



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Puttini, Rodolfo Franco

Violência Simbólica no Campo da Saúde: relato de um caso de cura espiritual em um
espaço terapêutico híbrido

Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 4, outubro-diciembre, 2009, pp. 762-775

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263692019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Violência Simbólica no Campo da Saúde: relato de um caso de cura espiritual em um espaço terapêutico híbrido

Symbolic Violence in the Health Field: reporting a case of spiritual cure in a hybrid therapeutic space

Rodolfo Franco Puttini

Doutor em Saúde Coletiva. Cientista Social. Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP).

Endereço: Caixa Postal 549, CEP 18618-970, Botucatu, São Paulo, Brasil.

E-mail: puttini@fmb.unesp.br

Resumo

À luz da teoria social de Pierre Bourdieu, saliento a violência simbólica concebida das relações de forças entre agentes e práticas médicas e religiosas no interior de uma instituição filantrópica voltada à assistência à saúde de portadores de deficiências múltiplas. Do trabalho etnográfico, descrevo detalhes do acordo entre administradores religiosos espíritas e profissionais de saúde durante a implementação de um projeto que incluía especificamente assistência espiritual. Um caso de cura aparece como bem simbólico e sobre ele concorreram duas versões explicativas sobre a abrupta recuperação do paciente assistido durante meses na UTI por caquexia: a versão religiosa, que entendeu a reabilitação como cura espiritual, e a versão médica, que compreendeu o restabelecimento do paciente como resultado das atividades e gerência médica.

Palavras-chave: Religião e medicina; Campo da Saúde; Terapias espirituais; Violência simbólica.

Abstract

In light of Pierre Bourdieu's theory, I highlight the symbolic violence derived from the relations of forces between medical and religious agents and practices inside a philanthropic institution that provides health-care for patients suffering from multiple deficiencies. Concerning the ethnographic work, I describe details of the agreement between spiritualistic religious administrators and health professionals during the development of a project that included spiritualistic assistance. A cure case emerges as a symbolic asset and there were two versions to explain the recovery of the patient, who had been under ICU treatment for a long time: the religious version, which understood the rehabilitation as spiritual cure, and the medical version, which understood it as the result of the medical activities and management.

Keywords: Religion and Medicine; Field of Healthcare; Spiritual Therapies; Symbolic Violence.

Introdução: espaços terapêuticos híbridos

Na história da medicina, é clássica a menção de situar práticas de cura ou terapêuticas não médicas em um contexto pré-científico, configurando-as como eventos do passado e fora do contexto das instituições de saúde. Santos Filho (1977, p. 346-56) e Araújo (1979, p. 185-91) referem-se, respectivamente, aos conceitos de curandeirismo e medicina rústica, identificando por curandeirices as práticas populares exercidas no passado do Império, assim justificando a atualidade da medicina científica.

O tema, relevante para a área das Ciências Sociais e para as Ciências da Saúde, adensa-se criticamente diante desta situação inusitada: como determinar o lugar certo de um conjunto de instituições de saúde *sui generis*, hospitais psiquiátricos em cujo espaço terapêutico se combinam práticas médicas, religiosas e espirituais? De fato, essas instituições, em funcionamento no Brasil ao longo de décadas, configuram-se objeto de estudo pouco explorado no campo da Saúde Coletiva. Nas Ciências Sociais há um consenso em reconhecê-las como empresas benemerentes, prestadoras de serviços de saúde, atores coadjuvantes nas políticas públicas de saúde¹. Entretanto, acentua-se o fato de que o desenvolvimento histórico da ordem médica no Brasil ocorreu em interação com o campo religioso via Poder Judiciário (Schritzmeyer, 2004).

No presente artigo, pretende-se contribuir para a discussão sobre o campo da saúde, refletindo especificamente sobre o papel que o valor religioso desempenha em relação a atividade científica da medicina. Para tanto, apresento os resultados de uma pesquisa etnográfica realizada em uma instituição psiquiátrica administrada por espíritas².

A primeira aproximação com o objeto de estudo ocorreu por meio de visitas a 22 hospitais psiquiátricos de pequeno, médio e grande porte no Estado de São Paulo, todos administrados por grupos religiosos do espiritismo kardecista. Entrevistei dirigentes espíritas, profissionais de saúde e diretores dessas organizações filantrópicas com um pequeno roteiro de perguntas

1 Para uma visão crítica da filantropia no Brasil, tomei por referência os seguintes trabalhos: Guedes, Barata e Corrêa, 1988; Landim (1993); Mestringer (2001); Barbosa e colaboradores (2002).

2 Esta é uma versão modificada de um dos capítulos de minha tese de doutorado (Puttini, 2004). A temática prosseguiu o eixo estruturador de pesquisas anteriores sobre o discurso médico do curandeirismo (Puttini, 1989).

abertas. Constatei que na maioria dos hospitais visitados funcionava um projeto de assistência religiosa, sustentado ora pelos dirigentes espíritas, ora pelo próprio corpo de funcionários da instituição médica psiquiátrica. Sobressaiu a participação de médicos e profissionais de saúde, por detrás, defensores de um valor muito caro à religião: a crença na *medicina científica espírita*. Emergiu o seguinte problema de ordem prática: como caracterizar essas instituições e seus agentes, que se apresentavam eximidos do crime de curandeirismo e/ou charlatanismo, como participantes institucionalizados do sistema público de saúde?³. Com respeito à questão da legalidade, ainda restava esta pergunta sobre o exercício religioso no espaço médico: dentro da racionalidade médica e no atual contexto do SUS (Sistema Único de Saúde), onde situar as *práticas terapêuticas espirituais* aceitas por pacientes e exercidas por médicos e profissionais de saúde adeptos da religião? Decorriam duas justificativas na formulação do projeto de pesquisa: ou reconhecemos nessas instituições atividades pré-científicas e, portanto, passíveis de incriminações do campo jurídico pelo exercício do curandeirismo (Schritzmeyer, 2004), ou as identificamos como organizações sociais inseridas no contexto das redes sociais de atenção básica à saúde, com atividades alternativas ou complementares à prática médica (Luz, 1993; Barros, 2006). Diante do dilema, a seguinte hipótese de trabalho concorreu para o desenvolvimento da pesquisa, possibilitando refletir mais precisamente sobre as relações entre o campo médico e o religioso no Brasil: dado que o conjunto dos hospitais psiquiátricos de administração espírita não pertencia exclusivamente nem ao campo de atuação

religiosa nem ao campo de atuação médica, levantou-se a possibilidade de configuração de um *espaço terapêutico híbrido*⁴.

Nessas circunstâncias, preferi trabalhar apenas com uma instituição de saúde, porque para o desenvolvimento de meu projeto de doutorado encontrei receptividade com os dirigentes que me identificaram como um cientista para esta específica missão religiosa: auxiliar na construção de um departamento de assistência espiritual no interior do espaço hospitalar. O hospital, de grande porte, apresentava-se bastante favorável ao objetivo da pesquisa: identificar o campo religioso em interação com o campo da saúde em um espaço médico atuante desde os anos 1960⁵.

O objetivo do presente artigo é examinar as relações de forças entre os agentes e as práticas médicas e religiosas no interior dessa instituição filantrópica e apresentar as regras do jogo que fundamentaram a construção de um espaço terapêutico híbrido.

Descrição do Campo da Pesquisa

Para dimensionar o local da investigação, faço em seguida uma breve descrição da estrutura hospitalar, dispondo de um panorama que agrega pacientes, agentes de saúde, religiosos e suas respectivas atividades terapêuticas.

Em 1959, os fundadores da instituição religiosa adquiriram um terreno de 70 mil m², onde construíram um complexo hospitalar (35 mil m²) para abrigar pacientes residentes, portadores de deficiência mental. Hoje abrigam cerca de 800 pacientes em duas unidades: Unidade de Longa Permanência e Ambulatório. A

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

4 Chamo atenção para o uso do termo híbrido, que indica mais uma proposição de entendimento no tema processo saúde-doença do que estudo das organizações sociais no contexto específico da área de planejamento em saúde. Por exemplo, sistemas híbridos é um termo usado para identificar arranjos do setor saúde do ponto de vista econômico, em que combinam a concentração de serviços com a dispersão de outros, diante da dinâmica de construção das redes de atenção à saúde (Silva e Mendes, 2004). Certamente os hospitais psiquiátricos de administração filantrópica espírita interessam enquanto instituições sociais aos sistemas híbridos de gestão para o arranjo político-administrativo da Secretaria de Estado da Saúde, porém sua ideologia insere-se tanto no campo religioso como no campo da saúde, também para divulgação de valores religiosos e cientificistas.

5 O objetivo principal do projeto de doutorado foi identificar e analisar as características e a emergência das instituições hospitalares espíritas, em cujo espaço combina práticas terapêuticas médicas e religiosas da crença do espiritismo. O objetivo específico foi identificar e analisar os agentes que se valem de terapêuticas simultaneamente médicas e religiosas.

Unidade de Longa Permanência, estruturada em vários departamentos, permite dar assistência à saúde a aproximadamente 650 pacientes, atendidos em regime de internato, sendo 80% portadores de deficiências múltiplas com total cuidado às necessidades básicas. Destaco algumas das características da população local: 56% masculina, 87% procedentes de São Paulo, 84% centrados na faixa etária entre 21 e 45 anos, 47% acamados completamente ou utilitários de cadeiras de roda e, finalmente, quanto ao grau de severidade das deficiências, 7 pacientes normais de inteligência, 10 com deficiência mental leve, 58 com deficiência mental moderada, 294 com deficiência mental profunda e 303 pacientes com 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 pelo SUS.

A instituição contempla um aparelho gestor para administração, cuja estrutura organizacional conta com quatro conselhos administrativos: o Conselho Deliberativo (cumpre os objetivos da instituição), o Conselho Diretor (dirige as atividades da Instituição), o Conselho Doutrinário (órgão doutrinário coordenador do Conselho Deliberativo no cumprimento dos Objetivos Espirituais e Assistenciais da Instituição) e o Conselho Fiscal (fiscaliza as atividades de ordem material e espiritual). Trata-se de uma “sociedade civil de caráter religioso e filantrópico, de inspiração cristã, de duração ilimitada e sem finalidade lucrativa [...] tem por objetivo a prática da caridade, tanto moral, 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).

Os funcionários contratados, que trabalham para a área clínica, mesclam suas atividades com as atividades de voluntários religiosos. Quanto aos profissionais da saúde, são contratados como diaristas (36 horas), plantonistas (12 por 36 horas) e especialistas (12 por 36 horas). As atividades biomédicas da área clínica são aplicadas pelas áreas médica, enfermagem, nutrição e dietética, odontologia e saúde ocupacional. A área de atividades interdisciplinares (paramédicas) é organizada por um departamento exclusivo, 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. Há um setor para ensino e pesquisa, outro para serviço de arquivo médico e estatístico. Esses departamentos são apoiados com os serviços de captação de recursos financeiros (SUS, doações espontâneas, sócio-contribuintes, grandes bazares, “apadrinhamento”) e o trabalho voluntário.

Nas atividades biomédicas da área clínica, o setor que mais apóia a prática médica é o da enfermagem clínica, onde trabalha o maior número de funcionários. O grupo compõe-se de enfermeiras universitárias e técnicos profissionais da saúde: 13 enfermeiras líderes com formação universitária organizam o trabalho de 98 auxiliares de enfermagem com formação técnica e de 412 pajens sem formação escolar técnica. Também chefiam o trabalho de 64 funcionários da limpeza e 12 roupeiras, ambos sem formação escolar técnica. A maior assistência profissional prestada à clientela no atendimento hospitalar é fornecida pelas pajens, cujo trabalho contratado é chamado de *maternagem*. O trabalho diário das pajens consiste na manutenção dos cuidados básicos, isto é, realizam as tarefas básicas direcionadas à higiene, à alimentação, ao controle das funções fisiológicas, à estimulação através de folgueiros ou ar livre, banhos de sol e exercícios dos pacientes internos. A atividade médica está estruturada sob a racionalidade alopática primordialmente, com atividades médicas complementares (homeopatia e acupuntura). Embora não possa oferecer os serviços de um hospital geral com grandes cirurgias, realiza frequentemente pequenas cirurgias de enfermidades pulmonares. Essas cirurgias estão ligadas ao tipo de insuficiência pulmonar mais corrente na clientela do hospital.

Quanto ao exercício religioso, o Conselho Deliberativo estatuiu o Conselho Doutrinário para o exercício da assistência espiritual no espaço do hospital. O Conselho Doutrinário conta com a participação executiva de um Departamento de Assistência Social. A assistência espiritual é um recurso tradicional utilizado nos vários locais da Unidade: setores de energização, amparo às gestantes, prece matinal via rádio, palestras a funcionários, passes rotineiras, visitas aos acamados. No setor de terapia de energização são realizadas reuniões com a participação de médiuns voluntários, fluidificação das águas e receituários de água fluidificada aos internos. Abertamente declarado, o Conselho Doutrinário adota esse tipo de assistência espiritual na forma de uma ação filantrópica, como sempre existiu na instituição.

Metodologia e Entrada no Campo

A preferência pela investigação qualitativa levou em conta a necessidade de descrever a complexidade do objeto de estudo (uma instituição de saúde e religiosa), ainda pouco explorado no campo da Saúde Coletiva, seguindo a perspectiva de caracterizar uma instituição terapêutica híbrida.

A opção pela pesquisa antropológica permitiu explorar as crenças entre agentes de saúde e religiosos no espaço hospitalar. O trabalho de campo seguiu o modelo lógico da investigação etnográfica a partir dos seguintes procedimentos (Velasco e Rada, 1997): a) escolher informantes para o entendimento dos códigos de comunicação dos agentes religiosos e médicos e acesso aos documentos da instituição; b) assumir papéis de cientista e de espírita para assimilar as rotinas religiosas; c) registrar em meu diário de campo atividades de que participei; d) observar situações específicas e também inespecíficas no espaço religioso e médico; e) entrevistar agentes religiosos e profissionais de saúde.

A escolha inicial de dois informantes foi fundamental para entrada no campo. Primeiramente, contei com a amizade da fundadora mais antiga da instituição, que abriu espaços de diálogo com os demais diretores e profissionais de saúde espíritas. Um segundo informante, um médico adepto do espiritismo e diretor da área clínica do hospital, propiciou o desenvolvimento da pesquisa no interior do hospital, dando-me oportunidade de diálogo com médicos e profissionais paramédicos e permitindo o acesso ao arquivo e às documentações em prontuários dos pacientes do hospital.

Com aceite do projeto de pesquisa no comitê de ética local, os dirigentes do hospital me convidaram para participar periodicamente de uma específica reunião religiosa. À parte da rotina cotidiana do hospital, aos domingos, das 8h00 às 10h00, quinzenalmente, reuniam-se aproximadamente 10 médiuns para realizar sessões de comunicação de espíritos sofrendores com a finalidade de sua doutrinação. Mas essas sessões mediúnicas, assim conhecidas entre os espíritas, não eram as mesmas sessões de desobsessão, tradicionais

da igreja espírita. No interior do espaço hospitalar, ficou reservado a médiuns experientes um novo modo de trabalho espírita: tratava-se de dar assistência espiritual aos sofrimentos dos próprios pacientes internos, que ali se comunicavam em espíritos⁶.

O trabalho antropológico também oferecia expectativas diante do seguinte propósito antigo entre os dirigentes adeptos do espiritismo. Desejava-se o reconhecimento científico das atividades mediúnicas, buscando provas cabais da reencarnação. Assumi o trabalho de campo, ao mesmo tempo, no papel de cientista para os espíritas e de antropólogo para os médicos da instituição. Aumentavam as expectativas na medida em que, nessas sessões mediúnicas, anunciavam-se novos fatos que deveriam acontecer. Insistentemente os organizadores religiosos e mentores espirituais manifestavam o desejo de implantação de um projeto espiritual. Sustentavam que haveria uma forma de provar a *terapêutica espírita* por casuística médica. Registre por seis meses a rotina dos médiuns e a formulação desse projeto.

Sem ainda adentrar no espaço do hospital, as rotinas dessas reuniões revelavam situações específicas do espiritismo, próprias dessa religião; pois se mantinha o ambiente de fé religiosa, ao mesmo tempo em que pairavam no ar questões científicas. Meus informantes me encorajavam a acreditar no desenrolar dos acontecimentos para provar positivamente a existência do espírito, convidando-me por vezes a constatar no interior do hospital a assistência espiritual oferecida ao interno nas sessões mediúnicas. Ou seja, comecei a adentrar no espaço do hospital nessas circunstâncias: visitas durante a semana ao interno que comunicou seus sofrimentos na reunião mediúnica no domingo.

Um evento ocorrera em uma reunião, anos atrás, da qual não participei: um caso exemplar de cura espiritual. Embora houvesse dúvidas sobre a cura espiritual, o fato é que houve a repercussão silenciosa do caso após a comunicação do espírito do paciente interno, em que professava a cura de sua doença. Era um residente que se encontrava na UTI por nove meses em estado de

6 Obsessão é uma crença da cosmologia espírita que indica a presença do espírito de uma pessoa que morreu (desencarnado na linguagem espírita) atuando sobre o espírito de uma pessoa viva (encarnado) de modo a prejudicá-la, a ponto de causar danos inclusive corporais. Mas as sessões que frequentava naquele hospital não constavam da literatura espírita; eram bastante distintas uma vez que a assistência aos espíritos era feita aos pacientes internos, comunicação justificada em razão de portarem problemas de deficiência mental. Assim, as sessões de doutrinação e desobsessão funcionavam como um local de comunicação espiritual. Por isso foram denominadas de reuniões de autodesobsessão.

inanição. No dia seguinte à comunicação mediúnica – depois de um acordo moral entre ele, o médico e a equipe de profissionais espíritas –, recobrou o estado de ânimo e em uma semana retornou ao quarto com saúde.

Essa era a versão espírita. Eu ainda não havia percebido a importância do caso para os religiosos: nele se concentrava o desejo de identificá-lo como uma prova da reencarnação e principal elemento para elaboração de um projeto de assistência espiritual na instituição. Procurei saber com a equipe médica sobre a cura espiritual, mas as dissimulações mostravam um ceticismo em relação aos valores espíritas. Verifiquei que estava diante de um tabu. Para mim, essa situação representava um fato etnográfico. O sentido maior agora era de explicitar os acontecimentos a partir dele. Qual a repercussão entre os profissionais de saúde não espíritas sobre a questão da cura espiritual? Aceitavam ou rejeitavam a versão religiosa? Diante dessas circunstâncias passei a estudar os documentos do paciente, que aqui denominarei de Silva. Percorri o processo de saúde e doença de Silva pelas condutas médicas e religiosas registrados nos prontuários médicos.

Em seguida, apresento, de modo circunstanciado e resumido, as ações médicas e religiosas do caso Silva e as analiso no contexto do campo da saúde. Ao final do texto estarei em condições de apresentar características da violência simbólica provocado pelo processo de construção do espaço terapêutico exclusivamente destinado à assistência espiritual.

O Caso Silva

Típico dos internos que passam a morar no hospital geralmente abandonados pela família, Silva é uma pessoa portadora de deficiências múltiplas. Quando seu tio encarregou-se de sua tutoria, após o abandono da mãe, solicitou a ajuda da instituição, pois não tinha condições mínimas de educar e criar o tutelado em sua casa. Silva nasceu em junho de 1976 e foi atendido pelo hospital, que aceitou sua internação quando tinha 5 anos de idade, em fevereiro de 1981. Pela referência da classificação internacional *Portage Guide to Early Education*, a área médica psiquiátrica autorizou a internação do cliente com o seguinte diagnóstico: deficiência mental profunda, idade mental em 7 meses, cuidados pessoais próprios em 4 meses, atividade motora em 11

meses, período de desenvolvimento sensório motor.

Dentre os variados relatórios que tive acesso, muitos diagnósticos concorriam para uma visão interdisciplinar do paciente internado. O diagnóstico psicológico, mais influente na discussão sobre o tipo de deficiência, apresentou um resultado diferente do laudo psiquiátrico, que no mesmo ano de 1995 concluiu, quando Silva completava 19 anos:

Aspecto 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 esfíncteres; Aspecto 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 como portador de Deficiência Mental Severa Inferior com idade psicomotora na faixa de 1 a 2 anos (Dados retirados da instituição).

No ano de 2000, quando Silva tinha 24 anos, o residente teve seu estado de saúde debilitado e foi enviado para a Enfermaria Central. Um longo período de atenção especial na UTI se sucedeu, não por motivo de uma enfermidade orgânica. Embora tivesse quadros de regurgitamentos em sua vida pregressa, foi a primeira vez que Silva esteve durante sete meses com intensa regurgitação.

A rotina das enfermeiras, que tomavam periodicamente o peso de Silva, evidenciava o abatimento do paciente. Em fevereiro de 2000 tinha 37,2 kg, que diminuiu no final do mês para 32,1 kg. Por três meses permaneceu nesse estado crítico, mantendo esse peso crítico. Importa relatar nesse período de emagrecimento o auxílio biomédico e a responsabilidade do médico especialista gastroenterologista. Para ele, diante do estado crônico do paciente entrando no sexto mês de

caquexia, apontava a solução para uma cirúrgica definitiva, uma jejunostomia:⁷ “*Somos da opinião tratar-se de um caso cirúrgico (gastrointestinal) já discutido com o médico, chefe clínico do hospital*”.

Mas, antes de isso acontecer, decidiram tentar outra via, colocando uma auxiliar de enfermagem junto ao residente, para forçar a alimentação. Uma mudança foi verificada com essa atitude, que deixou o corpo clínico para decidir sobre a sugestão de manter a pajem diariamente ao lado de Silva:

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 será destacada para esta função, já a pedido da 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 para os demais pacientes mais graves desta Unidade, não podendo permanecer direto “o tempo todo” no seu lado, fará essa função a pajem em tempo integral* (Dados obtidos da instituição, grifos do autor do artigo).

A decisão de ofertar as dietas diárias foi bem aceita pela equipe da área médica, que constatou uma melhora do residente na UTI. O médico plantonista informou uma perspectiva terapêutica em função da melhora. Dez dias com tal procedimento, acusou-se sensivelmente a melhora do paciente. Informou o ganho de 1,2 kg de peso: “Houve ganho de 1,2 kg, coincidente com o esquema de dieta e vigilância”, declarou no prontuário do residente, sugerindo a indução terapêutica em função da atenção vigilante da pajem, um procedimento fora dos parâmetros biomédicos. 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).

No entanto, para os religiosos espíritas o processo de cura se deu fora dos espaços da área médica, precisamente nas sessões mediúnicas. O médico de convicções espíritas levou o caso para a assistência espiritual, na razão prática de obter soluções alternativas às limitações do tratamento biomédico naquele longo período crítico de sete meses em que Silva permaneceu na UTI, sem uma solução para o problema de caquexia:

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. Me lembro que estava marcada uma cirurgia, onde se faria uma jejunostomia, uma vez que a sonda não estava sendo suficiente. A ideia era fazer essa alimentação através de um orifício diretamente no duodeno e estava-se fazendo os exames pré-operatórios (Depoimento do médico clínico espírita).

A cura espiritual se sucedeu após a comunicação do próprio paciente em espírito, momento em que ele informou precisamente as razões de seus problemas de saúde:

Numa dessas reuniões mediúnicas da instituição, quando o nome do residente foi levado, ouve uma comunicação, o que não é frequente. É frequente a gente pedir vibração pelo paciente e observar algumas melhoras sem qualquer comunicação por parte dele. Nesse dia em particular, houve uma

⁷ Jejunostomia é um procedimento cirúrgico que objetiva construir uma via de acesso para alimentação do paciente pelo jejuno, parte do intestino delgado entre o duodeno e o íleo.

comunicação do paciente que não se identificou pelo nome, mas quis falar comigo, pediu para se comunicar comigo através do médium e questionou o direito de ele morrer. Ele achava que queria e poderia morrer. E foi dentro de uma conversa fraterna, que se desenvolve em reuniões desse tipo, que propus 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 à morte. Dentro dessa postura ética é que nossa instituição tem de estimular a 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 do médico espírita).

Explicações da Recuperação de Silva

De fato, a importância sagrada do caso aparecia entre os religiosos, mas nem sempre assim era perceptível entre os profissionais de saúde. Em que medida a cura espiritual de Silva transformou-se em objeto sagrado dentro do espaço hospitalar? Com entrevistas procurei recuperar informações que importavam o resgate do episódio, para configurar as interações de forças entre atividades de agentes médicos e religiosos.

Os agentes religiosos entendiam o caso Silva como um problema não necessariamente da área médica, mas como um problema espiritual, na ordem racional do campo religioso:

Ele um dia queria morrer porque, 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 de um agente religioso espírita dirigente).

Foi com o mal-entendido do interno Silva que levou o médico doutrinador a esclarecer, em conversa fraterna, a equivalência entre crer em Jesus e salvar-se. Acreditar em Jesus não significa salvar-se imediatamente, lógica que não autorizava ao paciente tomar deliberadamente a iniciativa de tirar a sua própria vida. Ao contrário, acreditar em Jesus significaria enfrentar a própria vida, dadas as condições reencarnacionistas presentes na vida atual. Acreditar na vida do ponto de vista da teoria da reencarnação não tem o mesmo sentido de acreditar em Jesus do ponto de vista da cosmovisão ressurrecionista ou de convicção das pajens, na maioria de crença evangélica. A explicação do médico espírita para o problema de inanição de Silva concorria no campo religioso, mas também para a totalidade da explicação biomédica: pois Silva teria sido convencido pelas pajens sobre a crença em Jesus. A explicação recaía sobre os equívocos da crença protestante, arbitrando livremente que poderia retirar a própria vida uma vez que acreditando em Jesus assim Ele o salvaria.

Para o médico espírita, o problema estava relacionado à falta de entendimento moral de Silva sobre as suas concepções de mundo, que na sessão mediúnica fora convencido a acreditar em outro argumento, resultando na seguinte explicação: 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. Tratava-se de uma deliberação consciente de Silva, cujo desejo de se matar refletia no ato de regurgitar propositadamente. Essa foi a questão

religiosa que o médico espírita levou o caso de Silva para tratamento espiritual no espaço religioso.

No entanto, para os profissionais de saúde não espíritas, circulava fortemente uma outra explicação sobre a causa da cura de Silva: foi o trabalho de maternagem da pajem que solucionou o problema de Silva na UTI. Igualmente para o gastroenterologista, ele argui a importância do 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. Fizeram lá umas medidas extramédicas que acabaram dando resultado. Começaram a induzi-lo a não regurgitar. No início nos pareceu assim um negócio superficial e achava que não dava resultado; e acabou dando resultado e diminuindo os fenômenos de regurgitação. Puseram uma pajem dia e noite com ele e acabou diminuindo as regurgitações e se alimentando, acabou engordando. Tomava medicação, já estava tomando e parece que não estava fazendo efeito. Num certo momento indiquei jejunostomia para poder alimentá-lo, porque estava decaindo muito, mas isso depois de ter feito uma radiografia, vimos que tem 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 agente profissional da saúde – médico).

Nessa versão do médico especialista ficou clara a postura médica: 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 da pajem. O que corroborou a versão biomédica foram os exames que, embora não constassem do prontuário médico, o especialista, por depoimento, declarou que a causa das regurgitações teriam sido provavelmente um problema congênito. Entendeu o médico especialista, pressupondo o rebaixamento de consciência do paciente, 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.

Mas, as entrevistas com os espíritas resultavam explicações fundamentadas na versão religiosa. Nesse contexto conflituoso, as crenças apareciam como uma estratégia para a conversão de pajens, técnicos e profissionais de saúde não espíritas. Essa perspectiva foi bem expressa pelo médico espírita:

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 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 Agente profissional de saúde médico).

A pesquisa etnográfica, até esse momento, não apontava caminhos que caracterizassem as disposições para construção de um espaço terapêutico exclusivamente destinado ao tratamento espiritual.

Discussão sobre as Interações Simbólicas no Espaço Terapêutico

Em que medida o caso Silva repercutiu para a construção, no interior do espaço hospitalar, de um espaço para exercer a terapêutica espiritual? Os pressupostos teóricos de Pierre Bourdieu ampliava a possibilidade de investigação ao mesmo tempo que orientava o olhar para o fenômeno da *violência simbólica* no interior de um campo de trocas de bens simbólicos (Bourdieu, 1996):

“A primeira propriedade da economia das trocas simbólicas é que as trocas têm sempre verdades duplas, difíceis de manter unidas... na economia dos bens simbólicos, se levamos a sério essa ambiguidade, que não é criada pelo pesquisador mas está presente na realidade, essa espécie de contradição entre verdade subjetiva e realidade objetiva... quando esquecemos que quem dá e quem recebe estão preparados e inclinados, por todo um trabalho de socialização, a entrar sem intenção nem cálculo de lucro na troca generosa... podemos concluir que a dádiva não existe...” (Bourdieu, 1996).

Assim, a terapêutica espiritual aparecia na empresa religiosa espírita concorrendo com duas verdades subjacentes: as tensões entre a administração religiosa e os demais profissionais de saúde encontram-se subsumidas no trabalho das pajens, que sintetizam os encontros simbólicos entre os demais profissionais de saúde do hospital. Alguns profissionais de saúde declararam de modo velado o medo das demissões ao relacionar valores religiosos ao trabalho profissional. Outros nada expunham sobre as crenças para não evidenciar questões de intransigências religiosas. Estava claro, no modelo do campo simbólico proposto por Pierre Bourdieu, que havia um *tabu da explicitação* sobre a recuperação da saúde de Silva, e que colidiam concretamente forças interativas, ora do campo religioso, ora do campo médico.

Não sendo profissionais qualificadas, as pajens transformam-se no principal alvo de conflito da prática médica, tendo em vista o grau de profissionalismo das profissionais da enfermagem. Ao mesmo tempo, caracterizaram-se as exigências religiosas como principal alvo de consenso, pois denotavam os interesses dos administradores espíritas em alcançar a aceitação da prática terapêutica espiritual no interior do espaço

médico. Ou seja, a pesquisa revelou que o processo de legitimações no espaço médico não se desenvolveu sem subsunções à ordem médica e à ordem religiosa na instituição. Com reservas, os dirigentes espíritas discursam sobre essa dupla face do problema, posicionando o lugar das pajens:

Aqui não há empecilhos para outras religiões no hospital, mas 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 deficiências mentais eles são os patrões dessa instituição: quem teria emprego aqui se eles não estivessem aqui? É preciso que (as pajens) tenham esse enfoque, quando olham para aquele portador de deficiência, pensar que está ali por causa dele. Se ele não estivesse aqui eu não estaria aqui defendendo o meu salário (Depoimento agente religioso dirigente, grifos do autor do artigo).

Há muitas outras religiões: católicos, protestantes, umbandistas. Não atuam sobre os pacientes, 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 Agente religioso dirigente).

Afirmo que esse processo social não se sustentaria sem estruturação do campo simbólico. No espaço

religioso, uma das dirigentes espíritas, orientada pelo mentor espiritual (um médico desencarnado), foi esclarecida sobre um problema trabalhista que a instituição teria com as pajens e sobre o papel da *medicina espírita* no processo de construção do espaço terapêutico espiritual: Eu tenho uma necessidade de fazer uma colocação que foi levantada numa reunião de diretoria, mas é uma necessidade de se pôr em prática. Nós levantamos a questão da quantidade da água fluidificada, da necessidade diária, que quantidade deveria ser dada, a necessidade diária de uma quantidade a ser tomada. Nós gostaríamos de ouvir o mentor a respeito dessa água, que a gente pudesse ter uma condição de unir a parte espiritual com a parte prática da área clínica. Então estamos aqui esperando uma resposta do plano espiritual (Diálogo Agente Religioso).

Todo remédio não se toma toda hora, não é? A água fluidica 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 que uns estão com maior dificuldade e outros já estão se libertando do medicamento fluidico. Eu digo libertando naquelas condições apresentadas, porque se fosse assim todos somos doentes, estaríamos tomando constantemente, não só o medicamento como o medicamento fluidifico. Então tem de existir ponderação. Tem de se reunir e discutir a validade do tratamento, como os técnicos fazem: “olha, esse paciente precisa de x quantidade de medicamento, esse vamos diminuir”, porque a água fluidificada é um remédio (Diálogo AGEM - manifestação mediúnica de um médico desencarnado).

“Tirando a parte de quantidade, que a gente sabe que para o remédio também é necessária a dosagem correta, a utilização diária é a via eficiente para isso, mesmo que seja em dose bem pequenininha?” (Diálogo Agente Religioso).

Importante notar, nesse contexto, o papel dos agentes terapêuticos, cujas características também híbridas, atuaram no espaço terapêutico religioso e no âmbito médico. A contratação do médico espírita foi uma estratégia que teve a intenção não necessariamente de divulgar a doutrina espírita entre os profissionais de saúde, mas de promover o consenso entre as variadas crenças que vigoravam na instituição de

saúde. De fato, as pajens, através da ordem médica e por via da equipe de enfermagem, passaram a cumprir seus deveres contratuais incluindo a prescrição da *medicina espírita* nos cuidados diários com os internos. Esse fato propiciou uma referência simbólica que facilitou a implantação do Departamento de Assistência Espiritual na instituição, na medida em que as atividades de cuidado das pajens foram identificadas de modo neutro, pouco a pouco entre os funcionários, sem relação como campo religioso, portanto, tendendo a neutralizar quaisquer valores religiosos. Nesse processo social, as pajens passaram a se identificar como potencial agente híbrido, uma vez que se tornaram, ao mesmo tempo, prestadoras de assistência à saúde dos internos da instituição e introduzindo uma terapêutica de crença contrária.

Ao trabalhar a questão da hegemonia dos valores simbólicos e cosmológicos da Igreja católica, Pierre Bourdieu defrontou-se com o *tabu da explicitação* na empresa religiosa, tendo em vista a ambiguidade das duas verdades, econômica e religiosa (Bourdieu, 1996, p. 184-5). Ressaltou a importância do jogo exercido entre os agentes sociais no trabalho de domesticação dos atos simbólicos, cuja magia (ou alquimia na troca simbólica) transfigura-se nas relações de dominação e exploração em dádivas, um processo social que designou por *violência simbólica*:

“Os atos simbólicos sempre pressupõem atos de conhecimento e reconhecimento, atos cognitivos por parte daqueles que são destinatários. A violência simbólica é essa violência que extorpe submissões que sequer são percebidas como tais, apoiando-se em expectativas coletivas, em crenças socialmente inculcadas” (Bourdieu, 1996, p. 184).

Do mesmo modo, a explicitação da cura espiritual de Silva apontava para constrangimentos e coações de ordem do mundo do trabalho. Em minha incursão etnográfica apareciam ameaças concretas para alguns e e abstratas para outros sobre os postos de trabalho de médicos, profissionais de saúde e pajens. Entendo que o jogo de forças entre os agentes e as práticas médicas e religiosas no interior da instituição filantrópica estruturou o trabalho de domesticação dos atos simbólicos espíritas, principalmente no processo de aceitação da terapêutica espiritual.

Assim, a estruturação do espaço terapêutico híbrido formou-se, então, com o caso Silva, principal bem

simbólico que circulou no espaço hospitalar, propiciando a formação de um mercado de bens de salvação. O caso Silva conduziu o ideal espírita através das trocas simbólicas entre pajens protestantes e profissionais de saúde, materialistas ou espiritualistas de outras religiões, por meio da oferta dos seguintes bens simbólicos: 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, de modo complementar ou integradamente, as terapêuticas médicas e religiosas. De outro modo, ainda na forma de bens de salvação, circularam no mercado simbólico os seguintes objetos concretos: a) água fluidificada; b) exercício mediúnico; c) passe espírita; d) prece matinal. No campo religioso confrontavam com os demais bens espirituais, legitimando-se como produtos espirituais legítimos no espaço médico utilizados como medicamentos materiais no tratamento complementar pelas pajens.

Para entender a institucionalização das terapias espirituais no espaço hospitalar foi necessário também perceber como se legitimaram os bens de salvação no mundo do trabalho da instituição. A explicitação dos conflitos trabalhistas e religiosos não poderia ocorrer em troca da aceitação da cura espiritual do caso Silva. O caso Silva é um bem simbólico que portou a magia para transfigurar as relações sociais em relações de dominação e exploração, aceita consensualmente a terapêutica espírita na rotina das pajens e demais profissionais. O ponto comum identificado entre os agentes estava dado pela aceitação da afeição dispensada aos internos no trabalho de maternagem, aspecto compartilhado no trabalho dos demais profissionais daquela instituição médica que presta cuidados aos pacientes portadores de deficiências mentais.

A violência simbólica ficou evidenciada pelo apoio coletivo que recebeu a inauguração do espaço terapêutico espiritual, mantendo vinculado o exercício da medicina espírita. Socialmente inculcada, a crença espírita promoveu a inauguração oficial do Departamento Espiritual como local destinado exclusivamente para assistência espiritual dos internos transformando-se assim em um espaço terapêutico híbrido. A assistência espiritual aos internos conformou-se ao campo médico como terapia complementar à prática médica; e no cam-

po religioso, como trabalho familiar, compartilhando a afeição e esforço das pajens.

Conclusão

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

A institucionalização da terapêutica espírita nesse espaço hospitalar não se configuraria por ações criminosas do curandeirismo ou charlatanismo no contexto jurídico? Como vemos na epígrafe acima, o prestígio social de que goza em nossa sociedade essa instituição de saúde não nos autorizaria identificar as terapias espirituais àquelas circunstâncias curandeiras e criminosas.

Nesse contexto, afirmo que o trabalho aqui desenvolvido se aproxima do tema do curandeirismo de variados ângulos: da perspectiva antropológica sobre as curandeirices nas Ciências Sociais (Montero, 1985; Minayo, 1988; Queiroz, 1991; Loyola, 1994; Rabelo, 1994; Carvalho, 1999; Araújo, 2000; Chalhoub, 2003); da antropologia social no campo médico (Laplantine e Rabeyron, 1989; Valla, 2005, entre outros) e dos estudos sobre racionalidades médicas (Luz, 2005) e medicinas alternativas e complementares (Queiroz, 2000; Barros, 2006) na Saúde Coletiva. No entanto, o tema nem sempre foi abordado por estudos fronteirços, delineados entre os campos médico, religioso e jurídico.

Propus no presente artigo que, ao final do texto, estaria em condições de refletir sobre o papel que o valor religioso em geral desempenha em ligação com a atividade científica da medicina. Reporto-me a uma revisão bibliográfica, na qual interpreto o desenvolvimento da temática do curandeirismo no campo da saúde por meio da proposta bourdeana do *habitus* no campo da saúde no Brasil (Puttini, 2008). Propus três categorias de análise para se distinguir valores religiosos no campo da saúde: religiosidade, espiritualidade e

assistência espiritual. A essa última categoria, sugeri a hipótese de que o termo “designa referência aos serviços prestados na prática de saúde multiprofissional (medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, nutrição, fisioterapia) (...) cuja forma mais expressiva atualmente se encontra no cuidado a pacientes incuráveis ou portadores de doenças crônicas degenerativas” (Puttini, 2008 p.13).

No presente artigo apresentei a terapia espiritual da crença espírita atuante no campo simbólico como forma homóloga em vigor no campo da saúde e demonstrei, no mundo concreto das práticas terapêuticas, o papel das instituições terapêuticas de natureza híbrida no atual contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

- ARAÚJO, A. M. *Medicina rústica*. 3. ed. São Paulo: Nacional, 1979.
- ARAÚJO, M. A. M. Bactrins e quebra-pedras. *Interface*, Botucatu, v. 4, n. 7, p.103-10, ago. 2000.
- BARBOSA, P. R. et al. (Coords.). *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: BNDS, 2002.
- BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Medicina alternativa e complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2023-8, out. 2006.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus, 1996.
- CARVALHO, A. C. D. *Curandeirismo e medicina: práticas populares e políticas estatais de saúde em São Paulo nas décadas de 1930 e 1940*. Londrina: Ed. UEL, 1999.
- CHALHOUB, S. et al. (Orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.
- GUEDES, J. S.; BARATA, L. R. B.; CORRÊA, M. C. M. M. A. *Os hospitais filantrópicos e beneficentes e sua inserção nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS no Brasil*. Brasília: OPS, 1988.
- LANDIM, L. *Para além do mercado e do estado? filantropia e cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos da Religião, 1993.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- LUZ, M. Novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- LUZ, M. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.
- MESTRINGER, M. L. *Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2001.
- MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 263-81, out./dez.1988.
- MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*, v. 12, n. 24, p. 87-106, mar. 2008.
- PUTTINI, R. F. *Medicina e religião no espaço hospitalar*. 2004. 287 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- PUTTINI, R. F. *O poder médico e sua relação com outras práticas de cura*. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Unicamp, 1989. [Relatório de pesquisa].
- QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 363-75, abr./jun. 2000.
- QUEIROZ, M. S. *Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS*. Campinas: Editora da Unicamp, 1991.
- RABELO, M. C. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 47-56.

SANTOS FILHO, L. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1977.

SCHRITZMEYER, A. L. P. *Sortilégio de saberes: curandeiros e juizes nos tribunais brasileiros (1900-1990)*. São Paulo: IBCRIM, 2004.

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

VALLA, V. V. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 77-89.

VELASCO, H.; RADA, Á. D. *La logica de la investigación etnografica: un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Trotta, 1997.

Recebido em: 22/07/2008

Reapresentado em: 24/04/2009

Aprovado em: 15/05/2009