, agosto 1984.
- NEVES, D. P. **As “Curas Milagrosas” e a Idealização da Ordem Social.** Niterói, UFF, 1984.
- ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **Alienação mental e raça: A psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues.** Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- ORTIZ, R. “A procura de uma sociologia da prática” in ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia.** São Paulo: Ática, 1983, pp. 07-36 (Col. "Grandes Cientistas Sociais", vol. 39).
- ORTIZ, R. **A Morte Branca do Feitiçeiro Negro: umbanda, integração de uma religião numa sociedade de classes.** Petrópolis: Vozes, 1978.
- PESSOTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo, Edições 34, 1996.
- PRANDI, R. **Os Candomblés de São Paulo.** São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991.
- RIZZI, N. D. **Visões do Transe Religioso.** Dissertação de mestrado, PPGS-FFLCH-USP, 1995.
- RODRIGUES, N.
- SANTOS, A. P. **Geografia do (In)Visível: o espaço do kardecismo em São Paulo.** Dissertação de mestrado, FFLCH-GEO-USP, 1999.
- SEIBLITZ, Z. M. de L. **Dentro de um Ponto Riscado: estudo de um centro espírita na zona norte do Rio de Janeiro.** Dissertação de mestrado, PPGAS-UFRJ, 1979.
- STOLL, S. J. **Entre Dois Mundos: o Espiritismo da França e no Brasil.** Tese de doutorado, PPGAS-FFLCH-USP, 1999.
- URQUIZA, L. M. de F. P. **Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no estado de São Paulo.** Dissertação no programa de Saúde Mental, FCM/Unicamp, Campinas, 1991.
- VELASCO, H. e RODA, Á. D. de. **La Logica de la Investigación Etnografica: un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela.** Madrid, Editorial Trotta, 1997.
- VELHO, Y. M. A. **Guerra de Orixá: um estudo de ritual e conflito.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- WARREN JR., D. “A terapia espírita no Rio de Janeiro por volta de 1900”, **Religião e Sociedade**, 11/3, 1984.

Bibliografia espírita consultada

- ANDRÉA, Jorge. **Visão espírita nas distonias mentais**, Federação Espírita Brasileira Editora, Brasília, 1992.
- BOLETIM DA ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DE SÃO PAULO, **Associação Médico Espírita de São Paulo (Amesp)**, São Paulo, vol. 3, n.3, dez. 1985.
- D'OLIVIO, N. **Os Lírios que Perfumam a Nossa Vida**. São Paulo: Mundo Maior Editora, 1999.
- FACURE, Núbor O. “Repercussões dos paradigmas espíritas numa clínica de neurologia”. In: **Boletim Médico Espírita**, no.10, 1996.
- FACURE, N. O. **Muito Além dos Neurônios: conferências e entrevistas sobre a Mente e o Espírito**. 2ª edição, São Paulo: Associação Médico Espírita de São Paulo, 1999.
- KARDEC, A. **A Gênese**, Rio de Janeiro, FEB, 1995 (1868).
- KARDEC, A. **O Céu e o Inferno**, Rio de Janeiro, FEB 1994a (1865).
- KARDEC, A. **O Evangelho Segundo o Espiritismo**. Rio de Janeiro: FEB, 1997 (1858).
- KARDEC, A. **O Livro dos Espíritos**. Rio de Janeiro: FEB, 1993 (1857).
- KARDEC, A. **O Livro dos Médiuns**, Rio de Janeiro, FEB, 1994b (1859).
- KARDEC, A. **O que é o Espiritismo**. São Paulo, Lake, 1996.
- MENEZES, A. B. de. **A Loucura sob novo prisma: estudo psíquico-fisiológico**, Federação Espírita Brasileira Editora, Brasília, 1988 (6ª edição), 1939.
- NOBRE, M. R. S. **A obsessão e suas máscaras: um estudo da obra de André Luiz**, São Paulo, Editora Jornalística Fé, 2000 (7ª edição), 1997.
- NOBRE, M. R. S. “As enfermidades e suas relações com o comportamento humano”. In: **Boletim Médico Espírita**, vol.4, no.4, 1986.
- SANTOS, J. A. “Limites entre processo obsessivo e doenças mentais”. In: **Boletim Médico Espírita**, no.9, 1993.
- SANTOS, J. A. **Visão Espírita das distonias mentais**. Petrópolis: Sociedade espírita espiritualista F.V.Lorenz, 1990.
- XAVIER, F. C. **Mecanismos da Mediunidade**, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1959.
- XAVIER, F. C. **Missionários da Luz**, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1945.
- XAVIER, F. C. **Obreiros da Vida Eterna**, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1946.
- XAVIER, F. C. **Os Mensageiros**, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1944.
- XAVIER, F. C. e Vieira, W. **Evolução em dois mundos**, (ditado pelo espírito André Luiz), Rio de Janeiro, FEB, 1958.

Anexos

Roteiro I – agente religioso

Dados gerais

Sobre a vida religiosa, sobre o ingresso na religião

Sobre as formações na religião

Sobre quando começou a atuar na prática religiosa

Sobre a importância da religião na sua vida

Sobre a atuação do espiritismo dentro do hospital

Quanto à sua religiosidade espírita

Sobre as considerações do espiritismo como uma religião e ciência ao mesmo tempo

Sobre a importância do espiritismo no atendimento dos internos deste hospital

Sobre sua participação em alguma atividade religiosa para os internos

Sobre a importância dessa atividade

Sobre outras religiões atuantes no hospital

Sobre a importância das outras religiões no atendimento à saúde dos internos

Sobre as outras religiões em relação aos deficientes mentais

Em relação aos casos: sobre algum paciente dentro do hospital que se beneficiou do atendimento religioso

Sobre as relações entre as várias religiões: como convivem as diferentes religiões

Sobre a lembrança de algum acontecimento que tenha envolvido duas pessoas de religiões diferentes

Sobre a importância da medicina no cuidado à saúde das pessoas

Sobre a relação entre a religião e a medicina

Sobre a afirmação: "Sem a fé a medicina não cura"

Sobre o que medicina faz e não faz para cuidar dos pacientes deste hospital

Sobre o que poderia ser feito neste hospital para melhorar o atendimento às pessoas

Sobre o que poderia ser feito neste hospital para melhorar o atendimento às pessoas em relação aos tratamentos que eles recebem

Roteiro II – Agente religioso (médium)

Como ingressou na religião?

Quando (como) a mediunidade começou a se manifestar na sua vida?

Como foi a primeira manifestação do espírito na sua casa?

Quando você (como) começou a atuar como médium?

Como foi essa mediunidade?

Você teve alguma formação específica na religião?

Qual a importância da mediunidade em sua vida?

Qual a importância da religião em sua vida?

Considera o espiritismo uma religião e ciência ao mesmo tempo?

E a mediunidade, o que é para o sr (a), ciência, religião?

De que maneira começou a atuar com a mediunidade nesse hospital?

Qual a importância da mediunidade no atendimento dos internos?

O sr(a) vê alguma relação entre medicina e mediunidade?

O que o médico faz em relação aos doentes desse hospital?

E quanto aos tratamentos?

O que o médico-mentor (espírito) faz em relação ao doente desse hospital?

E quanto ao tratamento espiritual que recebem?

Pode dar uma definição da mediunidade usada nesse hospital: descreva a recepção dos espírito-mentor?

E quanto ao recebimento dos internos?

Quanto aos diagnósticos e tratamento, poderia apontar um caso que te chamou atenção pela mediunidade em relação à questão médica?

De que maneira o diagnóstico e terapêutica orientada dos espíritos pode ajudar o interno?

Roteiro III – agente religioso (cargo administrativo)

Dados gerais

Alguns comentários sobre a história do hospital desde sua fundação

Quanto às relações do hospital com as o SUS

Quanto às relações do hospital com outras religiões

Sobre as atuações religiosas no hospital

Sobre a clientela

A questão religiosa da clientela

Como se mantém o hospital

Quais gestões as mudanças mais significativas

Sobre experiências inovadoras no hospital

Sobre as pesquisas no hospital

Sobre a relevância destas pesquisas para o hospital ou para os pacientes

Outras observações a serem feitas sobre o hospital

Sobre o atendimento aos deficientes mentais

Roteiro IV – profissionais da saúde

Dados gerais

Sobre a importância de trabalhar neste hospital

Sobre o atendimento deste hospital aos deficientes mentais

Sobre a importância do atendimento religioso na recuperação dos internos

Informação sobre a atuação deste hospital se faz (ou já fez) o atendimento religioso aos seus internos

Sobre a atenção médica dada aos pacientes deste hospital

Outras observações a serem feitas sobre o hospital em relação aos tratamentos que elas recebem

Descrição da atividade profissional

Sobre as condições de trabalho neste hospital

Sobre a relação com os superiores e comandados

Sobre a relação com os agentes religiosos

Sobre a importância do espiritismo ou de outras religiões no atendimento a saúde dos internos

Sobre a importância da medicina no cuidado à saúde das pessoas

Sobre a relação entre a religião e a medicina

Sobre a afirmação: "sem a fé a medicina não cura"