



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA SAÚDE E SOCIEDADE**

ROSANGELA MARIA FENILI

**O CENTRO ESPÍRITA NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO
EM SITUAÇÕES DE VIDA**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

ROSANGELA MARIA FENILI

**O CENTRO ESPÍRITA NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO
EM SITUAÇÕES DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem na Área de Concentração – Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Coorientadora: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

F333c Fenili, Rosangela Maria

O centro espírita no itinerário terapêutico em situações de vida [tese] / Rosangela Maria Fenili ; orientadora, Lúcia Hisako Takase Gonçalves. - Florianópolis, SC, 2009.

130f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Sistema de cuidado à saúde. 3. Itinerário terapêutico. 4. Centro espírita. I. Gonçalves, Lúcia H. Takase - (Lúcia Hisako Takase). II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

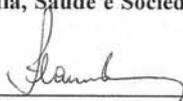
ROSANGELA MARIA FENILI

O CENTRO ESPÍRITA NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO EM
SITUAÇÕES DE VIDA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de

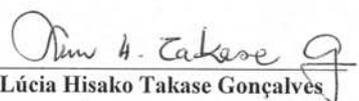
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 30 de junho de 2009, atendendo às normas da legislação vigente do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado em Enfermagem –
Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa
Catarina.

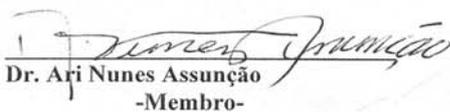


Prof. Enf. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
– Coordenadora do Programa –

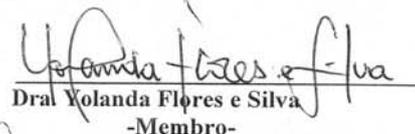
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Presidente



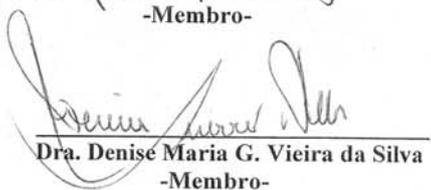
Dr. Ari Nunes Assunção
-Membro-



Dra. Yolanda Flores e Silva
-Membro-



Dr. Alberto Groisman
-Membro-



Dra. Denise Maria G. Vieira da Silva
-Membro-

Dra. Juliana V. Sandri
-Membro Suplente-

Dra. Betina Horner S. Meirelles
-Membro Suplente-

Dedico esse estudo a dois Espíritos iluminados, meus queridos e amados pai, Alceste, e irmão, Rogério, que já retornaram ao Mundo Espiritual. Compreendo hoje que já haviam cumprido suas missões nesse mundo. Agradeço a presença, proteção, força, estímulo e o AMOR constante que sinto fluírem das suas lembranças vivas.

AGRADECIMENTOS

Este momento de agradecimentos é extremamente importante e necessário. Reconhecer e ter a sensibilidade de deixar registrado, em mais esta etapa de minha vida, todas as pessoas que vivenciaram comigo este caminhar. Muitas são as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, e certamente algumas esquecerei de nomear, mas todas estão dentro do meu pensamento e do meu coração.

Em primeiro lugar agradecer a Deus, o criador de todas as belezas desta existência; quem proporciona todas as experiências que podemos vivenciar; quem nos dá a liberdade para as nossas escolhas; quem nos protege, nos perdoa e nos ama incondicionalmente; quem me tem possibilitado aprender, aprender e aprender a ser uma eterna aprendiz. Sei que ainda tenho muito que contribuir nesta minha existência, e esta é mais uma oportunidade que me foi oferecida para mais um aprendizado, podendo neste momento socializá-lo com cada um de vocês.

Ao meu Mentor, constante em minha vida, sustentando-me, encaminhando seus fluidos benfazejos, as energias renovadoras nos momentos em que estou mais frágil.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que através das professoras Itayra, Marta, Vânia e Flávia, que durante esse período estiveram à frente da sua coordenação, e a todos os docentes, que procuram sempre manter a excelência no ensino e na formação, agradeço o empenho, a dedicação e a competência de cada um de vocês que contribuíram para esse meu crescimento acadêmico e pessoal e também pelo respeito, pela compreensão e pela sensibilidade de perceber a minha necessidade de cuidado.

À minha orientadora, professora Lúcia, toda a minha admiração por seus conhecimentos, por sua dedicação, responsabilidade e amor pelo seu trabalho. Muito obrigada por sua paciência, compreensão, sensibilidade e respeito ao meu tempo, à minhas limitações, à minha forma de ser.

À minha co-orientadora, professora Sílvia, você foi muito importante neste momento de minha vida. Admiro sua inteligência, competência, energia e sensibilidade. Obrigada por sua força, estímulo e paciência, que me serviram de apoio constante. Devo muito a você essa construção, um abraço afetuoso.

Aos professores Alberto, Ari, Denise, Yolanda, Betina e Juliana, o meu muito obrigada por aceitarem participar da banca, por compartilharem comigo os seus conhecimentos e por todas as contribuições extremamente valiosas. Foi mais um grande momento de aprendizado.

À minha turma de doutorado, novos colegas, amizades construídas. Cada um com a sua especificidade, sua forma de ser, e compartilhamos este pedacinho de nossa existência. E em especial à Marlene, querida amiga, nossos espíritos se afeiçoaram; você estará sempre em meu coração. Obrigada por essa oportunidade de nos encontrarmos, por sua sensibilidade e amorosidade.

À chefia do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina,

o meu sincero agradecimento por toda compreensão, apoio, incentivo, força e interesse que recebi durante o período de minha formação.

Aos colegas e amigos do Departamento, os mais próximos e os mais distantes, mas todos de certa forma vivenciando esse meu caminhar. Um abraço a todos.

À Marisa agradeço seu estímulo, força, atenção e também o empréstimo dos seus materiais. Eu lhe quero muito bem.

À Kenya agradeço o abraço forte, reconfortante, muitas vezes trocados no corredor. Admiro sua garra, coragem, força, luta, competência e sensibilidade.

À Odaléa, minha amiga, e pessoa admirável e profissional competente, que transmite energias, é muito bom estar próxima a você. Eu te gosto muito, abraço com muito afeto.

À Maria Emília, Mila, grande amiga, sensível, acolhedora, disponível em todos os momentos. Pessoa muito especial, cuja simplicidade se expressa em suas grandes ações. Um obrigada é pouco para expressar toda a minha gratidão a você, por toda a sua ajuda. Sinta-se abraçada com muito carinho.

As minhas queridas amigas de todo o sempre, Tânia, minha irmã do coração, e Eliane, o meu muito obrigada pelo carinho, atenção, amparo, colaboração, abraços afetuosos, o amor de vocês e pelos nossos encontros fortalecedores. Que possamos continuar a percorrer juntas os caminhos de nossas vidas

Agradeço a todos os professores da disciplina “O cuidado no processo de viver III”, que compartilhamos no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por todo o apoio e suporte que recebi de cada um.

Agradecimento em especial aos professores e meus amigos da Saúde Mental: Jonas, Sílvia, Jeferson, Alexsandro e a Kelly, que no último período se agregou ao grupo para que eu pudesse me afastar. Abraço carinhoso em todos vocês.

À Claudia, muito obrigada por sua atenção e auxílio em todos os trâmites da pós-graduação. Agradeço pela sua amizade, um carinho especial a você.

À Maria Aparecida, muito obrigada por sua ajuda em todos os momentos em que necessitei. Abraço afetuosos.

À Odete, cujo café no começo da manhã já anuncia o início do movimento no Departamento de Enfermagem. Obrigada por sempre estar disponível. Você é muito importante, grande abraço.

Ao Daniel agradeço pelas traduções que muito me auxiliaram em todo este percurso.

Minha gratidão especial a Hélio de Abreu, presidente da SERTJE, e Evaldo Lentz, coordenador do Centro Espírita Allan Kardec, por abrirem a Instituição para que eu pudesse

desenvolver meu estudo. Agradeço a confiança, a receptividade, a amizade e o respeito a mim dispensados.

A todos os trabalhadores do Centro Espírita Allan Kardec, obrigada pela forma como me acolheram, pela possibilidade de participar das atividades e atendimentos que estão envolvidos e por me fazer sentir “familiar” dentro de um “cenário estranho”. Nesse momento por não ser possível nominar todas as pessoas que tive a oportunidade de conhecer, deixo um abraço fraterno e afetivo para cada um.

Às pessoas que fizeram parte desse estudo, disponibilizando o seu tempo, abrindo seus corações e relatando suas situações de vida, sendo os atores principais dentro desse cenário de aprendizagem, o simples agradecimento é muito pouco. Talvez a melhor maneira de agradecê-los se expresse publicando seus relatos, para que nós como profissionais, possamos compreender um pouco mais da vida humana, aprimorando nosso olhar e nossa forma de cuidado. Obrigada Ananda, Josi, Pietro, Oliveira, Norma, Fabíola, Paula, Gianluca, Matteo, Luis e Maria Camila, muita luz e o desejo de que possam se encaminhar para um viver saudável.

À família que é o Grupo Irmã Luiza do Centro Espírita Tereza de Jesus, e nas pessoas de Inara e Elisabete, agradeço o acolhimento, amparo, carinho, respeito, o crescimento e aprendizado que vai se construindo em todos esses anos em que compartilhamos os ensinamentos de Jesus.

Às pessoas que nesse momento de minha vida, de alguma forma cuidaram de mim, fizeram parte do meu “itinerário terapêutico”: Cleusa, Maria de Lourdes, Maria Inês, Inara, Elisabete, Ricardo, Armanda, Simone, Ademar, César, Luiz Arlindo e tio Dé, pelo aconchego no momento em que mais precisava. Não tenho como lhes agradecer, com certeza receberão o retorno do bem fazer.

À Maria, nome forte, que nessa minha existência tive a oportunidade de tê-la como minha mãe. Você mãe é um exemplo de fortaleza, de energias, devotamento, de suporte, de cuidado, de amor sublime, razão do meu existir. Sem você minha mãe esse momento não poderia ser realidade. Admiro-te muito, mãe, devo minha vida, minhas conquistas a você. Amo muito você.

À Thabata Glenda e Israel, meus filhos amados, presentes recebidos com muito amor. Essa minha prioridade fez com que os deixassem, em alguns momentos, em segundo plano, sem o cuidado necessário, mas souberam me compreender e respeitar. Desculpem os meus atropelos e o meio jeito de ser mãe. Aprendo muito com as suas experiências. Obrigada meus amores, minhas energias diárias. Muito amor de sua mãe em seus corações.

Aos meus irmãos: Rosinete, Rodnei, Renato, Ronaldo, Rosane, Romero; aos meus cunhados: Edisson, Iracema, Liliana, Ricardo, Deisi; aos meus sobrinhos: Edmilson, Michele, Erikson, Gisele, Larissa, Everson, Giorgia, Vanessa, Roberta, Tainá, Ighor, Clara, Caio; aos meus sobrinhos netos: Murilo, Aimé, Bruna, Leonardo, Gustavo, Isadora, obrigada por eu poder fazer parte dessa família, e pela oportunidade de um novo aprendizado e alegrias que sempre se renovam. Agradeço por seus pensamentos, energias e afetos. Todos estão guardados com muito carinho em meu coração. Amo muito a todos vocês.

À Maria Gorete e aos sempre sobrinhos, Matheus, Lucas e Felipe, vocês me são muito especiais.

Ao Sérgio, meu amor. Você iniciou e vivenciou comigo esta caminhada. Muito obrigada por sua compreensão, paciência, respeito, carinho e por todo seu amor. Obrigada por sua ajuda nas noites e madrugadas procurando materiais de que eu necessitava. Escrevendo agora, lembro as letrinhas dançando, as palavras se formando, o imaginário em ação. Assim nos conhecemos, através do dedilhar no teclado. Obrigada por poder estar ao seu lado. Amo muito você.

FENILI, Rosangela Maria. **O Centro Espírita no itinerário terapêutico em situações de vida**. 2009. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Coorientadora: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo compreender o significado da busca de um Centro Espírita como parte do itinerário terapêutico no processo de cuidado em situações de vida. Foi desenvolvido à luz do modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman e do pensamento interpretativista de Clifford Geertz. Estudo de abordagem qualitativa, tipo exploratória descritiva, com a coleta de dados inspirada pelo método da observação participante e entrevista semiestruturada. Participaram do estudo onze informantes que buscaram as práticas terapêuticas desenvolvidas em um Centro Espírita de orientação kardecista situado em uma capital da Região Sul. Os dados foram tratados a partir da análise de conteúdo de Bardin, resultando na construção do eixo temático: a busca pelo cuidado e tratamento para as situações de vida. Este estudo procurou mostrar a busca das pessoas por práticas terapêuticas para o cuidado e tratamento em suas situações de vida, possibilitando uma compreensão da inserção em seu itinerário, e uma aproximação com o seu universo sociocultural. Os sujeitos referiram que o acolhimento recebido, o autoconhecimento que oportunizou refletirem sobre suas vidas e o conhecimento que gerou a compreensão de experiências que vivenciavam, contribuíram para amenizar e ou resolver seus sofrimentos e adoecimentos. Ao desenvolver sua prática, mesmo com o embasamento da Doutrina Espírita, o Centro Espírita tem-se apropriado de uma estrutura organizada, sugerindo uma medicalização do cuidado dentro desse espaço de atendimento. O estudo traz contribuições incitando singular discussão e reflexão quanto à importância da abertura para outras formas de cuidado, permitindo-nos o diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento e saberes e concretizando um cuidado mais sensível nas diferentes situações de vida das pessoas. Abre novas perspectivas para que outros pesquisadores possam aprofundar as questões aqui levantadas.

Palavras chaves: sistema de cuidado à saúde, itinerário terapêutico, centro espírita.

FENILI, Rosangela Maria. **El Centro Espiritista en el itinerario terapéutico en situaciones de vida**. 2009. 130f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Coorientadora: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue comprender el significado de la búsqueda de un Centro Espiritista, como parte del itinerario terapéutico en el proceso de cuidado en situaciones de vida. Se desarrolló a la luz del modelo de Sistema de Cuidados a la Salud de Arthur Kleinman y del pensamiento interpretativo de Clifford Geertz. Es un estudio con enfoque cualitativo, exploratorio descriptivo, que empleó para la recolección de los datos el método de observación participante y entrevista semiestructurada. Participaron del estudio once informantes que buscaban las prácticas terapéuticas desarrolladas en un Centro Espiritista de orientación kardecista situado en una capital de la región sur. Los datos fueron examinados por medio del análisis de contenido de Bardin, resultando en la construcción del tema principal: la búsqueda de cuidado y tratamiento para las situaciones de vida. Este estudio quiso mostrar la búsqueda que las personas realizan por las prácticas terapéuticas para el cuidado y tratamiento en sus situaciones de vida, lo que permite una comprensión de la inclusión en su itinerario y una proximidad a su universo sociocultural. Los sujetos dijeron que la acogida recibida, el autoconocimiento que les permitió la autorreflexión sobre sus vidas, y el conocimiento que produjo la comprensión de las experiencias que vivieron, fueron aspectos que contribuyeron para mitigar y/o solucionar sus sufrimientos y enfermedades. El Centro Espiritista al desarrollar su práctica, incluso sobre la base de la Doctrina Espiritista, se ha apropiado de una estructura organizada para sugerir una medicalización del cuidado dentro de ese espacio de atención. El estudio aporta contribuciones que incitan al debate y la reflexión sobre la importancia de la apertura a otras formas de cuidado, lo que posibilita el diálogo entre las diferentes áreas del conocimiento y saber, permitiendo un cuidado más sensible en diferentes situaciones de vida de las personas. Establece nuevas perspectivas para que otros investigadores puedan profundizar las cuestiones aquí planteadas.

Palabras Clave: Sistema de cuidado a la salud, itinerario terapéutico, centro espiritista.

FENILI, Rosangela Maria. **The Spiritualistic Center in the therapeutic itinerary in some situations of life.** 2009. 130 f. Theory (Doctor's degree in Nursing) – Postgraduation in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Advisor: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Co-advisor: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Research line: The care and process of living, being healthy and getting sick.

ABSTRACT

The aim of this study was understanding the meaning of searching for a Spiritualistic Center as part of a therapeutic itinerary when treating some life and health situations. For the purposes of this study, it was used the anthropology referential of health and therapeutic itinerary based on Kleinman's System of Health and Care model and Geertz's interpretative point of view. A qualitative approach study, of exploring type one, having its data collection inspired by participative observation and semi-structured interview. Eleven informers participated the study, searching for therapeutic practices developed in a Kardecist Spiritualistic Center, situated in a southern capital city. The data were treated from Bardin's content analyses, which resulted in the construction of the following thematic axes: the search for care practices and treatment for some situations of life. This study tried to show one's search for therapeutic practices for the care and treatment in some situations of their lives, making an understanding of the insertion in their itinerary and an approximation with their social-culture universe. It was said that the received welcome, the self-knowledge that allowed them to think about their lives and the knowledge that led to the understanding of the experiences that they were dealing with, contributed to ease or solve their sufferings and illnesses. When developing their practice, even with the foundation of the spiritualistic doctrine, the Spiritualistic Center has an organized structure, suggesting a medical care within its space. The study brings contributions inciting singular discussion and reflection about the importance of the opening for other ways of caring, allowing us to hold talks among the different knowledge areas and building a more sensitive care for the different situations in people's lives. It opens new perspectives so that other researchers can deepen the questions here showed.

Key words: health care system, therapeutic itinerary, spiritualistic center.

LISTA DE QUADRO

Quadro 01: Perfil dos sujeitos informantes.....	45
--	-----------

SUMÁRIO

1 O INÍCIO DO PERCURSO	14
2 TESE E OBJETIVOS	27
3 O PERCURSO TEÓRICO	28
4 O PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1 ENTRADA NO CENÁRIO DO ESTUDO	42
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO.....	43
4.3 CUIDADOS ÉTICOS E LEGAIS.....	45
4.4 PERMANÊNCIA E SAÍDA DO CENÁRIO	46
4.5 COLETA DOS DADOS.....	46
4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	47
5 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO	49
5.2 A BUSCA PELO CUIDADO E TRATAMENTO PARA AS SITUAÇÕES DE VIDA ..	57
6 FINALIZANDO O PERCURSO.....	98
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	122
ANEXOS	127

1 O INÍCIO DO PERCURSO

“Cuidar do Ser é prestar atenção ao sopro que o anima”.
(Jean-Yves Leloup)

A forma como a biomedicina compreende o processo saúde/doença está mais centralizada na doença e na cura, direcionada aos meios diagnósticos sofisticados e tratamentos focados na medicalização, o que leva a afastar sua atenção do cuidado integral à saúde. Mas apenas essa tecnologia biomédica, sem as devidas transformações sociais, econômicas e culturais pouco poderá fazer para solucionar os problemas de saúde mais sérios (KLEINMAM, 1980; LUZ, 2005). A sociedade tem passado por uma crise médica e sanitária tanto no sentido mais amplo englobando condições coletivas saudáveis quanto individuais, direcionadas às questões orgânicas e psicobiológicas, agregando também o espiritual.

Foucault (1998) tece comentários sobre o processo da medicalização no século XVIII, atrelado ao modelo de saber científico, com o intuito de auxiliar no tratamento das doenças, fato que contribuiu para tornar legítimo o lugar da clínica nosográfica e também no desenvolvimento de pesquisas sobre os fenômenos patológicos.

A medicalização é percebida por Illich (1975) como perniciosa porque acaba produzindo uma sociedade doente; a vida da pessoa, independente dos seus agravos, passa a se tornar medicalizada. A medicalização é legitimada, reconhecida e oficializada como forma de tratamento e cuidado dirigida pela biomedicina. Através dos seus avanços, a medicalização é hoje a forma predominante de intervenção terapêutica, tratamento e cura, alienando a expansão de outros modelos também preocupados com tratar, cuidar, curar (GUARIDO, 2007; TESSER; BARROS, 2008).

O poder de diagnosticar e indicar o tratamento que atenda as necessidades do indivíduo confere à biomedicina apoios que sustentam todo o processo saúde/doença, entre os quais toda a produção medicamentosa. Esse poder de saúde, conforme Illich (1975) dirige-se ao bem-estar, suprimindo a dor, afastando a doença e competindo com a morte. Essa ação acaba por subtrair do indivíduo sua responsabilidade de assumir sua transformação diante de seus sofrimentos.

A cultura integra a dor a um sistema de significados, e dentro dessa perspectiva da medicalização a dor é separada do contexto subjetivo, acabando por ocorrer um cerceamento químico das emoções, o silêncio das inquietudes, dos dissabores, dos conflitos do ser humano. A medicalização dessa forma contrapõe-se na relação do sujeito com o mundo que o rodeia. É

um processo pelo qual a medicina invade a vida social. E em decorrência desse controle das emoções, gerado por esse dispositivo, a tolerância é estabelecida, impedindo resistências coletivas, reforçando a manutenção dessa forma específica de biopoder (MATTOS, 2004; FIORE, 2005; GUARIDO, 2007; IGNÁCIO; NARDI, 2007).

A medicalização assume um valor na cultura e nas práticas de vida das pessoas, provoca um impacto na sociedade, já preconizada por sua popularização e por todas as concepções no tocante ao processo saúde/doença. No entanto, mesmo os medicamentos obtendo resultados incontestáveis, há críticas em relação aos seus custos, à negação da subjetividade e às suas iatrogenias (CAMARGO JR, 2000; MENDONÇA et al., 2008).

A medicalização social provoca transformações na cultura, refletindo na própria administração de parte dos problemas de saúde, provocando uma busca acentuada ao Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo uma dependência excessiva e até mesmo alienação. A valorização e a disponibilidade de uma pluralização terapêutica, como práticas de medicinas alternativas e complementares (MAC) nas instituições de saúde, seria uma estratégia para minimizar essa medicalização. E também facilitaria a abordagem dos aspectos espirituais, que já é uma prática de algumas MAC, dentro do processo saúde, adoecimento, cuidado, tratamento e cura (TESSER, 2006a; TESSER, 2006b; TESSER; BARROS, 2008).

Poli Neto e Caponi (2007) trazem também para essa discussão a medicalização da beleza, o tratamento da aparência física pela racionalidade médica, à qual o indivíduo acaba se submetendo por exigência da sociedade. Conforme salientam Nascimento e Sayd (2005), esse fato está ligado à ideologia do consumo, levando mais rapidamente ao alcance do bem-estar e ao encontro da felicidade.

Outro fator que merece destaque é quanto à indústria farmacêutica, as agências de publicidade e empresas de mídia que cada vez mais utilizam todo marketing, instigando, tanto o profissional de saúde, para que prescreva, quanto as pessoas para que consumam as drogas medicamentosas, mesmo com todo o controle da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (NASCIMENTO; SAYD, 2005).

A pessoa procura formas de cuidado ao longo de sua vida que atenda as questões relacionadas ao seu processo saúde/doença e que lhe traga resolutividade. A biomedicina, com toda a hipertecnidade, mesmo tendo resolutividade, distancia os profissionais, como refere Collière (1989), da pessoa e do cuidado genuíno. Alguns diagnósticos ainda demoram a ser definidos e tratamentos muitas vezes não são eficazes. Da mesma forma os altos custos profissionais e terapêuticos, além de respostas que não chegam à solução das crises existenciais, acabam justificando a busca por outros espaços terapêuticos, de cuidados que

têm como suporte paradigmas diferentes do da biomedicina.

Vive-se hoje uma era histórica em que conceitos e crenças vêm sendo constantemente questionados e ressignificados. A crise das certezas e das verdades em relação às questões da vida e saúde exige dos profissionais uma ruptura com conceitos codificados e com leituras reducionistas da realidade.

Contemplando o dualismo e o reducionismo relacionados à saúde e ao cuidado do ser humano, as questões positivistas têm sido discutidas, tornando possível o surgimento de outros paradigmas na abordagem de saúde com enfoques como: humanista, holista, transpessoal, transcultural e transdimensional (WALDOW, 2001). Dentro da enfermagem muitas teóricas e pensadoras direcionaram-se para essas linhas, valorizando também a dimensão espiritual, como Nightingale, Horta, Levine, Orem, Rogers, King, Travelbee, Watson, Leininger e Silva, entre outras (LEOPARDI, 1999; TOMEY; ALLIGOOD, 2007).

Para Florence Nightingale, o cuidado da alma não podia ser separado do cuidado do corpo, devido ao senso de presença maior que humano da enfermagem, ligado a uma inteligência divina. O cuidar, portanto, é percebido como prática espiritual que conecta o ser humano com algo maior que ele, o espírito (WATSON, 2002a).

A abordagem humanista de Horta (1979) direciona seu olhar para as necessidades humanas básicas e, através do processo de enfermagem, como uma metodologia para o cuidado, procura atender as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do ser humano. Para ela, essas necessidades encontram-se inter-relacionadas e integram o ser humano em toda a sua totalidade.

Rogers fundamenta a enfermagem em um modelo humanista e não mecânico, em que o ser humano unitário alimenta crenças sobre saúde, interações humanas e espiritualidade (LEOPARDI, 1999).

Um dos principais conceitos do modelo de conservação de Levine, o holismo, descrito como a integridade do ser humano, contempla a espiritualidade como parte implícita da alma humana, e essencial para manter essa integridade. No mesmo sentido, na teoria do autocuidado, como pressuposto complementar ao holismo, Orem destaca a influência que a educação e a cultura exercem sobre as pessoas (TOMEY; ALLIGOOD, 2007; LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999).

Para King a enfermagem proporciona um processo de interação, reação e transação entre o enfermeiro e a pessoa que ele cuida, ambos envolvidos por um sistema social, pessoal e interpessoal, cuja comunicação permite traçar objetivos que levam à saúde. Um dos seus pressupostos considera as pessoas como seres espirituais (LEOPARDI, 1999; TOMEY;

ALLIGOOD, 2007).

Travelbee destaca a questão humanística e centraliza sua teoria na relação interpessoal. Para ela a cultura e as experiências de vida podem afetar o ser humano. Relaciona os conflitos emocionais e espirituais como também desencadeantes dos sofrimentos e doenças. Em virtude de seus valores éticos, espirituais e filosóficos sobre o sofrimento ou a doença, a enfermeira pode determinar de que forma será capaz de ajudar pessoas, famílias e comunidade, dando sentido às experiências que vivenciam (TRAVELBEE, 1979; LEOPARDI, 1999; TOMEY; ALLIGOOD, 2007).

Watson (2002a, 2002b, 2005) prioriza o cuidado. Em sua teoria do cuidado transpessoal, direciona-se por uma orientação fenomenológico-existencial e espiritual. Sendo essencialmente humana, a enfermagem não pode prescindir de seus componentes morais, espirituais e metafísicos ao considerar o processo de cuidado.

No cuidado transdimensional apresentado por Silva (1997), é considerado tanto a dimensão espiritual quanto a do universo existencial do qual o ser humano faz parte. Dentro dessa perspectiva de cuidado, o processo saúde/doença é suplantado, priorizando a vida em seus diferentes modos de expressão, e através da arte, da ciência e da espiritualidade, as ações de cuidado podem ser ampliadas.

Para Leininger (1991), o cuidado é a essência da enfermagem; através da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, fundamentada na enfermagem e na antropologia, as práticas de cuidado são retratadas dentro das culturas em que as pessoas estão inseridas, nelas incluída a dimensão espiritual.

O cuidado, o cuidar, é uma atenção genuína, que envolve a intuição, a sensibilidade, o acolhimento. O cuidado reflete-se com o ser, estar e fazer cuidado, traduzido como “sentido, vivido, exercitado” (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995; WALDOW, 2001, p. 55). Ele é amplo, não se restringe ao simples manuseio de equipamentos, de toda a tecnologia pesada que se limita a procedimentos: inclui o cuidar psicológico, social, econômico, espiritual, enfim o cuidado integral.

Ao preocupar-se com a tecnologia centrada na doença, a sociedade acaba renunciando a questionamentos que contemplem também “as causas ligadas às maneiras de viver, às condições de vida, ao desejo de existir” do ser humano (COLLIÈRE, 1989, p. 239). Boff (2000) considera o ser humano como um ser histórico, um ser de cuidado cuja história cultural e a experiência de vida devem ser inseridas no processo de cuidado, vendo-o integrado no meio em que vive.

Collière (1989) enfatiza que o cuidar é imprescindível para a perpetuação do grupo

social e não somente da pessoa, mas tem sofrido alterações em virtude de tantas transformações tecnológicas, socioeconômicas e culturais, entre outras. Santos et al. (2002) reforçam ainda que as definições de saúde e cuidado carecem de uma revisão, provocando movimento entre os profissionais de saúde ainda resistentes a outras práticas terapêuticas, como forma de contribuir mais efetivamente para o bem-estar da humanidade. Essa situação é corroborada por Guizardi, Pinheiro (2004) que enfatizam a necessidade de transformações no agir, provocando o afastamento da referência da intervenção para uma aproximação do cuidado.

Para Mattos (2004) a forma de cuidar que é cientificamente fundamentada não implica em considerá-la, necessariamente, como a melhor. Se esse conhecimento for assinalado pela imprudência, por falta de atenção quanto a conseqüências que possam advir e também pela omissão de outros conhecimentos, pode originar um cuidado não efetivo. O melhor cuidado é o que contribui para um processo de viver saudável. As contribuições da ciência para o cuidado não podem ser desprezadas. Todo o conhecimento científico deve ser utilizado com responsabilidade, havendo uma prudência quanto às possibilidades de intervenção e a previsão de conseqüências que possam ocorrer quanto ao cuidado prestado.

O cuidar, o ato de cuidado é, dentro da história, a identidade da Enfermagem, embora outras disciplinas também tenham pautado suas ações por esse olhar mais amplo, mais aberto e mais integral do ser humano.

Essas ações podem ser percebidas na homeopatia, que mesmo sendo reconhecida como uma especialidade médica, segundo Monteiro e Iriart (2007) e Santanna, Hennington e Junges (2008), procura considerar os aspectos simbólicos, psicossociais e existenciais da pessoa, acolhe-a em sua singularidade e totalidade, permitindo uma atenção distinta dentro da sua forma de cuidado. Diferentemente da biomedicina, que focaliza o corpo biológico, a homeopatia procura, além dos processos fisiopatológicos, desvendar os sintomas subjetivos, adentrar o processo individual de ser saudável e de estar doente através de uma escuta atenta e aberta ao discurso da pessoa. A partir daí, em que é possível construir um espaço de intersubjetividade e compartilhar experiências, visando a uma abrangência integral do ser humano, para Araújo (2003, 2008), a homeopatia permite introduzir a perspectiva de cuidado relacionada a uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo e efetivo, levando a pessoa a sentir-se cuidada, possibilitando-lhe retornar ao viver saudável.

A psicologia também procura direcionar seu cuidado para a valorização do ser humano em sua singularidade e dignidade e dentro de uma dimensão biopsicossocial, incluindo ainda a espiritual. O corpo que sofre não está separado do ser humano como um ser integral, que deseja ser escutado e cuidado em todas as suas dimensões. Além disso, a

psicologia desenvolve seu cuidado de forma horizontalizada, permitindo que a sua linguagem técnica e a linguagem em que a pessoa expressa o seu sofrimento estejam mais próximas, constituindo-se em um processo dialógico. A psicologia transpessoal procura investigar as questões espirituais e transcendentais, desenvolvendo métodos que possibilitem a diferenciação entre experiência espiritual verdadeira de estados alucinatórios, psicóticos, paranóides e outros considerados como anormais ou patológicos (WILBER, 1993; VIEIRA FILHO, 2005; BARBOSA et al., 2007).

A própria psiquiatria já tem provocado mudanças em suas formas de cuidado, integrando outras dimensões, além dos fatores essencialmente biológicos ou psicológicos, no contexto do sofrimento psíquico. Assim como a atenção psicossocial, a gestalt-terapia, como sublinha Pereira (2008, p. 173), que também se afasta do paradigma racionalista mecanicista, procura apresentar “um entendimento fenomenológico baseado na experiência observável de como uma pessoa faz para criar e continuar criando uma realidade disfuncional ou saudável”. A gestalt-terapia possibilita a ampliação do olhar dentro das práticas em saúde mental, vendo o homem como um ser relacional dentro de seu contexto sociocultural.

Jung (1985) também se voltava para uma forma de pensar e agir mais abrangente no contexto da cura, do cuidado. Para ele, algumas vezes o conforto espiritual ou a influência psíquica podem ajudar ou até mesmo curar um adoecimento. Jung vê Deus como um agente de cura, trata os problemas do espírito, considerando essa ação como uma psicoterapia.

O cuidar, o cuidado percebido e praticado dessa forma abre espaço para o olhar mais integral do ser humano, na perspectiva de considerar também a fé, a espiritualidade, a religiosidade dentro desse contexto. Sendo o homem concebido como um ser integral, a dimensão espiritual e as formas de se lidar com as dimensões profundas da subjetividade caracterizam-se como relevantes no processo terapêutico, já reconhecidas cientificamente como fatores importantes no cuidado, mobilizando para o alívio ou cura, atuando na prevenção e promoção da saúde e na qualidade de vida do ser humano. Em situações de sofrimento físico e mental, a religião ajuda a pessoa a se ajustar às causas do sofrimento e até a superar as dificuldades, recobrando o equilíbrio (KOENIG, 2005, 2007a; PERES et al., 2007).

A busca do sagrado e uma abertura espiritual têm sido bem demarcadas nos tempos atuais. As necessidades espirituais se exacerbam nos momentos de crise e geralmente acabam provocando angústia, depressão, desespero, medo, incerteza. Quando as doenças ameaçam sua vida ou seu próprio modo de vida, as pessoas buscam outras respostas e aproveitam a oportunidade para rever sua postura, seu modo de agir e repensar sua escala de prioridades e valores.

Diante de problemas as pessoas tornam-se fragilizadas, mais sensíveis e recorrem a sua fé, a sua crença, mobilizando energias e iniciativas construtivas, o que acaba, algumas vezes, contribuindo significativamente para sua saúde e qualidade de vida. A fé pode ajudar as pessoas em seus problemas cotidianos, promovendo um bem-estar espiritual, estimulando a força necessária para enfrentar dificuldades e adaptar-se às alterações em sua saúde, aumentando a sua resistência e influenciando o funcionamento do sistema nervoso, endócrino e imunológico (DINIS, 2000; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). A fé também é assinalada por Fish (1988) e Figueira (1996) como preexistente à cura ou à melhora, significando que a pessoa não tem a fé em virtude de sua cura, mas sim de que a cura resulta de sua fé. O agente que melhora ou cura o sofrimento humano é a própria fé, não um ser transcendental.

A fé como uma das virtudes que a pessoa cultiva, em graus que podem alterar-se dependendo da situação em que se encontra é, de alguma forma, utilizada como uma das “ferramentas” que poderão resolver ou diminuir os problemas, e entre eles os da saúde. Isso pode ser observado na prática quando Silva (2001) mostra que a busca pela cura religiosa, através de cirurgias e outras práticas terapêuticas advindas do espiritismo, foram apresentadas por pessoas que acreditavam que a fé em Deus ajudaria no seu processo de cura ou na melhora de sua saúde.

A fé é um fator decisivo no processo vida/morte, o que é sustentado por Frankl (2007) ao descrever o campo de concentração de Aushwitz, na Segunda Guerra Mundial, que ele próprio vivenciou; aqueles que perderam a vontade de lutar, perderam sua fé, perderam o sentido da vida, não resistiram e foram levados à morte, mas aqueles em que ainda existia um significado se fortaleceram, que tinham fé na vida, resistiram. O autor ainda reforça que o sentido que se dá à vida auxilia a pessoa a resistir às mais diversas e difíceis situações que enfrenta. Essas ideias são corroboradas por Lowen (1983) ao dizer que sem as crenças, sem a fé, a pessoa se torna frágil; pode-se dizer que fica mais exposta às vicissitudes da vida, sem um dos pilares que alimenta o processo de viver.

Dada a sua importância, as crenças pessoais, religiosas e a espiritualidade integram como um domínio o instrumento da Organização Mundial de Saúde – o World Health Organization Quality of Life Instrument-100 - WHOQOL-100 (Fleck et al.,1999), que serve para avaliar a qualidade de vida. Isso talvez reforce que a vida do ser humano necessita de vários olhares envolvendo todas as suas dimensões – biológicas, sociológicas, culturais, psicológicas, espirituais e tantas outras.

Desse modo, ao visualizar as questões de saúde/doença e os sistemas de cuidado, muitas vezes somos remetidos a conceitos aprendidos e repetidos em nosso cotidiano. Alguns

talvez já ultrapassados, outros que estão se ampliando, possibilitando outras formas de olhar, perceber, interagir, estimular, valorizar e respeitar o ser humano. Concepções que, conforme colocam Souza, Paulo e Moreira (1996), foram mudando com o tempo, com a própria cultura, as classes sociais, pois estão ligadas às diferentes formas de ver o mundo. Portanto, esses conceitos devem ser ampliados, possibilitando, segundo Oliveira (2002), uma forma de cuidado culturalmente sensível, que atenda as necessidades individuais de cada pessoa.

A modernidade tem provocado a necessidade do resgate da variedade de saberes em saúde e a apreensão desses saberes nos vários contextos de cuidado. Ou, como consideram Deslandes e Gomes (2004), que possam ocorrer ajustes, envoltos em respeito, entre a racionalidade médico-científica e outras racionalidades, constituindo-se essas em uma organização simbólica no cotidiano das pessoas.

Rabelo (1994), Rabelo, Cunha e Schaeppi (1999) enfatizam que a literatura antropológica tem reconhecido que o tratamento das doenças é beneficiado pela religião levando as pessoas a recompor sua experiência no mundo. O tratamento religioso não despersonaliza o doente, mas atua sobre o indivíduo em toda sua complexidade.

Para Bourdieu (1987), está ocorrendo uma redefinição quanto ao trabalho de cura do corpo e da alma, das competências dentro do campo religioso, em que os limites deste e de outros campos, principalmente o da medicina, foram transformados. Todos estão envolvidos pela manipulação simbólica da vida, da visão de mundo e ainda procuram colocar em prática definições concorrentes, contrárias, tanto da saúde como do tratamento e cura do corpo e da alma.

Para ser entendido, o processo saúde/doença deve ser considerado como consequência da interação de múltiplos fatores, tais como: físicos, mentais, sociais e espirituais. Visto como processo, constitui-se em uma sequência de eventos, abrangendo pessoas, o meio em que vivem e também incluindo o mundo dos espíritos. Essa situação possibilita, então, que as pessoas entendam o sofrimento e organizem a experiência que estão vivenciando para aliviá-la (LANGDON, 1995; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Os caminhos que levam a considerar a causa da doença como de natureza espiritual podem ser distintos, desde comportamentos a interferência de forças ou entidades não humanas. Entretanto, mesmo havendo fronteiras entre as doenças biológicas e espirituais, tanto médicos quanto “especialistas religiosos” são procurados para o tratamento dos sintomas, mas como apontam Rabelo, Alves e Souza (1999, p. 65), esses próprios “especialistas” reforçam aos seus pacientes que também se submetam ao tratamento médico.

Grof (1988) contradiz a ideia de ver o ser humano como uma máquina biológica

movida por impulsos, sem reconhecer-lhe valores como consciência espiritual, sentimento de amor, senso de justiça e carência estética. Dessa forma, experiências espirituais são vistas pela ciência mecanicista como fenômenos patológicos. No entanto, Jung já considerava que a espiritualidade era indispensável para a saúde psicológica e que ele só cuidaria de pessoas que tivessem perante a vida uma perspectiva espiritual ou religiosa (GOLDSTEIN, SOMMERHALDER; 2002).

Mesmo relatadas desde a antiguidade, as curas espirituais continuam sem um reconhecimento de consenso científico. No entanto, ultimamente tem havido um movimento crescente por pesquisas abordando a função da espiritualidade e da religião na vida humana. Cientistas e médicos já procuram direcionar suas investigações abordando essas questões, buscando desenvolver conhecimento científico dentro do rigor que uma pesquisa requer (ALMEIDA; ALMEIDA; GOLLNER, 2000; GOLDSTEIN, SOMMERHALDER; 2002).

Dentre esses estudiosos e pesquisadores podem ser citados Rabelo (1993, 1994); Koenig, George e Peterson (1998); Negro Júnior (1999); Koenig et al. (1999); David (2001); Koenig (2001;2005,2007a,2007b) Teixeira (2003), Baltazar (2003); Puttini (2004); Leão (2004); O'Reilly (2004); Almeida (2005, 2007); Sanches (2006), Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), que têm investigado a associação entre a religião, a religiosidade, a espiritualidade e a saúde, tanto em sua dimensão física quanto mental, na vida das pessoas.

Na área da saúde mental a religiosidade e a espiritualidade já são aceitas pelo Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders – DSM-IV como causas importantes de distresse ou suporte emocional (Goldstein, Sommerhalder, 2002), são consideradas por muitas pessoas como fonte de suporte e bem-estar.

Referem ainda Almeida et al. (2000) que a Associação Psiquiátrica Americana, ao rever a “insensibilidade cultural” da psiquiatria, incluiu no DSM-IV **Problemas Espirituais e Religiosos** como uma nova categoria diagnóstica, reconhecendo que esses problemas podem ser o foco de uma consulta e do tratamento e que muitos desses problemas não são atribuíveis a um transtorno mental.

Para Marconi e Presotto (2001, p. 171), de maneira geral a religião “reforça e mantém os valores culturais, estando muitos deles ligados à ética e à moral, pelo menos implicitamente”. O que se pode depreender até este momento, frente às considerações dos vários autores, é que o ser humano é um ser integral, único, inserido num contexto sociocultural-espiritual. Ele é sujeito e agente de sua própria história na qual suas práticas socioculturais determinam ou ajudam a determinar as formas como cuida de sua saúde/doença. Entre as possibilidades de outras formas de olhar o mundo e o processo do

cuidado à saúde/doença, tenho observado que o Centro Espírita se apresenta como um espaço dentro desse itinerário de cuidado à saúde/doença.

Na academia, como docente de enfermagem em saúde mental, tenho sido questionada sobre a relação do Espiritismo com as várias formas de manifestação dos transtornos mentais. Diante desses questionamentos me fundamento em Machado (1995), para quem o transtorno é compreendido por alguns como expressão do sofrimento psíquico resultante de situações adversas que são vivenciadas em momentos de suas vidas, enquanto para outros o transtorno é visto como resultado de interferências espirituais que levam a pessoa a ter um sofrimento psíquico.

Nos atendimentos individualizados aos alunos de enfermagem e pessoas da comunidade universitária em geral, a questão espiritual tem sido trazida por eles e colocada em discussão, muitas vezes por crença, prática pessoal, curiosidade e/ou até mesmo como algo que faz parte da vida e a influencia no cotidiano. Assim sendo, essas constatações despertaram meu interesse em referendar tais observações que vêm desde a minha passagem pelo Curso de Mestrado em 1996, quando me iniciei na Doutrina Espírita.¹

Nos grupos espíritas acredita-se que a busca pela Casa Espírita, pela Doutrina Espírita, pode ocorrer de duas maneiras: pelo amor ou pela dor, mas preponderantemente pela dor. Foi através da dor, a dor da angústia, a dor da ansiedade, de uma dor que na verdade não conseguia compreender, que fui em busca de ‘atendimento fraterno’, o que pode ser chamado de uma ajuda terapêutica, recebida através dos médiuns² trabalhadores de um Centro Espírita. A partir daí me inseri em um grupo de estudos que pertencia a esse Centro, nele iniciando o estudo da Doutrina Espírita, à qual depois agregaria o trabalho mediúnico.

Durante o tempo de minha permanência nos trabalhos de atendimento realizados

¹ Doutrina Espírita ou Espiritismo: doutrina codificada por Allan Kardec, também chamado de espiritismo kardecista ou kardequiano, no sentido de diferenciá-lo do espiritismo afro-brasileiro. O Espiritismo é definido por Kardec (2004, p.12) como “uma ciência que trata da natureza, da origem e da destinação dos Espíritos, e das suas relações com o mundo corporal”.

² “Toda pessoa que sente, em um grau qualquer, a influência dos espíritos, por isso mesmo, é médium. Esta faculdade é inerente ao homem e, por consequência, não é privilégio exclusivo; também são poucos os quais não se encontrem alguns rudimentos dela. Pode-se, pois, dizer que todo mundo é, mais ou menos, médium. Todavia, usualmente, esta qualificação não se aplica senão àqueles nos quais a faculdade medianímica está nitidamente caracterizada, e se traduz por efeitos patentes de uma certa intensidade, o que depende, pois, de um organismo mais ou menos sensível. De outra parte, deve-se anotar que esta faculdade não se revela em todos do mesmo modo; os médiuns têm, geralmente, uma aptidão para tal ou tal ordem de fenômenos, o que lhes resulta tantas variedades quantas sejam as espécies de manifestações. As principais são: médiuns de efeitos físicos, os médiuns sensitivos ou impressionáveis, audientes, falantes, videntes, sonâmbulos, curadores, pneumatógrafos, escreventes ou psicógrafos” (KARDEC, 1996, p.181). Vários autores discutem sobre a mediunidade e os médiuns, tais como Cavalcanti (1983), Dellane (1992), Balduino (1994), Oliveira (1994), Palhano Jr (1998a,1998b), Aizpúria (2000), Denis (2000), Facure (2001), Loeffler (2003), Aleixo (2003), Chagas (2004), Almeida, Lotufo Neto (2004), Almeida (2005), Reis (2005).

naquele Centro Espírita³, percebia a chegada constante de pessoas buscando conforto, acolhimento, aprendizado, respostas, resoluções para as suas inquietações e sofrimentos, tanto físicos quanto psicológicos e espirituais, o que me levou a pensar ser esse mais um espaço de cuidado.

Em 2006 tive também a oportunidade de conhecer o Instituto de Medicina do Além (IMA), que realiza trabalho assistencial e espiritual, localizado na cidade de Franca-São Paulo, do qual ouvi comentários e sobre o qual li algumas reportagens, um livro do médium que ali desenvolvia seus trabalhos e por estar iniciando meus estudos no doutorado, resolvi conhecer essa realidade pessoalmente. Fui acolhida pelo médium João Berbel, escritor de livros de autoria de vários espíritos através da psicofonia, e ao explicar a razão de minha visita, foi-me permitido, sem qualquer objeção, observar todo o processo da cirurgia, que através dele eram realizadas por médicos espirituais.⁴ Ele teceu alguns comentários sobre a sua história e o funcionamento das atividades da instituição. Por ser realizada não no corpo físico, mas no corpo espiritual (perispírito)⁵, a cirurgia espiritual não dispensa o tratamento médico.

A situação relatada acima é corroborada por Garcia (2007), que diz ser evidente que muitas pessoas vão ou já foram a instituições que realizam tratamentos espirituais e religiosos em busca de solução para doenças tanto físicas quanto psíquicas ou emocionais, sendo nesse caso a fonte de cura a intervenção do plano espiritual. Os atendimentos oferecidos em diversas instituições e por diferentes médiuns ou curadores é chamado pela autora de clínica espírita ou espiritual.

³Durante a coleta de dados até o final desta pesquisa, fiquei afastada integralmente das minhas atividades nesse Centro Espírita.

⁴No Brasil alguns médiuns curadores, tanto espíritas como não espíritas, atuaram e atuam dando ênfase às cirurgias espirituais, podendo-se citar entre eles: José Pedro de Freitas, conhecido como Zé Arigó, Edson Cavalcante de Queiroz, Rubens Faria, José Carlos Ribeiro, Antônio de Oliveira Rios, João Teixeira de Farias, Maurício Magalhães e Chico Monteiro. Greenfield (1999) discute sobre as cirurgias espirituais, destacando alguns desses médiuns.

⁵O ser humano pode apresentar-se na forma de vida chamada encarnada, que corresponde ao período desde o nascimento até a morte, e a outra desencarnada, em que o corpo físico já não existe, em decorrência da morte, ou desencarne na linguagem espírita, mas o espírito retorna ao mundo espiritual. Na forma de vida encarnada, o homem é formado por três elementos: o corpo físico, o espírito ou alma e o perispírito. O corpo físico é composto de matéria física, mais densa, é o envoltório material temporário que após a morte é abandonado; o perispírito é uma matéria mais sutil, o envoltório fluídico permanente, que é invisível aos sentidos humanos, ele acompanha a alma na sua evolução, melhorando e se purificando. Considerando a essência divina, o espírito continua existindo após a finitude da vida corpórea e é constituído de razão, consciência e livre-arbítrio (BARBOSA, 1995). Portanto, com a desintegração do corpo físico, vive-se como ser desencarnado, constituído somente por perispírito e espírito. O perispírito é considerado o molde ou arcabouço do corpo físico e usualmente a forma como se apresenta é a do corpo físico da última existência. É semimaterial, invisível, expansível, hipersensível, de grande plasticidade e possui a propriedade da irradiação – aura (AIZPÚRUA, 2000).

A possibilidade de as pessoas transitarem por espaços de cuidado diversos guiou esse meu interesse como enfermeira e docente, e assim procurei investigar como o Centro Espírita, dentro da concepção do Espiritismo kardecista, se insere como parte do itinerário terapêutico no processo de cuidado.

Para compreender o significado da busca de um Centro Espírita no itinerário terapêutico para o cuidado em situações de vida me apoiei no modelo de Sistema de Cuidado à Saúde de Arthur Kleinman e no pensamento interpretativista de Clifford Geertz.

O modelo de Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980) possibilita estudar e compreender o modo como vivem as pessoas em determinado contexto cultural e social, reagem, percebem, rotulam, explicam e tratam a vida no processo de saúde/ doença. Fatores sociais como classe, educação, religião, etnia e rede social influenciam a percepção e utilização de recursos de saúde dentro de um mesmo local, atuando na constituição de diversas realidades clínicas dentro de um mesmo sistema de cuidado à saúde. Esse modelo é descrito como um sistema cultural local, integrando três subsistemas que se inter-relacionam e interagem, possibilitando o caminhar das pessoas por entre eles: subsistema popular, profissional e folclórico. Tais subsistemas podem ser considerados também como uma cultura distinta.

O caminhar por entre os subsistemas é abordado por Csordas e Kleinman (1990) como processo terapêutico, ou itinerário terapêutico, como quer Langdon (1994). Essa autora destaca: “a lógica do itinerário terapêutico procede do registro de sintomas para o registro de causas, [...] depende do que estão tratando de curar; os sintomas ou o porquê da doença” (p. 67-68).

Tendo autonomia quanto às suas crenças ao longo de uma sequência de eventos, a pessoa passa de um subsistema a outro em busca de diagnósticos, cuidados terapêuticos e avaliação dos resultados alcançados. Esse curso de ações realizadas é de grande complexidade dentro do sistema de cuidado e, conforme assinala Gerhardt (2006), pode ser de difícil apreensão se o contexto em que a pessoa se encontra não for considerado. O contexto engloba a dimensão cultural dos indivíduos, dentro de suas visões de mundo, redes de símbolos e significados que permeiam todas as fases do itinerário terapêutico em saúde, desde o surgimento dos sinais e sintomas, até a busca pelos tratamentos a serem levados a efeito.

Nesse contexto é importante considerar que a cultura é constituída por símbolos significantes, que dão significado às experiências humanas, sendo compartilhados entre os membros dessa cultura, e através da sua interpretação, essa cultura pode ser conhecida, compreendida. Sendo assim, quando da realização de investigações dentro de contextos

culturais, o olhar deve partir do ponto de vista dos informantes envolvidos, pois são eles que sabem das suas próprias experiências (GEERTZ, 1989, 1997).

No estudo da cultura, o “senso comum” não pode ser desconsiderado. O pensamento que surge do senso comum constitui-se na confirmação das opiniões que surgem das experiências vividas e não de resoluções sobre elas. Portanto, não parte de argumentos, mas da vida. Não é uma simples apreensão fortuita da realidade, mas constitui-se em uma sabedoria coloquial, que valoriza a realidade. Traduz opiniões de pessoas que se diferenciam de outras, em virtude das experiências específicas que são vivenciadas entre ambas (GEERTZ, 1997).

Assim, na Teoria Interpretativa da Cultura, Geertz (1989, p. 16) enfatiza que “os antropólogos não estudam *as* aldeias, eles estudam *nas* aldeias”, ou seja, esses devem fazer parte do cotidiano pesquisado, dialogando com os informantes.

Meu interesse em desenvolver este estudo foi, sobretudo, pela oportunidade de contribuir com a discussão acerca da experiência vivida pela pessoa que busca o Centro Espírita como mais um recurso terapêutico dentro do Sistema de Cuidado à Saúde e para que o corpo de conhecimentos continue a ampliar-se no tocante ao processo saúde/doença. Para a enfermagem, estudos dessa natureza também são importantes para abrir o campo de visão e permitir outros olhares, aguçando a sensibilidade dentro do processo de cuidar.

Convém lembrar que existem relativamente poucos estudos direcionados a compreender a opção pelo Centro Espírita no itinerário terapêutico. Considerando que a Doutrina Espírita faz parte da cultura nacional e das práticas de cuidado desde o século XIX, acredito que todas as formas de cuidar da saúde podem favorecer outra compreensão do homem e dos fenômenos a que esteja submetido. Tal situação poderá proporcionar uma visão mais abrangente do processo saúde/doença, permitindo a integração de várias dimensões do SER. Diante disso, atender as necessidades no processo de cuidar vai além das de natureza puramente biológica, ou seja, envolve também as psíquicas, espirituais, sociais e culturais, entre outras.

2 TESE E OBJETIVOS

Questão de pesquisa: **Qual é o significado da busca de um Centro Espírita como parte do itinerário terapêutico do cuidado em situações de vida?**

Essa questão se fundamenta na seguinte tese: **Em situações de vida as pessoas transitam por diferentes agências de cuidado que estão inseridas no seu itinerário terapêutico ao longo do seu processo de viver.**

Para que a resposta à questão da pesquisa fosse obtida e também alcançasse o enunciado da tese, propusemos os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Compreender o significado da busca de um Centro Espírita do município de Florianópolis-SC como parte do itinerário terapêutico no processo de cuidado em situações de vida.

Objetivos específicos:

- Levantar o itinerário terapêutico percorrido pelas pessoas para o cuidado em situações de vida.
- Conhecer as práticas de cuidado que as pessoas adotam em seu processo de viver.
- Identificar os significados dados pelas pessoas sobre o cuidado em situações de vida recebido no Centro Espírita.

3 O PERCURSO TEÓRICO

“... os caminhos que há alguns anos ainda poderiam ser considerados sendas trilhadas episodicamente estão em vias de tornar-se importantes rodovias”.
(Laplantine e Rabeyron)

A antropologia trata os fenômenos culturais como sistemas significativos e tem contribuído para a construção de um novo paradigma acerca do processo saúde/doença quando o analisa e busca compreendê-lo para além do proposto pela biomedicina. Seu olhar relativista possibilita a prática do respeito ao outro, fixa os limites da biomedicina e, como sinalizam Garnelo e Langdon (2005), favorece uma harmonia, um equilíbrio entre os saberes científicos e os que são considerados não científicos, reconhecendo as necessidades e prioridades dos indivíduos.

Para orientar este estudo sobre itinerário terapêutico, procurei ter um olhar antropológico, através do diálogo com autores da antropologia, tendo como base Arthur Kleinman, com o enfoque no modelo de Sistema de Cuidados à Saúde e no pensamento interpretativista de Clifford Geertz.

Ao realizar pesquisas na Ásia na década de 70, estudando a cultura chinesa, Kleinman partiu do princípio de que o Sistema de Cuidado à Saúde é social e culturalmente construído, propondo um modelo de análise. Ele descreveu a estrutura típica de sistemas de cuidado de saúde em sociedades complexas em termos da relação entre setores compostos por formas de cura profissionalizadas, especialidades folclóricas ou tradicionais, e o cuidado de saúde popular, incluindo o conhecimento e práticas das comunidades, famílias e indivíduos.

Entendendo o processo saúde/doença como parte de um contexto sociocultural e, como tal, envolvendo interpretação e negociação de significados que direcionam a busca de cuidados, uma das formas de compreendê-lo e analisá-lo é através da perspectiva interpretativista, que foi desenvolvida por Kleinman com base nas idéias de Geertz.

Para Geertz (1989) não existe uma fórmula para o diálogo na busca da compreensão de significados, comportamentos e ações das pessoas. O pensamento interpretativista parte do ponto de vista das pessoas para compreender e interpretar o processo de construção de significado das experiências que vivenciam em suas práticas socioculturais. No processo saúde/doença, cuidado e tratamento o pensamento interpretativista, conforme refere Geertz (1989), objetiva responder não as questões que nós formulamos, mas sim que possamos

contar, considerar, compreender e interpretar as respostas que são dadas, refletindo-se dessa forma em um diálogo interativo entre os sujeitos. Da mesma forma é necessário deixar de lado nossas concepções para que se possa entender as concepções do outro através de suas experiências (GEERTZ, 1997). Esse referencial coloca a pessoa como foco, essência, é ela quem fala, permitindo mostrar o que busca, significa e lhe seja significante, dentro de um contexto maior ou mais específico.

Geertz (1989), que representa a linha interpretativa na antropologia, conceitua a cultura apoiando-se na afirmação de Max Weber, que considera o homem um animal ligado a teias de significados que ele mesmo teceu. Para Geertz, a cultura é essa teia, e é dentro dela que as pessoas vivem, envolvidas por conceitos, códigos, símbolos, produzindo os seus significados. A cultura não é apenas um ornamento da existência humana, mas condição imprescindível, é a base principal de sua especificidade, constituindo-se o seu estudo uma ciência interpretativa na busca de significados. Constituída por símbolos que são compartilhados entre os seus membros, a cultura pode ser interpretada, e, conseqüentemente, conhecida e compreendida. E por todo o dinamismo que envolve as contínuas interações, com novos resultados e interpretações, novas ações dentro de todo esse contexto podem ser produzidas.

A cultura característica de um povo é responsável basicamente pela construção do homem, que é um ser inacabado e, portanto, necessita de aprendizados para evoluir e aprimorar-se. A cultura fornece os elementos para que os eventos do processo de viver e as práticas de saúde sejam compreendidas e aceitas, “sejam inteligíveis”. Dessa forma, “o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las” (GEERTZ, 1989; 1997, p. 29).

Para Geertz (1997), a análise das ações cotidianas permite definir os códigos que estruturam o pensamento e conferem um significado ao mundo; essas ações são as que formam aqui o que ele chama de senso comum, que permite uma leitura direta da realidade. O senso comum se caracteriza pela acessibilidade, praticabilidade, naturalidade, e por não ser não-metódico; ele surge das experiências das situações de vida, tanto relacionadas às alegrias e ao prazer, quanto aos sofrimentos.

Uchôa e Vidal (1994) mencionam que é através da corrente interpretativa que emerge uma nova relação entre a pessoa e a cultura, possibilitando a incorporação de todo esse contexto na abordagem do processo saúde/doença, acrescentando, além disso, o cuidado.

Ao discutir sobre cultura partindo do conceito de Geertz, Langdon (1995) declara que a cultura se expressa pelas interações sociais, momentos nos quais os atores se comunicam e agindo em conjunto buscam entender o significado dos eventos e procuram soluções. O significado dos eventos se manifesta nas ações seguidas por estes atores. Refere também a autora que o sistema de saúde é igualmente um sistema cultural, com significados que estão ancorados nas dinâmicas particulares das instituições e modelos de interações interpessoais. Tal sistema de significados integra os componentes referentes à saúde e proporciona à pessoa pistas para que interprete sua doença e as ações possíveis para o seu cuidado.

Psiquiatra com formação em antropologia, a partir da década de 70 Kleinman propõe, com outros antropólogos como Fabrega, Good e Young, outras visões alternativas à biomedicina relacionadas ao conceito de doença, considerando toda a questão biológica articulada a um sistema cultural (LANGDON, 1994; GONÇALVES, 2004).

Segundo Helman (1994), a cultura deve ser sempre vista em seu contexto particular, sendo apenas uma entre várias influências do modo como o indivíduo vive, e nesse sentido, o contexto da cultura é extremamente importante na busca por conhecer como a doença é construída, experimentada e também como o tratamento é selecionado, organizado pelas pessoas e como estas respondem aos seus cuidados de saúde e doença (KLEINMAN, 1980).

Os sistemas culturais são envolvidos por conceitos e fontes de poder que são legitimados dentro da sociedade. O poder legitimado socialmente é visto como o princípio ativo que provê o sistema de cuidado à saúde e a realidade social, determinando o que aquele poder é, como pode ser aplicado e qual a sua realidade simbólica. Dentro desse contexto, constroem-se os caminhos pelos quais esse poder pode ser aplicado. Em situações de doença e tratamento, diferentes formas de poder são também construídas dentro do papel de doente e das relações terapêuticas, em virtude do status social (KLEINMAN, 1980).

Para Kleinman (1980), o Sistema de Cuidado à Saúde é compreendido como uma interconexão entre os diversos elementos relacionados a saúde, doença e cuidados, integrando os padrões de crença sobre as doenças, a experiência dos sintomas, decisões de escolha de tratamentos, expectativas e avaliações dos resultados das práticas terapêuticas utilizadas. Da mesma forma, religião, classe social, educação, ocupação, etnia e rede social têm papel importante no processo de decisão quanto à escolha dos recursos de saúde disponíveis dentro de uma mesma localidade. Tal situação acaba resultando na existência de realidades diversas dentro de um mesmo sistema de cuidado à saúde/doença, sendo então esse sistema constituído de componentes ‘carregados de cultura’. Pode ser observada uma série de alternativas e dos

chamados especialistas terapêuticos que se disponibilizam a interagir no processo saúde/doença. O cuidado à saúde deve ser apreciado então como um sistema que é social e cultural em origem, estrutura, função e significado. O Sistema de Cuidado à Saúde ajuda a reconhecer um sistema integral.

Além da própria cultura, conforme aponta Kleinman (1980), a configuração do Sistema de Cuidado à Saúde é também determinada por outros fatores como aqueles que fazem parte da estrutura interna do sistema (aqui ele se relaciona aos subsistemas de cuidado), além dos fatores externos em que estão incluídos os determinantes políticos, econômicos, sociais, estruturais, históricos e ambientais. Nos tempos atuais, percebemos que esses determinantes estão sendo cada vez mais considerados dentro da promoção, da prevenção e do cuidado aos agravos da saúde, embora se enfatize que mesmo assim as restrições, especialmente socioeconômicas, acabam por desencadear problemas de saúde, principalmente no campo da saúde mental.

Kleinman (1980) vê saúde, enfermidade e cuidado como parte de um sistema cultural e, dessa forma, devem ser compreendidos dentro das relações mútuas que estabelecem. Analisá-los de forma separada pode levar a distorções, interpretações não corretas de como funcionam dentro de determinado contexto.

Para Kleinman (1980), o Sistema de Cuidado à Saúde possibilita estudar o modo como as pessoas agem nele e usam seus componentes; inclui as crenças das pessoas e padrões de comportamento, que são dirigidos por regras culturais. As crenças e comportamentos são influenciados por instituições sociais, por papéis sociais, por relações interpessoais, por ambientes de interação, por restrições econômicas e políticas, pelo tipo de problema de saúde e tratamentos disponíveis. O Sistema de Cuidado à Saúde é organizado através da interação dessas variáveis. Para o autor, o Sistema de Cuidado à Saúde encontra em Geertz (1989) a definição de um sistema cultural: ele é ambos, um modelo “para” e “de” uma área especial do comportamento humano. Como outros sistemas culturais, o Sistema de Cuidado à Saúde precisa ser entendido quanto às suas atividades instrumentais e simbólicas. Crenças e comportamentos que constituem essas atividades sofrem a influência das instituições sociais, dos papéis sociais, das relações interpessoais, dos ambientes de interação, das restrições políticas e econômicas, como também de outros fatores como a intervenção de tratamento disponível e tipo de problema (KLEINMAN, 1980).

Para Kleinman (1980) o Sistema de Cuidado à Saúde é uma realidade social; corresponde ao mundo de interações humanas. Essa realidade é onde a vida cotidiana é planejada, os papéis sociais são definidos e guiados e as pessoas negociam entre si sob um

sistema de regras culturais. O autor considera que esse modelo de Sistema de Cuidado à Saúde procura ter uma visão mais microscópica, mais interna, mas sem deixar de considerar os fatores externos que outros modelos contemplam.

O Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980) é descrito como um sistema cultural, integrado por três subsistemas⁶, setores ou arenas como também são denominados: o subsistema familiar, o subsistema profissional e o subsistema popular, cada qual podendo ser considerados como uma “cultura” separada. Eles se diferenciam entre si quanto à condição de conhecimento médico especializado, existência ou não de treinamento e ao tipo de organização que o constituem. Além disso, também quanto ao tipo de encontro, relações e comunicações que se estabelecem entre a pessoa que busca o cuidado e a pessoa que oferece o cuidado. Tal sistema possibilita às pessoas terem caminhos para que possam interpretar seus episódios de saúde/doença e ao mesmo tempo ações que direcionem a busca dos cuidados, tratamentos e a própria cura (LANGDON, 1994).

O **subsistema familiar** é a maior expressão dentro desse Sistema de Cuidado à Saúde, aparece como central, mesmo sendo ainda pouco estudado e compreendido. É a matriz, envolvendo o indivíduo, a família, a rede social e todo o contexto da comunidade em que se insere. É onde, em um primeiro momento, a doença é identificada e estratégias de enfrentamento e cuidados são iniciados. São disponibilizadas alternativas para as pessoas e para as famílias, que de certa forma se caracterizam pela gratuidade. Os tipos de cuidados e tratamentos incluem várias alternativas, como, por exemplo: repouso, mudança na dieta, massagens, remédios caseiros, suporte emocional e práticas religiosas, grupos de autoajuda, entre outros, visando quase sempre ao alívio dos sintomas. As condições socioeconômicas exercem uma influência significativa sobre esse subsistema, ou seja, os episódios de saúde/doença são primeiramente tratados no seio das famílias, o que de certa forma não ocorre com as famílias com melhores condições, que logo procuram cuidados profissionais. É um campo leigo, não profissional, não especialista, mas que não deixa de interagir com cada um dos outros subsistemas de cuidado, podendo ser considerado como importante para a área da saúde. Esse subsistema é a conexão dos limites entre os demais subsistemas, por concentrar os pontos de entrada, saída e de interação entre eles. Na verdade, as pessoas passam por todos os processos de cuidado que lhes são disponibilizados, mesmo tendo de enfrentar uma diversidade de crenças e valores. Mas retornam a esse subsistema para tomarem decisões, através de negociações e avaliações sobre o que lhes foi proposto ou

⁶ Langdon (1994) traduziu esses subsistemas denominando o popular como familiar, o profissional permanecendo e o folk ou folclórico como popular, terminologia que adotei aqui.

encaminhado (KLEINMAN, 1980, 1988; BUCHILLET, 1991; LANGDON, 1994).

Nesse subsistema familiar, as pessoas com mais experiência, sejam elas familiares ou vizinhos, acabam formando um sistema de referência leigo que direciona a busca dos diferentes subsistemas de cuidado à saúde e também avalia o cuidado recebido. Na maior parte desse subsistema, a preocupação está mais direcionada à saúde e à sua manutenção, não em relação à doença em si. O gerenciamento do processo saúde/doença se dá, pois, a partir da rede de crenças e valores das pessoas e famílias que fazem parte da estrutura cognitiva da cultura popular. As decisões tomadas cobrem uma faixa de possíveis alternativas, que podem ser convergentes, mas também divergentes, gerando conflitos no processo decisório entre as diversas escolhas de cuidados e tratamentos. Esse subsistema é considerado como a “fonte chefe” e o mais imediato determinante do cuidado (KLEINMAN, 1980; LOYOLA, 1984).

No subsistema familiar todos os recursos considerados como terapêuticos são utilizados de forma “ecletica”, visando a um tratamento, um cuidado para a doença. Pode ser instituído um cuidado que se encontra dentro do seu conhecimento ou buscar ajuda com amigos, parentes, vizinhos e outros leigos. Nesse processo a doença pode também ser reclassificada em decorrência do surgimento de uma nova sintomatologia ou na observância de um tratamento ineficaz (KLEINMAN, 1980; BUCHILLET, 1991; LANGDON, 1994).

Ao comentar que a família é considerada a “fonte chefe” e a mais imediata determinante do cuidado, Kleinman (1980) reforça que poucos profissionais de saúde têm desenvolvido conhecimentos sobre esse contexto de cuidado. No entanto, dentro do contexto da enfermagem, pode ser destacado estudo desenvolvido por Elsen (1984), com famílias de origem açoriana de uma comunidade pesqueira, em que procurou investigar os conceitos de saúde e doença. Os resultados revelaram que as famílias têm seus modelos de cuidado, envolvidos por sua cultura. É através deles que as famílias escolhem as condutas preventivas, avaliam o processo saúde/doença e decidem sobre os cuidados e tratamentos necessários. Mostraram também que os problemas de saúde relatados pelas que as famílias raramente são solucionados com cuidados e tratamentos no subsistema profissional. Elsen é precursora de estudos que enfocam a família como agente principal de cuidado.

No **subsistema profissional**, estão as profissões que têm uma prática terapêutica acadêmica, considerada organizada e, sobretudo, reconhecida legalmente. O foco principal desse subsistema está voltado para a biomedicina, que detém a hegemonia e o poder no campo de cuidado em saúde/doença, sobrepondo-se a outros sistemas médicos profissionais que também existem, como a medicina chinesa e a medicina ayurvédica, entre outras. Por sua organização, desenvolvimento e prestígio, os demais recursos de saúde acabam, de certa

forma, sendo direcionados por seus conhecimentos. Assim, a biomedicina ainda considera de menor relevância os aspectos psicossociais, culturais, crenças e valores e não os percebe como recursos que compõem o universo de um Sistema de Cuidado à Saúde mais amplo e complexo (KLEINMAN, 1980; OLIVEIRA, 2002). Esse modelo proposto pela biomedicina influenciou significativamente as outras profissões da saúde, como a enfermagem, a psicologia e a nutrição, entre outras, que acabam também, de alguma forma, não valorizando outros conhecimentos.

Centrada no exercício do poder profissional, a biomedicina torna-se uma fonte de poder social, que desconsidera tudo o que as pessoas sabem, vivenciam e referem em suas condições de saúde/doença. No encontro do profissional com paciente/família, observa-se que o primeiro é quem centraliza todo o conhecimento, todo o saber, é aquele que ordena e os outros são aqueles que escutam passivamente, concordando e cumprindo as ordens dadas. Toda essa situação reforça o controle que a biomedicina tem sobre o Sistema de Cuidado à Saúde (KLEINMAN, 1980; CARTANA; HECK, 1997).

Para Kleinman (1980), três forças atuam sobre os profissionais de saúde e respondem pela inexistência de uma visão holística do Sistema de Cuidado à Saúde: etnocentrismo e cientificismo; modelo de saúde idealizado e tecnicista; ideia de que tratamento e cura de doenças são de domínio exclusivo da biomedicina. O etnocentrismo e o cientificismo dominam as modernas profissões médicas que seguem o paradigma da ciência biomédica. O modelo de saúde idealizado e tecnicista é um viés de muitos profissionais de saúde de sociedades em desenvolvimento. Esses acabam reestruturando o sistema de cuidado por um modelo idealizado de cuidado profissional baseado no utilizado em sociedades com tecnologias avançadas.

Considerar o tratamento e a cura das doenças de domínio exclusivo da biomedicina é uma visão de muitos profissionais que compreendem o cuidado, tratamento e a cura como um processo totalmente independente, atemporal, livre da cultura. A doença e a experiência de quem passa por esse processo transcendem o que a esfera médica pensa, como sublinham Adam e Herzlich (2001).

A biomedicina é reconhecida por sua eficácia em determinadas doenças, mas acaba não produzindo respostas a tantas outras que têm surgido no processo de viver das pessoas. Ela tem como prerrogativa o estudo e as conquistas obtidas em tratamentos, colocando à margem de seu horizonte de inquietações toda a dinâmica social e subjetiva, além das adequações que as pessoas devem fazer com suas doenças e sofrimentos. A biomedicina não deixa de ser também criticada em virtude dessa quase violência alopática, ou seja, em virtude

da utilização de tantas drogas e produtos que são avaliados como de alto poder de eficácia (KLEINMAN, 1980; LAPLANTINE; RABEYRON, 1989; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Nesse sentido, no subsistema profissional a pessoa é percebida e sentida como apenas um objeto de intervenção tecnocientífica, em que seu corpo físico, psíquico, espiritual envolvido por símbolos e significados pessoais e sociais no processo saúde/doença acaba sendo desconsiderado. A doença física é o centro da atenção, havendo quase nenhuma referência a aspectos que envolvam o ambiente, a religião, relações sociais e também ao significado que a pessoa dá a sua doença. O atendimento se torna impessoal, acaba não existindo o conhecimento do contexto sociocultural-histórico da pessoa, assim como as emoções e sentimentos deixam de ser valorizados. Em todo esse processo a pessoa deve estar inserida, seu contexto envolvido e considerado (HELMAN, 1994; RAMIRES, 1996; LUZ, 2005). Da mesma forma, um outro aspecto importante a ser salientado é a relação estabelecida entre o profissional e a pessoa a ser cuidada, em cujo subsistema profissional a pessoa doente acaba sendo fragmentada e expressando-se quase sem voz nem iniciativa.

Apesar de todas essas considerações, a biomedicina não pode ser responsabilizada por todas as dificuldades relacionadas ao campo da saúde. Ela é reconhecida pelas descobertas científicas desenvolvidas de forma contínua e também com toda a sua complexidade tecnológica, contribuindo fortemente no processo saúde/doença, provocando um avanço na conquista da saúde. Como já referenciado anteriormente, as demais profissões que também pertencem à área da saúde e que tiveram como modelo na sua formação o que propõe a biomedicina (enfermagem, psicologia, odontologia, nutrição, farmácia, bioquímica e aqui incluo também a educação física, por promover ações de saúde), fazem parte igualmente do subsistema profissional. No entanto, percebe-se que essas profissões estão buscando incorporar em suas práticas de cuidado o respeito às questões culturais, psicossociais, espirituais, crenças e valores das pessoas que cuidam.

Cada profissional tem as suas características próprias nas suas ações de cuidar e tratar, desenvolvendo importante papel dentro do Sistema de Cuidado à Saúde. Nesse subsistema alguns profissionais interagem, fazem trocas, discussões, reflexões e avaliações, com base em suas competências. Essa situação é destacada de certa forma por Kleinman (1980), quando diz que como cada subsistema cria a sua própria realidade, assim também ocorre entre as diferentes profissões. Isto pode ser pensado não como divergência, mas como possibilidade de fortalecimento das relações inter, trans ou multiprofissionais no cuidado à saúde.

Na enfermagem, seus profissionais têm procurado desenvolver um cuidado

culturalmente mais sensível e mais atento, percebendo o ser humano em suas individualidades e singularidades, estabelecendo interações significativas baseadas no respeito mútuo e tendo assim, conforme destaca Boehs (2001), o seu reconhecimento, tanto pelo paciente/família/comunidade, quanto pelos demais profissionais que fazem parte do sistema de saúde.

No último **subsistema, o popular**, encontram-se os especialistas de cura, e como são considerados não profissionais, não são reconhecidos legalmente. Esse subsistema está entre os outros dois subsistemas, interagindo com alguns elementos do profissional, mas principalmente do subsistema familiar. Nas sociedades em que a profissionalização falta ou é escassa, o subsistema popular e o familiar é que constituem o Sistema de Cuidado à Saúde. Fazem parte desse subsistema diferentes práticas de cuidado e tratamento, como: cirurgias espirituais, rituais de cura, xamanismo, tratamentos manipulativos, rezadores, benzedadeiras, especialistas em ervas e curandeiros, entre outros (KLEINMAN, 1980).

Segundo Langdon (1994), esse campo é extremamente dinâmico e heterogêneo, e embora não tenham formação profissional, essas pessoas que compõem o subsistema popular são reconhecidas na comunidade por sua competência e habilidade em tratar algumas manifestações das doenças. Naturalmente que isso só ocorre porque as pessoas que buscam por esse tipo de tratamento partilham valores culturais, englobando crenças quanto a causa, significado e cuidados à saúde/doença. A chegada a esse subsistema se dá pela comunicação intermediada, basicamente, pela família e por vizinhos (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989). Esse subsistema também provoca transtornos na ideologia que visa ao biológico e à especialidade da medicina erudita, conforme constatou Loyola (1984) em sua pesquisa.

Nesse subsistema popular a família também se envolve, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, conforme assinala Helman (1994). Logo, a atenção não é somente sobre a pessoa que passa por um episódio de doença, mas também por todos que compartilham essa situação.

Dentro de todo esse Sistema de Cuidado à Saúde, Kleinman (1992) aponta que os diversos subsistemas de cuidado permanecem numa sociedade basicamente porque atuam nas diferentes dimensões da doença. A mudança terapêutica, como destaca Kleinman (1995), pode fazer uma pequena diferença que se torna toda a diferença na vida de uma pessoa, uma pequena importância que repara, reconstrói, revigora, reinventa. Essa permanência dos subsistemas de cuidado indica a necessidade de conhecer como se organizam as redes sociais que lhe servem de suporte. Os profissionais de saúde, como sublinham Garnelo e Langdon (2005), precisam reconhecer o que é praticado em sua área de abrangência para evitar a

disputa da legitimidade entre os prestadores de cuidados de saúde, sejam eles formais ou informais.

Esses subsistemas de cuidado estão na verdade imbricados, embora cada qual com características específicas em sua maneira de explicar, cuidar e tratar os episódios de saúde/doença, além de definir os papéis e o tipo de interação no encontro terapêutico. Cada um usa linguagem, símbolos e rituais próprios, como os herbalistas, a medicina chinesa e ayurvédica, a biomedicina, a acupuntura, a homeopatia, os curadores. Nesse grande pluralismo de práticas é necessário que as pessoas que os procuram saibam como funcionam. Essas pessoas também recebem distintas denominações: em um é considerada 'um membro da família doente', em outro é um 'paciente', e pode ser considerada como 'cliente' em mais de um desses subsistemas (KLEINMAN, 1980,1995; HELMAN, 1994; BOEHS, 2001).

Merece também ser destacado que nos subsistemas de cuidado não médicos, conforme expressa Boscán (2000), é considerado o sofrimento das pessoas acometidas por alguma enfermidade. Geertz (1989) comenta que sob a perspectiva da religião, o sofrimento não é eliminado, pelo contrário, a pessoa deve saber tolerar, suportar, compreender e, de certa forma, aprender a sofrer, muito mais do que ser consolada. A religião possibilita compreender o poder dos recursos do ser humano para expressar suas emoções, compreender o mundo, influenciando positivamente em suas situações de vida. Ela ajusta as ações humanas no plano da experiência humana.

Kleinman (1995) reforça que toda a construção de cura da biomedicina difere dos outros subsistemas de cura, de cuidado, por uma quase inexistência da compaixão, do humano e no significado atribuído a essas experiências que o ser humano vivencia. Buscando entender como as práticas e as relações ocorrem entre os diferentes subsistemas, Kleinman (1980, 1995) desenvolveu o 'modelo explicativo', que corresponde às noções sobre um evento ou doença, cuidado e tratamento que são utilizados por todas as pessoas envolvidas nesse processo. Cada um tem o seu modelo explicativo para a interpretação e a ação frente ao evento que vivencia. Esse modelo possibilita guiar escolhas entre terapias disponíveis e terapêutas e também serve para designar o significado pessoal e social na experiência da enfermidade. A interação entre os modelos explicativos de quem recebe e de quem proporciona o cuidado à saúde possibilita investigar o contexto sociocultural que afeta as relações entre ambos.

Assim, ao se encontrarem, representando a pessoa que procura o cuidado e aquela que o presta, esses diferentes modelos explicativos passam por um processo de negociação. Posicionamentos e argumentos, tanto de um lado quanto do outro, acabam por possibilitar um

consenso a respeito dos subsistemas de cuidado à saúde que estejam disponíveis. Oliveira (2002) considera importante desenvolver a habilidade para ouvir e perceber as diversidades culturais, entendendo e valorizando todas as formas de cuidado dentro do contexto em que se desenvolvem. Esse processo de negociação permite que o cuidado praticado pelos profissionais se torne adequado.

Para Uchôa e Vidal (1994) os modelos explicativos possibilitam avaliar a separação e a interação que existem entre os modelos médicos (subsistema profissional) e não médicos (subsistema familiar, popular), e também problemas de comunicação que ocorrem entre os modelos culturais e médicos, seja em atividades clínicas, de pesquisa ou educativas.

Essa pluralidade de subsistemas de cuidado à saúde e dos distintos modelos explicativos vai demarcando o itinerário terapêutico, que é considerado por Csordas e Kleinman (1990) como processo terapêutico, encontrado em quatro concepções na literatura: 1) como o curso de um evento de tratamento - é um processo ritual, entendido como a sequência de ações, fases ou estágios experimentados pelas pessoas; 2) como uma sequência de manifestações experienciais ou intrapsíquicas - reconhece que o processo terapêutico vai além do evento de cura; 3) como o curso de um episódio da doença - que remete a uma sequência de decisões levando ao diagnóstico e ao tratamento, correspondendo ao pluralismo médico (remete ao Sistema de Cuidado à Saúde apresentado por Kleinman (1980)); e 4) como controle social e ideológico desempenhado através de práticas de cura - culmina com a decisão sobre quais tratamentos utilizar, em que ordem e os considerados inadequados.

Os primeiros trabalhos enfocando o itinerário terapêutico, segundo Alves e Souza (1999), foram realizados no campo de uma concepção conhecida como comportamento do enfermo, tendo como pressuposto que as pessoas usavam basicamente o critério do custo-benefício para decidir sobre qual tratamento adotar.

Trabalhos desenvolvidos a partir da década de 70 salientam que, além de formarem diversas concepções médicas quanto a causas, sintomas, diagnósticos, tratamento e cuidados no processo saúde/doença, as sociedades também determinam acordos sobre como as pessoas devem comportar-se quando estão doentes (ALVES; SOUZA, 1999)⁷. É um intrincamento de papéis que se delineiam no decurso do itinerário terapêutico, resultante das relações estabelecidas entre os distintos agentes sociais. Como todo esse caminhar está envolvido pelas relações humanas, Scholze e Silva (2005) preferem chamá-lo de itinerário de cura e cuidado, em vez de itinerário terapêutico.

⁷ Alves e Souza (1999) também apresentam autores que tecem considerações sobre o itinerário terapêutico.

O itinerário terapêutico é constituído pelo resultado de sucessivas decisões e negociações que ocorrem entre pessoas e grupos na identificação da doença e na escolha de opções de cuidados e tratamentos. Compreende uma sequência de ações de distintas origens e finalidades, fases ou estágios que as pessoas envolvidas experienciam ao lidarem com o processo saúde/doença, possibilitando o “navegar através de um mar de escolhas terapêuticas” (CSORDAS; KLEINMAN, 1990, p.17; LANGDON, 1994; ALVES; RABELO, 1998).

Como evidencia Rabelo (1993), essas escolhas mostram que as experiências são intersubjetivamente construídas, passando por uma negociação de significados entre todas as pessoas que participam no contexto do evento doença. A trajetória que o ser humano percorre visando às diversas formas de cuidados à saúde não é nova dentro de sua própria história. Para Siqueira et al. (2006), as ações de cuidado relacionam-se ao contexto sociocultural caracterizado em cada período histórico que o homem vivencia, reforçando o seu envolvimento nas concepções de todo o processo saúde/ doença.

O itinerário terapêutico permite conhecer as etapas pelas quais as pessoas se movimentam e, através de interações entre os diversos atores e saberes envolvidos, compreender de que forma que se apropriam para o seu cuidado. Na análise do itinerário terapêutico é importante colocar em evidência os conhecimentos, os percursos e planos individuais formulados e preparados dentro de um campo de possibilidades.

Diante das diversas formas de interpretar a doença, tratamento e o cuidado que se encontram na sociedade os antropólogos começaram a sugerir diferentes classificações de sistemas terapêuticos, entre eles o modelo de Kleinman (1980), que tem servido de alicerce para muitas pesquisas e estudos sobre itinerário terapêutico. Todavia, posteriormente Kleinman (1995, p. 6) teceria algumas críticas a esse modelo, dirigindo seu foco de estudo para a “subjetividade” e a “intersubjetividade da experiência”.

Toda a trajetória percorrida evidencia a complexidade desse processo de escolha. O início é centrado na família, mas são percorridos os vários subsistemas. Na verdade o cuidado e tratamentos usados no subsistema familiar e popular não impedem que a pessoa entre no subsistema profissional nem que retorne aos anteriores. Assim, o itinerário terapêutico constitui-se na passagem pelos subsistemas de cuidado, negociando construções, crenças, explicações, interpretações e reavaliações contínuas do problema, causas, prognósticos, cuidados e tratamentos (ALVES, 1994; ALVES; SOUZA, 1999; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999; SOUZA, 1999).

No entanto, mesmo com tantos estudos sendo desenvolvidos utilizando o itinerário terapêutico, algumas críticas têm sido feitas a sua interpretação. Ao realizarem uma revisão de

trabalhos utilizando o itinerário terapêutico, Alves e Souza (1999) perceberam que quase a sua totalidade está fundamentada em discursos explicativos. Para os autores a explicação não considera o contexto intencional, circunstancial e dialógico em que a pessoa produz suas ações. Na interpretação, o foco principal é o universo de significações das experiências individuais. Em razão disso, os estudos sobre os processos de escolha de cuidados e tratamentos devem considerar as ações humanas significativas que estão ligadas ao mundo intersubjetivo do senso comum.

Este estudo foi desenvolvido à luz do modelo de Sistema de Cuidados à Saúde que considera a influência de crenças, valores e práticas culturais no processo saúde/doença e cuidado das pessoas. No entanto, no processo de discussão não será seguida a visão epistemológica de nomeação, a forma normativa de como esse modelo se apresenta. As pessoas buscam possibilidades para resolver seus problemas e por isso não permanecem em num único subsistema de cuidado, transitam por todas as agências inseridas no Sistema de Cuidado à Saúde.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

“... temos de descer aos detalhes, além das etiquetas enganadoras, além dos tipos metafísicos, além das similaridades vazias, para apreender corretamente o caráter essencial não apenas das várias culturas, mas também dos vários tipos de indivíduos dentro de cada cultura...”
(Geertz, 1989)

Segundo Demo (2007, p. 61), a metodologia refere-se a um “caminho a ser seguido”, servindo como instrumento para o desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, para compreender o significado do Centro Espírita no itinerário terapêutico em situações de vida, a metodologia escolhida foi a da pesquisa qualitativa, tipo exploratória descritiva, com a coleta de dados inspirada pelo método da observação participante e entrevistas.

Minayo (2004) enfatiza que a pesquisa qualitativa auxilia a compreensão do contexto das relações sociais, cuja vivência e interação do pesquisador com o sujeito de sua investigação possibilita apreender o fenômeno com base nas atividades de seu cotidiano afetivo, criativo e racional. Para Nogueira-Martins e Borgus (2004), os resultados obtidos com o fenômeno estudado podem também ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o investigado.

A pesquisa qualitativa possibilita identificar e analisar a interferência dos fatores socioculturais na construção de formas peculiares de pensar e agir nos processos saúde/doença, cuidado/tratamento (UCHÔA; VIDAL, 1994). Direcionada para a compreensão dos significados desses processos em toda a sua completude, pode, como sublinham Deslandes e Gomes (2004, p. 117), “construir pontes [...] pautada no diálogo e no reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam” o sistema de cuidado à saúde.

A observação tem como finalidade gerar conhecimentos sobre a vida humana, sedimentado na realidade cotidiana, como comentam Nogueira-Martins e Borgus (2004). Essas autoras assinalam também que a observação pura, sem qualquer grau de participação, é pouco frequente nas pesquisas qualitativas, pois o pesquisador acaba assumindo um grau mínimo de participação em algum momento.

A observação participante corresponde às relações informais que o pesquisador desenvolve no campo. É o seu contato direto do fenômeno observado como forma de colher dados no contexto do informante. É considerada como essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa, é uma estratégia de coleta de dados aliada aos demais procedimentos. Ela se constitui, sobretudo, na interação pesquisador/informante, eles se inter-relacionam e se

influenciam reciprocamente. Desta forma, por não ter um instrumento que a direcione, a responsabilidade pelo resultado é totalmente do pesquisador, já que ele é quem faz o contato direto com o fenômeno de estudo em seu contexto (LUDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO, 1995, 2004; GUALDA; HOGA, 1997; AMEZCUA, 2000).

A entrevista possibilita uma interlocução entrevistador-entrevistado. A relação que se estabelece é de interação, a qual poderá influenciar as informações que serão dadas pelas pessoas envolvidas. É importante que o pesquisador possa ouvir atentamente todas as informações, garantindo também um clima de confiança ao informante. Como técnica de coleta de dados, valoriza a presença do pesquisador e proporciona ao informante as perspectivas possíveis para que alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias ao enriquecimento da pesquisa. A entrevista semiestruturada é direcionada pelo discurso do informante e da dinâmica que flui espontaneamente (LUDKE; ANDRÉ, 1986; TRIVINOS, 1995; BIASOLI-ALVES, 1998; SOUZA, 1998a; MINAYO, 2004).

4.1 ENTRADA NO CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha do cenário de estudo deu-se por meio de contato com a direção da Federação Espírita Catarinense⁸ (FEC), buscando conhecer as práticas terapêuticas que existem nos Centros Espíritas no município de Florianópolis. Inicialmente apresentei sucintamente o objetivo do estudo e solicitei a relação dos Centros Espíritas a ela filiados.

Para se filiarem, os Centros Espíritas seguem critérios estabelecidos pela Federação Espírita, como: ser orientados pela codificação de Allan Kardec; estar funcionando há pelo menos dois anos ininterruptos; ter personalidade jurídica, devidamente inscritos no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF); constar de sua denominação a palavra ‘Espírita’, entre outros. (Anexo 1)

De posse da relação dos Centros Espíritas do município de Florianópolis, selecionei os localizados na Ilha de Santa Catarina e vinculados ao Conselho Regional Espírita (CRE-1)⁹. O Centro Espírita selecionado como o possível campo para a realização deste estudo foi o que desenvolvia múltiplas práticas terapêuticas, como: atendimento fraterno, passe, palestra

⁸ Procurei a FEC porque pretendia desenvolver o estudo em Centros Espíritas que seguissem a Doutrina Espírita.

⁹ Para filiar-se à FEC, todo Centro espírita deve estar vinculado ao CRE de sua região.

doutrinária, irradiação e desobsessão, entre outros¹⁰, conforme constava na relação fornecida pela FEC.

Após apresentação sintética do meu projeto de estudo ao Presidente da Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação (SERTE)¹¹, fui encaminhada para o Coordenador Geral do Centro Espírita Allan Kardec (CEAK), que autorizou o desenvolvimento do presente estudo. (Apêndice A)

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Foram considerados sujeitos em potencial para o estudo todas as pessoas que buscaram o atendimento no Centro Espírita Allan Kardec (CEAK), que atendessem aos critérios de inclusão, como: aceitação em participar, ter idade igual ou superior a 18 anos, encontrar-se em condições de interação e comunicação verbal, não professar a Doutrina Espírita e estar iniciando o atendimento na Instituição. Outro critério de inclusão foi que os sujeitos tivessem sido encaminhados para o grupo de terapia espiritual (TE) e que aceitassem participar dele, pois permaneceriam na Instituição por um período de três meses, duração dessa terapia e período durante o qual o estudo seria realizado.

Com base nas fichas de atendimento da primeira entrevista que realizavam no CEAK, que ocorre uma vez na semana, realizei um cadastro com 125 pessoas que poderiam posteriormente ser selecionadas como prováveis informantes. Permaneci com o trabalhador que conduzia as pessoas e as recebia após a entrevista para orientar quanto aos

¹⁰ **Atendimento fraterno** consiste em receber a pessoa que busca o Centro Espírita, proporcionando-lhe a oportunidade de expor suas aflições, através do diálogo com trabalhadores voluntários da Instituição. Todo esse diálogo é fundamentado na Doutrina Espírita. A partir do atendimento fraterno a pessoa pode ser encaminhada para outros atendimentos que também são desenvolvidos no Centro Espírita. **O passe** envolve o médium passista, o espírito que assessora e a pessoa. Ocorre uma troca de fluidos, do médium e do plano espiritual para a pessoa necessitada. Este pode ocorrer de forma individualizada ou coletiva. **A palestra doutrinária** baseia-se nas obras básicas da Doutrina Espírita, as de Allan Kardec, escritas e alicerçadas nos ensinamentos do Mundo Espiritual. **A irradiação** consiste na transmissão de fluidos espirituais a distância através do pensamento, dos sentimentos, da prece a todas as pessoas necessitadas, e é realizada pelos médiuns. **A obsessão** refere-se a influência que um Espírito desencarnado, considerado como inferior, exerce sobre o homem, dominando seus centros de força e de energia orgânica, podendo desencadear processos patológicos. O processo de desobsessão se caracteriza pela doutrinação dos espíritos obsessores, conduzindo-os ao arrependimento, servindo-lhes de socorro. É o tratamento educativo e evangelizador dispensado nos processos de obsessão, visando ao reajustamento entre o obsedado e o obsessor. É uma reunião privada, que através dos médiuns, visa auxiliar a pessoa e os espíritos desencarnados envolvidos no processo de obsessão. A obsessão é o domínio que espíritos podem exercer sobre as pessoas, podendo provocar distúrbios físicos e psíquicos, entre outros (OLIVEIRA, 1994, KARDEC, 1996, RAMIRES, 1996, COSTA, 1996, PUGLIESE, 1998, AIZPÚRUA, 2000, DIBO, 2000).

¹¹ Em 2009 foi empossada uma nova diretoria da SERTE, com mudanças também na coordenação do CEAK.

encaminhamentos descritos na ficha de atendimento preenchida pelo entrevistador. Constavam desse cadastro: nome, endereço, telefone, idade, grupo de terapia espiritual com o nome do respectivo coordenador. Através do cadastro, fiz inicialmente contato com o coordenador da TE em que as pessoas estavam inseridas, solicitando o auxílio para identificá-las. Algumas dessas pessoas realizaram apenas a entrevista, mas não retornaram para o atendimento, outras tinham desistido. Das pessoas cadastradas foi possível manter o contato pessoal no próprio CEAK com apenas 30 no dia em que vinham para a TE, antes do seu início ou após o seu término. Fazia uma apresentação pessoal, explicava de forma sintética sobre o estudo e verificava se satisfaziam os critérios de inclusão. Em caso afirmativo, convidava-as para participar do estudo. Não era exigida uma resposta imediata, aguardava o período de uma semana, para que dessem retorno ao convite. Eu também deixava o número de meu telefone e e-mail, se quisessem comunicar-se antes desse prazo, e solicitava ainda alguma outra forma de mantermos contato.

Nesse primeiro contato, algumas pessoas mostravam vontade de participar, mas ou não atendiam aos critérios ou moravam em outro município e chegavam no horário de início da TE e retornavam após o seu término, não restando tempo para nosso contato.. Outras que atendiam aos critérios de inclusão aceitaram participar de imediato. Houve também as que não aceitaram, alegando falta de tempo para colaborar. Algumas aceitaram participar, mas depois desistiram ou não deram retorno, às tentativas de contato, tanto pessoal quanto telefônico.

Optei por incluir duas pessoas que não constavam do meu cadastro, em virtude de conversa com alguns coordenadores, em razão de se tratar de pessoas em recente alta da Terapia Espiritual. Fiz contato telefônico, deixando-as a par do estudo e averiguando os critérios para inclusão, e elas aceitaram o convite para participar. No final, onze pessoas constituíram os sujeitos informantes do estudo.

Apresento a seguir um quadro sintético do perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo.

Codínome	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão/ Ocupação
Ananda	Feminino	48	Casada	Ensino médio completo	Copeira
Fabiola	Feminino	62	Casada	Ensino fundamental incompleto	Aposentada
Gianluca	Masculino	36	Casado	Ensino médio completo	Vendedor
Josi	Feminino	24	Solteira	Ensino médio completo	Vendedora
Luis	Masculino	39	Casado	Superior	Autônomo
Maria Camila	Feminino	59	Casada	Ensino médio incompleto	Do lar
Matteo	Masculino	22	Solteiro	Ensino médio completo	Estudante
Norma	Feminino	60	Casada	Ensino médio completo	Aposentada
Oliveira	Masculino	31	Casado	Ensino médio completo	Eletrotécnico/Supervisor
Paula	Feminino	47	Divorciada	Superior	Func. Públ. Municipal
Pietro	Masculino	68	Casado	Superior	Aposentado

Quadro 01: Perfil dos sujeitos informantes

4.3 CUIDADOS ÉTICOS E LEGAIS

As questões éticas e legais do desenvolvimento deste estudo estão em consonância com as diretrizes preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que trata de pesquisas com seres humanos, e se pauta pelos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

Foi obtida permissão da Instituição para o desenvolvimento do estudo, e com o devido parecer favorável do Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. (Parecer nº 340/07 em Anexo 2)

No dia agendado para a entrevista com cada um dos sujeitos selecionados, procurei proporcionar ambiente e clima agradável e acolhedor, recebendo as pessoas com abraços. Foram dadas inicialmente orientações mais detalhadas sobre o estudo e em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido com esclarecimento de dúvidas e, se aceito, era assinado pelo informante. (Apêndice B)

Foram garantidos anonimato, sigilo e privacidade, dos participantes; os codinomes, na maioria foram escolhidos por eles mesmos e outros por mim mesma, por opção deles. Foi

assegurada a garantia de receberem os esclarecimentos que julgassem necessários e a liberdade de desistirem, em qualquer momento, de sua participação sem qualquer prejuízo. As entrevistas foram gravadas, com sua prévia autorização. Todos os termos assinados ficaram guardados em pastas individuais com a transcrição das entrevistas.

4.4 PERMANÊNCIA E SAÍDA DO CENÁRIO

Permaneci no campo 06 (seis) meses, período em que, além de coletar os dados, conheci mais profundamente a Instituição, quase todos os trabalhadores, as atividades que ali são desenvolvidas e todo o fluxo das pessoas que buscam as práticas terapêuticas disponíveis. Durante esse tempo, estive presente quase todos os dias da semana, numa média de 3 (três) a 4 (quatro) horas. Houve situações que me demandaram 7 (sete) horas de permanência para observar e acompanhar toda a dinâmica e movimentação das pessoas atendidas na Instituição.

Minha saída do campo ocorreu de forma gradativa. Considerando a importância da devolução dos dados para os trabalhadores da Instituição, pretendo, após a defesa da tese, retornar para apresentar-lhes os resultados, atendendo também a necessidade verbalizada pelos trabalhadores de obterem informações de como as pessoas se sentem com as práticas terapêuticas ali recebidas.

4.5 COLETA DOS DADOS

Como já citado, a coleta de dados foi inspirada pelo método da observação participante e entrevistas. A observação foi feita durante todo o período necessário para conhecer o cenário do estudo e também durante as entrevistas. Em síntese, a observação serviu para: conhecer a dinâmica das atividades e das práticas terapêuticas realizadas no cenário; para captar os sujeitos do estudo; para o pesquisador se dar a conhecer e se integrar ao campo, além de lhe possibilitar perceber as expressões das pessoas que frequentavam o CEAK, em especial os informantes do estudo.

Uma vez obtido o aceite das pessoas em participarem do estudo, os detalhes de local, data e horário foram combinados em comum acordo entre o informante e a pesquisadora. A

pesquisadora teve o cuidado de sugerir que a entrevista fosse realizada fora do ambiente do CEAK, no intuito de proporcionar maior liberdade de expressão dos informantes quanto às práticas terapêuticas ali recebidas, embora alguns informantes tenham preferido realizar a entrevista no CEAK; outros em sua residência; um deles no local de seu trabalho após o expediente; e um que preferiu realizar na Universidade Federal de Santa Catarina. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente privativo.

Utilizei um roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice C), porém, muitas vezes as pessoas enquanto falavam já contemplavam algumas das questões. O tempo de duração das entrevistas variou de uma hora e dez minutos até duas horas e vinte minutos. Todos os informantes concordaram que fosse utilizado o gravador digital, permitindo que todas as palavras, entonações de voz, dados importantes e significativos fossem fielmente registrados e também possibilitou ao pesquisador interagir livre de preocupações com registros. Ao término da entrevista, procurei fazer as anotações julgadas oportunas. A gravação foi transferida ao computador para facilitar a sua transcrição.

Durante a entrevista, foi possível observar todas as formas de comunicação não verbal que ocorriam. Alguns informantes batiam com a ponta dos dedos na mesa quando queriam reforçar alguma fala, enquanto outros mexiam na bolsa. Uns mantinham o olhar na minha direção, outros desviavam o olhar, ou ainda abaixavam a cabeça. O choro também esteve presente durante os relatos de alguns deles. Foi observado ainda que a fala dos informantes em alguns momentos apresentava-se calma, tranqüila, e em outros, exarcebada. Com o decorrer da entrevista, a tensão postural, tanto quanto a comunicação verbal e não verbal foram se modificando, à medida que a aparente tranquilidade, confiança e segurança foram estabelecidas.

A previsão era que as entrevistas fossem realizadas em um único momento; no entanto, por não estar familiarizada com o instrumento, foi necessário retornar com o primeiro entrevistado para melhor coletar os dados.

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Todos os dados brutos colhidos neste estudo resultaram da entrevista e da observação participante de todas as atividades, atendimentos e dinâmica de funcionamento do Centro Espírita Allan Kardec (CEAK).

Neste estudo foram seguidas as etapas de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Em um primeiro momento, na fase considerada pré-análise, foi realizada a transcrição e impressão das gravações; depois leitura, minuciosa e detalhada de cada entrevista, assinalando tudo o que chamasse atenção e que estivesse de certa forma relacionado aos objetivos propostos do estudo. Os seguintes códigos foram identificados: descrição da família; relacionamentos entre familiares; problemas de saúde; problema existencial/religioso; recursos de cuidado utilizados; sensações e visões; hábitos de vida; dificuldade financeira; sentimentos; religiosidade; crenças; espiritualidade; fé; uso de substâncias psicoativas e álcool; separações; aposentadoria; tentativa de suicídio; violência familiar; sonhos, hábitos de vida.

A segunda etapa - exploração do material - é quando após a segunda leitura ocorre a codificação e a transformação dos dados brutos. Nessa etapa comecei a compreender melhor os dados e a organizar as codificações resultando em: a alteridade nas relações familiares; o álcool e as drogas psicoativas; o processo saúde/adoecimento; a aposentadoria e a busca por práticas de cuidado no Sistema de Cuidado à Saúde.

A terceira etapa, em nova leitura os dados foram reorganizados, ocorrendo o tratamento dos resultados, as inferências e a interpretação, chegando, através da análise de todo o material, à construção do eixo temático: A busca pelo cuidado e tratamento para as situações de vida.

Todas essas etapas se ancoraram no pensamento interpretativista de Geertz (1989), que procura compreender a experiência vivida a partir da pessoa que a vivencia, interpretando o código de símbolos significativos compartilhados em determinada cultura e que permeiam essa experiência.

5 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Seria fantástico ver celebrado o casamento entre o saber popular e saber acadêmico, ambos construindo uma casa comum habitável, sem excessos e sem carência”.
(Leonardo Boff)

5.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

É importante, inicialmente, fazer uma apresentação da Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação (SERTE) da qual o Centro Espírita Allan Kardec faz parte.

A SERTE foi fundada em 26 de dezembro de 1956 com o nome de “Ranchinho dos trabalhadores do espaço”, assim chamado por estar situado nos fundos de uma residência. Iniciou com reuniões de pessoas que participavam de “sessões de copinho”,¹² para se comunicarem com parentes e amigos já falecidos. Posteriormente, através de orientações espirituais a Instituição foi-se ampliando. Está localizada no Bairro da Cachoeira do Bom Jesus – Florianópolis, e há mais de 50 anos ininterruptos atende idosos e crianças. É uma Instituição filantrópica e assistencial, não governamental, sem fins lucrativos, mantida através do convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, contribuições financeiras mensais dos sócios efetivos, doações de pessoas físicas e de empresas, tanto públicas quanto privadas. Foi declarada de utilidade pública federal pelo Decreto nº. 62.691/68; estadual, pela Lei nº 3606/64, e municipal pela Lei: 574/63. Mantém três obras assistenciais: Lar dos Idosos Irmão Erasto; Lar das Crianças Seara da Esperança e Educandário Lar de Jesus. São ainda ligados a SERTE dois Centros Espíritas: o Centro Espírita Irmão Erasto (CEIE) e o Centro Espírita Allan Kardec (CEAK). A SERTE também desenvolve atividades de suporte como almoço, chás, brechó etc, para angariar recursos financeiros e manter suas obras assistenciais.¹³

A SERTE é dirigida por um Conselho de Administração eleito pelos associados para um período de três anos e esse Conselho elege seu presidente e vice-presidente, os quais indicam os dirigentes para os demais cargos. Desenvolve atividades de caráter administrativo,

¹² Tal situação remete à história do intercâmbio entre o mundo visível e o mundo invisível que ocorria através de código tiptológico (de pancadas), no século XIX (KARDEC, 1996).

¹³ Informações colhidas do livro “SERTE – uma história de amor”, organizado por Lenir Wolter, Hélio Abreu Filho (1999), do site da SERTE – www.serte.org.br e conversas com trabalhadores da Instituição.

financeiro, produtivo, assistencial, patrimonial, educacional, comunitário, promocional e religioso. Procura vivenciar e divulgar a Doutrina Espírita, integrada tanto ao movimento espírita catarinense quanto brasileiro. Tem a SERTE como princípios: amparar, assistir, orientar, capacitar, recuperar e educar o ser humano em toda a sua integralidade. Proporciona também um campo de trabalho ao voluntariado com o seu aprimoramento espiritual. São ressaltados os valores de afetividade, comprometimento, respeito, disciplina, tolerância, reforma íntima, cooperação em todas as suas atividades.¹⁴

Para desenvolver suas ações, a SERTE conta com uma média de 111 funcionários remunerados e 230 trabalhadores voluntários.¹⁵

O cenário escolhido para o meu estudo com as pessoas que buscam as práticas terapêuticas para o atendimento de suas situações de vida foi o Centro Espírita Allan Kardec (CEAK). Como já foi comentado anteriormente, é uma unidade da SERTE, dirigido por um coordenador voluntário, e se pauta por um Estatuto Social e um Regimento Interno como a SERTE; localiza-se na região central do município de Florianópolis.

O CEAK funciona em uma casa de alvenaria com dois pisos. No andar térreo encontra-se um salão retangular, com uma média de duzentas cadeiras, uma mesa disposta à frente da plateia, dois quadros negros e uma tela de projeção. Nesse espaço ocorrem as palestras doutrinárias, que são abertas à participação de todas as pessoas que chegam à instituição e grupos de estudos, entre outros. Anexo ao salão existe uma sala, denominada câmara de passes, que recebe, após o término da palestra, as pessoas que desejarem receber o passe dos médiuns passistas, tomando ao final a água fluidificada.

Existe também uma sala na entrada da instituição onde funciona uma locadora de livros e vídeos, aberta a toda a população; três banheiros e mais duas salas, uma com cadeiras e mesa, e outra com cadeiras, mesa, dois armários e maca, onde funcionam as atividades e práticas terapêuticas.

No primeiro andar estão: uma sala em que são desenvolvidos os trabalhos de secretaria, encontro dos trabalhadores e também onde as pessoas deixam doações, equipada com duas escrivaninhas, uma mesa com oito cadeiras, uma mesa com computador e impressora, telefone e fax, um armário fechado e uma estante onde estão dispostos livros, fichas e material de consumo; contíguo à secretaria, uma sala com duas mesas, um computador, uma impressora, duas televisões, três prateleiras com vários vídeos gravados,

¹⁴ Informações colhidas do livro “SERTE – uma história de amor”, organizado por Lenir Wolter, Hélio Abreu Filho (1999), do site da SERTE – www.serte.org.br e conversas com trabalhadores da Instituição.

¹⁵ A palavra trabalhadores se refere aqui aos voluntários que trabalham no CEAK.

fitas cassete; ao fundo da sala existe um espaço tipo miniestúdio com três poltronas, uma mesa de centro, onde são realizadas gravações para programa de televisão; uma cozinha com banheiro em anexo, mais dois banheiros e oito salas. Algumas são de maior tamanho, outras menores, equipadas basicamente com cadeiras, mesa, quadro negro, armário, em algumas há maca, ventilador de teto e/ou ar condicionado, televisão, aparelho de dvd, aparelho de som (que é levado pelo trabalhador), jarro e copos, sem qualquer outro tipo de elemento ou detalhe. É em todo esse espaço que funcionam as atividades¹⁶ e práticas terapêuticas realizadas durante toda a semana, de segunda- feira a domingo.

Para atuarem nas práticas terapêuticas disponibilizadas no CEAK os trabalhadores se capacitam através de um programa de estudos que a Instituição oferece.¹⁷ Segundo um dos trabalhadores, pode ocorrer que alguns não cheguem a terminar os estudos e já iniciam nos atendimentos. Às vezes escolhem o tipo de prática terapêutica ou o dirigente vê as habilidades que possui e encaminha para a mais adequada.

Existem no CEAK vários departamentos¹⁸ que se responsabilizam pelas atividades ali desenvolvidas e também pelas práticas terapêuticas que a instituição disponibiliza. Cada atividade ou prática terapêutica é coordenada por um responsável que participa em conjunto com outros trabalhadores, variando em número conforme o que é realizado.

Para conhecer o campo permaneci inicialmente durante três meses, período em que me apresentava e era apresentada às pessoas que frequentavam a Instituição. Nesse período também observava quase todas as atividades e práticas terapêuticas da Instituição. Foi também nesse período que realizei o cadastro das pessoas que buscavam o CEAK para o seu cuidado.

¹⁶ Considero atividades tudo o que a Instituição desenvolve sem relação direta com as práticas terapêuticas que oferece para as pessoas que as buscam para seu cuidado. Por exemplo: os grupos de costura que preparam enxovais para bebês.

¹⁷ Realizam o curso de orientação e educação mediúnica (COEM) que se destina a desenvolver o conhecimento teórico e prático da mediunidade, baseado no Livro dos Médiuns. Tem a duração de dois anos e ocorre semanalmente; o programa básico da Doutrina Espírita (PBDE) constitui-se em um curso com a duração de dois anos, também semanalmente, em que é estudado o básico da Doutrina Espírita e as leis morais; e o grupo de estudo do Evangelho (GEDE) ocorre durante um ano, tem como foco os estudos baseados no Evangelho Segundo o Espiritismo. Todos são grupos fechados e a frequência é obrigatória.

¹⁸ O **Departamento doutrinário**, responsável pelas palestras doutrinárias e passes; o **Departamento de atenção ao ser**, onde estão incluídas entrevista, terapia espiritual, fluidoterapia, irradiação, grupo ombro amigo, o **Departamento mediúnico** absorve grupos mediúnicos, grupo de equilíbrio mediúnico (GEM), grupo de avaliação da mediunidade (GAM), grupo de desenvolvimento pessoal e mediúnico (GDPM), grupo de aprimoramento mediúnico; o **Departamento de ensino**, responsável pelos grupos de estudo – curso de orientação e educação mediúnica (COEM), grupo de estudo do Evangelho (GEDE) programa básico da Doutrina Espírita (PBDE), grupo aberto do estudo da Doutrina Espírita (GAEDE); o **Departamento de ação social**, responsável pelos grupos de costura; o **Departamento da família**, fazendo parte grupo de pais, grupo de jovens, **Grupo de evangelização infantil**; o **Departamento cultural/eventos** e o **Departamento administrativo/financeiro**.

O espaço físico da secretaria do CEAK foi o local onde eu permanecia enquanto aguardava o início das atividades e das práticas terapêuticas, onde conversava com os trabalhadores e também observava as pessoas que chegavam. Esse espaço era acolhedor, local onde os trabalhadores se cumprimentavam com abraços calorosos, trocavam afeto, conversavam rapidamente sobre assuntos não relacionados à Instituição ou situações como atendimentos realizados e tomavam um cafezinho antes de se dirigirem para suas salas de trabalho.

Tive a oportunidade de conhecer mais de duzentas pessoas (entre contratadas e trabalhadores) que atuam no CEAK. Entre os trabalhadores se encontram pessoas aposentadas, dona de casa, psicóloga, médico, engenheiro, arquiteto, dentista, pedagoga, enfermeira, técnica de enfermagem, filósofo, bancário, administrador, professor, advogado, funcionário público, estudantes, terapeuta, cabeleireira, administradora, entre outros. Muitos destes já estão na Instituição há mais 10 anos, alguns há 40 anos. Percebi que os profissionais da área da saúde que são trabalhadores na Instituição procuram olhar para as questões do processo saúde/adoecimento de maneira mais ampla dentro do processo de viver, contemplando o ser humano como um ser integral e, conforme comenta Canhadas (1999, p.5), “quebrando a hegemonia da razão instrumental”.

Todas as pessoas com quem mantive contato me acolheram muito carinhosamente, de forma gentil, afetuosa. Percebi, ainda, no discurso dos trabalhadores, muita valorização do trabalho acadêmico e universitário. Todas essas considerações fizeram com que eu me sentisse mais à vontade e confiante.

Em decorrência do grande número de práticas terapêuticas, de trabalhadores envolvidos, em dias e horários diferentes, percebi que seria muito difícil num só contato identificar-me e apresentar o estudo que ali seria desenvolvido. Com a aquiescência e sem qualquer restrição do coordenador, fui realizando contatos diários com os trabalhadores da Instituição, conhecendo-os e me fazendo conhecer. Através dos coordenadores das atividades e das práticas terapêuticas me foi permitido, durante esse período, observar e aprofundar meu conhecimento sobre o trabalho desenvolvido dentro de tal cenário.

Para melhor entender como ocorre a dinâmica de entrada das pessoas que buscam as práticas terapêuticas no CEAK, vou procurar descrevê-las um pouco mais detalhadamente. Todas as segundas feiras são distribuídas senhas pela secretária, em média 20, para que as pessoas passem por um processo de triagem, com a realização de uma entrevista.

Todas essas pessoas primeiramente se reúnem numa sala onde são acolhidas por um trabalhador que as orienta sobre o funcionamento da Instituição. As pessoas são recebidas

independente de seu credo; é reforçado que a melhora depende de cada um, está relacionada com as suas mudanças. Comentam-se as práticas terapêuticas que existem e também a importância da realização do Evangelho no lar, com o uso do Manual de orientação que lhes é entregue. Também recebem orientação sobre a disponibilidade de algum trabalhador ir à casa da pessoa, caso deseje, para que possa conhecer como é realizado este procedimento.

Após essas orientações, alguns outros trabalhadores adentram a sala para darem o passe e em seguida cada um recebe a água fluidificada. No segundo momento, cada pessoa é encaminhada para salas específicas com um trabalhador¹⁹ para a realização da entrevista. Em decorrência do número de trabalhadores, as pessoas que ficam aguardando a entrevista são orientadas a descerem ao salão para assistirem à palestra doutrinária, se o desejarem. No momento do seu atendimento elas são chamadas. Existem alguns pontos que são abordados durante a entrevista de triagem, tais como: motivo de busca da Casa Espírita; se apresenta doença física; se realiza algum tipo de tratamento clínico, psiquiátrico ou psicoterápico; se utiliza medicamento controlado ou de forma contínua; se apresenta alterações no estado emocional, se passa por situações de conflito familiar, afetivo, ideias de suicídio, alcoolismo e drogas, entre outros. Buscam também saber se a pessoa passa por problemas de natureza espiritual, investigando se costuma ter sensações, como arrepios, tonturas, pesadelos, se vê, ouve ou sente a presença de espíritos. Os entrevistadores são orientados a não dar diagnóstico, mas nos encaminhamentos para irradiação e fluidoterapia são anotados códigos.²⁰ A partir do resultado da entrevista a pessoa é encaminhada para uma ou mais das práticas terapêuticas.

Normalmente os nomes de todas as pessoas que passam pela entrevista são encaminhados para os **grupos de irradiação**. Na Instituição existem cinco grupos, que se reúnem de segunda a sexta-feira. Os trabalhadores, em média de cinco a onze em cada grupo, através de preces transmitem fluidos espirituais a distância, direcionando-os à pessoa. Essas preces normalmente são realizadas por um período de dez dias. Nessa prática terapêutica a pessoa que busca o cuidado não participa diretamente. No entanto, sabe que vai ser realizada e é orientada na entrevista para que durante os dez dias no horário das 19 às 20 horas esteja em sua residência, em ambiente tranquilo para receber a irradiação. Após as dez irradiações a

¹⁹ Cada trabalhador recebe uma pasta contendo ficha de atendimento, ficha de irradiação, ficha de fluidoterapia. Há também um protocolo da terapia espiritual (TE), com o nome da pessoa e a data do início do tratamento, que deverá ser apresentado ao coordenador do grupo se for encaminhada. Além desses encaminhamentos, as palestras doutrinárias e passes são indicados para todas as pessoas.

²⁰ São esses os códigos: D = depressão, cor amarela; F= problemas familiares, rosa; I= influência espiritual, azul; M=problemas físicos, laranja; E = emocional, carmin; T= tóxicos, verde; Ø= obsessão, branco. Também é feita irradiação aos desencarnados, cor prateada. A atribuição dos códigos pode ser revista e alterada, quando a pessoa é atendida no grupo mediúnico.

ficha da pessoa é descartada.

O tratamento com a **fluidoterapia** é realizado também através de fluidos e cromoterapia²¹, sob a forma de passes magnéticos, transmitidos pelos trabalhadores às pessoas. Ocorre uma vez na semana, e em média a pessoa recebe dez passes, devidamente anotados em sua ficha. A pessoa participa de uma palestra doutrinária, no transcorrer da qual sai para receber o passe e retorna.

A **terapia espiritual** (TE) é formada por três elementos: a vontade da pessoa, o estudo e o atendimento espiritual, que é realizado através do grupo mediúnico em que a pessoa será atendida. A TE se constitui na junção desses três elementos, que resulta na reforma íntima, ou seja, a pessoa é que necessita fazer a sua transformação, os trabalhadores e a espiritualidade são apenas instrumentos de auxílio.

A terapia espiritual segue um roteiro de trabalho, com a discussão de temas extraídos do Evangelho segundo o Espiritismo, e por essa razão as pessoas são orientadas a terem o Evangelho. São realizadas reflexões sobre esses temas, com dinâmicas adotadas por cada coordenador. Alguns trazem exemplos do cotidiano, algumas pessoas interagem com perguntas sobre o conteúdo, comentários sobre suas vivências, experiências, relatam suas situações de vida que desencadeavam os seus sofrimentos. Ocorre também concordância ou não sobre as reflexões ou discussões que realizam; algumas pessoas apenas ouvem, não interferem, nada comentam.

No CEAK existem oito grupos de terapia espiritual para onde as pessoas podem ser encaminhadas, e funcionam duas vezes na semana. As pessoas se inserem nos grupos que já estão acontecendo, ou seja, não são iniciados novos grupos a cada semana, em virtude da demanda de pessoas que chegam semanalmente à Instituição, de espaço físico restrito e da necessidade de muitos outros trabalhadores. Após o término do encontro a pessoa recebe o passe e toma a água fluidificada.

Os grupos são compostos basicamente por vinte pessoas que se reúnem uma vez na semana, pelo período de duas horas com a duração média de três meses. Esse tempo pode estender-se, caso seja avaliada essa necessidade pelo grupo mediúnico. Cada grupo tem um coordenador, um ou dois monitores e também estagiários que participam dos cursos que a Instituição oferece. As fichas de atendimento são de responsabilidade do coordenador do grupo e em cada encontro elas são distribuídas entre os grupos mediúnicos que farão os atendimentos. As anotações que constam da ficha são basicamente do entrevistador e do

²¹ A cromoterapia utilizada é através da mentalização das cores.

coordenador do grupo mediúnico no qual a pessoa recebe o atendimento. A pessoa não tem acesso a sua ficha, e também é informado que somando três faltas consecutivas sem qualquer justificativa é considerado abandono e deverá fazer novamente a entrevista.

Os **grupos mediúnicos**²² prestam assistência espiritual e desobsessão²³ às pessoas que participam dos grupos de terapia espiritual (TE), cabendo a esse grupo determinar a prioridade de atendimento. Cada pessoa é atendida individualmente por quatro a dez trabalhadores que compõem cada um dos doze grupos mediúnicos. Em decorrência da demanda e da individualização, os grupos mediúnicos não conseguem atender a todas as pessoas na mesma semana. Não existe limite de tempo para o atendimento, pois depende do problema que a pessoa esteja vivenciando.

Ao final o coordenador faz anotações na ficha de atendimento da pessoa e dependendo da avaliação de sua situação ou de seu problema, o grupo também a encaminha para outras práticas terapêuticas, tomando como exemplo o grupo ombro amigo, o grupo de avaliação da mediunidade (GAM) ou o grupo de equilíbrio mediúnico (GEM). A ficha de atendimento é devolvida para o grupo de terapia espiritual no qual a pessoa está inserida.

O **grupo ombro amigo**, composto por trabalhadoras psicólogas que semanalmente se encontram no CEAK, presta atendimento individual às pessoas que estão passando por momentos de crise.

O **grupo de avaliação da mediunidade** tem por objetivo atender as pessoas consideradas como portadoras de mediunidade, no intuito de avaliar sua existência e seu grau, através de exercícios teórico-práticos. A pessoa permanece por aproximadamente três meses, com participação semanal. O grupo também tem um coordenador e um ou dois monitores. A pessoa que participa desse grupo nem sempre deixa de freqüentar o grupo de terapia espiritual.

²² Existem dois grupos mediúnicos, que funcionam nos dias em que ocorrem as palestras doutrinárias, servindo como plantão mediúnico para o atendimento de pessoas que possam apresentar situações como choros, desmaios, até mesmo “incorporar” entidades, ou outros casos considerados como emergência.

²³ Alguns grupos mediúnicos utilizam a técnica da apometria no atendimento espiritual às pessoas. A apometria é a junção das palavras gregas “apo”, significando além de e “metron”, medida. No Brasil essa técnica foi sistematizada na década de 60 pelo médico espírita José Lacerda de Azevedo. É uma técnica de tratamento de espíritos encarnados ou desencarnados e consiste na separação do corpo astral (ou mental) do corpo físico por imposição de natureza magnética, dirigida por pessoa treinada, é o desdobramento espiritual ou bilocação. É aplicada em médiuns para o contato com o mundo espiritual e consiste na emissão de impulsos energéticos pela pessoa que coordena através da contagem pausada e em voz alta dos números de 1 a 7 ou 10, sendo que cada número pronunciado corresponde a um pulso energético. A partir do desdobramento, o médium, em corpo astral se desloca no espaço, visita colônias espirituais; para atender pessoas doentes entram em contato com médicos dessa dimensão. As pessoas também são desdobradas e atendidas pelos médicos desencarnados e com a presença dos médiuns também desdobrados, que relatam o que acontece durante ao atendimento. Esses desdobramentos já existiam desde a antiguidade (AZEVEDO, 1991).

No **grupo de equilíbrio mediúnico** são atendidas as pessoas que apresentam manifestações descontroladas da mediunidade e não sabem como trabalhá-la. Permanecem por 11 semanas no grupo, recebendo orientações teóricas e práticas para controlá-la. Como no grupo anterior, existe um coordenador e monitores. Normalmente nessa situação ela não participa mais do grupo de terapia espiritual.

Os trabalhadores atuam em mais de uma das práticas terapêuticas oferecidas na Instituição, pois em alguns momentos fazem parte do grupo de irradiação, em outros se encontram no grupo de terapia espiritual, em outros ainda no grupo mediúnico e no passe. Realizam também a entrevista, coordenam grupo e ainda são expositores nas palestras doutrinárias.

Conforme alguns trabalhadores já tinham adiantado, pude constatar através dos códigos que se encontravam nas fichas de atendimento, que mais de 80% das pessoas buscavam o Centro Espírita por problemas emocionais, incluindo a depressão, problemas espirituais, aparecendo também processo obsessivo e problemas familiares. Menos de 10% das pessoas chegaram em busca de cuidados para problemas físicos e em torno de 4% relacionados ao uso de substâncias psicoativas e alcoolismo.

Segundo um dos trabalhadores, as pessoas que buscam as práticas terapêuticas ofertadas na Instituição, já vêm de experiência em outros locais, como o centro de umbanda. Buscaram também o cuidado e o tratamento com psicólogos e psiquiatras, chegando algumas a utilizar uma variedade de remédios de tarja preta. Para ele, os casos mais frequentes são de pessoas com problemas psicossomáticos. Refere também que a grande maioria que busca o CEAK chegam em virtude da dor, não do amor. Essas são as duas formas pelas quais as pessoas podem chegar a uma Casa Espírita, conforme reflexões dos grupos espíritas.

Não é realizado nenhum tipo de contato com a pessoa que inicia o cuidado e tratamento no CEAK e acaba não retornando para dar-lhe continuidade. Referem os trabalhadores que muitas vezes a pessoa busca esse recurso sem o conhecimento de familiares, e por essa razão evitam esse contato.

Quando as pessoas recebem alta da terapia espiritual, suas fichas permanecem guardadas até o final do ano em que foram atendidas e posteriormente são incineradas. A partir da alta, e se durante o período em que estão sendo atendidas não são encaminhadas para algum outro grupo, as pessoas são orientadas sobre os grupos de estudo que também são desenvolvidos na instituição, dos quais elas, se quiserem, poderão participar.

Foi observada a disciplina, a responsabilidade, o respeito e o acolhimento que os trabalhadores dispensam às pessoas que buscam as práticas terapêuticas no CEAK.

5.2 A BUSCA PELO CUIDADO E TRATAMENTO PARA AS SITUAÇÕES DE VIDA

A saúde envolve diferentes dimensões: biológica, social, psicológica, cultural, econômica, política, ecológica, espiritual, bioética e cada vez mais outras dimensões lhe têm sido acrescentadas. Mendes, Lewgoy e Silveira (2008) enfatizam que no decorrer do século XX, apesar do predomínio do enfoque biológico e tecnológico, inicia-se uma contínua tensão entre as demais abordagens da concepção do processo saúde/doença. A própria definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que a considera como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência da doença, já destaca diferentes saberes dentro desse contexto.

Para Mendes, Lewgoy e Silveira (2008), a saúde como integridade e integralidade deve ser entendida na interface da diversidade de disciplinas, ou seja, da interdisciplinaridade. Através da substituição de um conceito fragmentado do saber científico por um conceito unificado, por meio de discussões, trocas e articulações, a prática de cuidado se amplia e se aprofunda, atendendo as necessidades individuais e coletivas, fazendo parte de um processo técnico, científico e político.

Traverso-Yèpez (2007) refere que a maior dificuldade de definir a saúde está, antes de tudo, no seu caráter de experiência individual. Cada um tem sua história, sua cultura, seus sentimentos, suas percepções, sua forma de ver o mundo e dar significado às suas experiências de vida e, por consequência, também à sua saúde.

Pensar hoje em saúde na forma simplista de ausência de doença faz com que se volte o olhar para métodos diagnósticos básicos e/ou sofisticados e a utilização de terapêuticas que conduzem quase exclusivamente a medicamentos dentro de uma perspectiva embasada no processo da cura. Para Camargo Júnior (2007) a dinâmica social e subjetiva, que dá significado à existência humana, dentro dessa perspectiva acaba sendo excluída do contexto de tratamento e cuidado da pessoa.

O processo saúde e adoecimento fazem parte da vida do ser humano. A humanidade tem percorrido caminhos que podem levar a cenários que façam germinar saúde, que afastem as doenças e sofrimentos do seu cotidiano. No entanto, mesmo com toda a busca e descobertas científicas de técnicas e meios que possibilitem intervenções que atuem positivamente sobre esse processo, Czeresnia (2004) considera que sempre haverá lacunas entre o conhecimento produzido e as situações que interferem no processo saúde/doença.

Por princípio somos seres para a vida, para o movimento, para o fazer, para o realizar

e para o prazer, razão pela qual a saúde e o bem-estar são necessidades que se tornam imprescindíveis para a sua concretização. As enfermidades, os dissabores, os sofrimentos, as inquietudes acabam interferindo em todo esse movimento, pois em tal situação o ser humano se defronta com a ruptura da sua condição de ser saudável.

O sofrimento, o adoecimento, mesmo podendo ser compartilhados com outras pessoas, são experiências pessoais e singulares, mas para compreender a natureza do sofrimento e do adoecimento que acometem as pessoas que buscam o cuidado, é necessário, como sinalizam Lacerda e Valla (2004), ir além da visão corpo-mente, na direção de um cuidado integral, cuja prática se proponha a aliviar essas dores e sofrimentos.

Em geral, a biomedicina associa o sofrimento à dor física, mas o sofrimento da pessoa não se restringe a sua dimensão biológica. As pessoas podem se sentir adoecidas, fragilizadas e com sofrimentos diante das adversidades da vida, não necessariamente em decorrência de alguma alteração em seu corpo físico. Todo esse processo se expressa como uma experiência particular vivenciada pela pessoa, com a construção de todo um significado (ALVES; RABELO, 1999; LACERDA; VALLA, 2004).

Os problemas de saúde, ou melhor dizendo, os adoecimentos na racionalidade biomédica, acabam recebendo intervenções dentro de um conjunto de técnicas, saberes e práticas que buscam resolvê-los. Camargo Júnior (2007) enfatiza que a saúde percebida como valor existencial da experiência humana deve estar resguardada das intervenções terapêuticas. Oferecidas ao indivíduo para resolver seus problemas de saúde, essas intervenções terapêuticas acabam por culminar na medicalização abusiva.

O sofrimento existe, não é possível negá-lo dentro do processo de viver. Porém, há recursos terapêuticos, como o uso de ansiolíticos, antidepressivos e outros tantos mais, em que toda a ideologia do seu consumo está associada ao “bem-estar”, à “felicidade”, é considerado como tendo resposta positiva na vida da pessoa. Para Morin (1986), não se pode eliminar a angústia, mas se pode enfrentá-la, fato que talvez mereça reflexões ao se pensar na utilização excessiva dessas drogas, que produzem melhora, mas muitas vezes o problema da pessoa continua. Dessa forma, não deve ser considerada como uma única vertente de tratamento e de cuidado.

Vive-se hoje em um jogo de pressões a que se está submetido em função das responsabilidades assumidas ou já impostas desde o nascimento. Cada vez mais nos defrontamos com o surgimento de um processo de adoecimento, sofrimentos, incômodos e de questões amplas que têm preocupado mais e mais o ser humano em suas situações de vida e saúde. Morin (1986) diz que se vive e se faz tudo em tão curto prazo que acaba por se perder a

essência do viver, do compartilhar, do crescer com os outros. Talvez sejam tais situações a gerar tanto isolamento, solidão, tristeza, desamparo, angústia, crises, problemas psicossomáticos, além da falta de diálogo, que acabam interferindo na qualidade de vida, na saúde do ser humano deixando-o mais necessitado de cuidados.

No entanto, ao menor sinal de que algo saiu do contexto da normalidade, do aceitável, já se tem à disposição um imenso arsenal de produtos que não dão tempo às pessoas para refletir, compreender e ressignificar seus medos, raivas, inquietudes, dissabores e até mesmo os problemas físicos que são desencadeados. Boff (1999) refere que tais sentimentos e situações poderiam ser dimensionados para uma reinvenção do modo de ser no mundo.

Marques (1996), D'Assumpção (1998) e Patrício (1999) corroboram esse postulado ao enfatizar que na sociedade que nutre o egoísmo, o pragmatismo e o apego fútil, o homem se despersonaliza, transformando-se cada vez mais em máquina, gerando infelicidade, ansiedade e tantos outros transtornos. E mesmo frente às rápidas transformações paradigmáticas que vêm ocorrendo neste século e com todo o avanço tecnológico, o sofrimento humano ainda persiste.

Toda essa situação merece ser objeto de reflexão, pois tendo o adoecimento um caráter histórico e sociocultural, exige maior compreensão do processo saúde/doença, ou melhor, do processo de viver humano. Todo esse processo resulta da junção das dimensões biológicas, econômicas, sociais, políticas, psicológicas e espirituais, que estão integradas por toda uma perspectiva cultural, devendo ser incorporada dentro do contexto clínico, de tratamento e cuidado (KLEINMAN, 1980; LAURELL, 1983; GARNELLO; LANGDON, 2005).

Dentro de toda complexidade que é o processo de viver, o ser humano tem experimentado um “‘mal-estar’ coletivo”, no dizer de Luz (2003, p. 42), e em virtude dessa demanda, as pessoas buscam respostas e resolução para seus problemas, para essa cultura de sofrimentos e adoecimentos.

O processo saúde-doença contempla todas as formas de cuidado, navega dinamicamente no contexto sociocultural, na forma de ser e estar no mundo do indivíduo, nas relações e experiências por ele vivenciadas na família, nos grupos e na comunidade.

Para Coelho e Fonseca (2007) a pessoa vive a saúde, vivendo seu processo de saúde e adoecimento, já que tem a possibilidade de circular por estado de bem-estar, de felicidade, e também vivenciando estado de fragilidade, de debilidade, que em seu conjunto compõe a saúde.

Os dados apresentados pelos sujeitos do presente estudo não foram diferentes dos descritos acima. Na situação de vida relatada por esses sujeitos constam questões emocionais,

físicas, psiquiátricas, religiosas e espirituais, que de uma forma ou outra interferiam no seu processo de viver saudável, encaminhando-os para buscar cuidado e tratamento. O foco deste estudo são as pessoas que recebiam atendimento em um Centro Espírita (CEAK), como parte de seu itinerário terapêutico.

Um aspecto a ser considerado é que mesmo a maioria da sociedade brasileira sendo oficialmente constituída por católicos, frequentemente as pessoas buscam cuidado, tratamento e cura em Centros Espíritas ou em qualquer outro espaço das religiões afro-brasileiras. Todo esse sistema de cura parece que vem sendo utilizado com muita frequência pela população brasileira. É uma constante busca por todas as práticas de cuidado que cada vez mais vão surgindo em busca de solução para infelicidade, tormento, desassossego, angústia, aflição, desespero e dos adoecimentos presentes no cotidiano das pessoas. Diante disso, mesmo com tratamentos propostos pela biomedicina, como enfatiza Luz (2003), as pessoas frequentemente buscam outras medicinas que são relevantes, que produzam resultados positivos aos seus anseios. O itinerário terapêutico oferece várias opções, em que é possível escolher uma ou outra, ou todas as que se apresentam.

Para Leite e Vasconcellos (2006), cuidado e tratamento são construídos individual e socialmente e fazem parte da vida do indivíduo em qualquer sociedade. Pensar acerca das representações e significados do processo saúde-doença na concepção de cada indivíduo é extremamente importante dentro do Sistema de Cuidado à Saúde, uma vez que cada pessoa é um ser humano único.

Geertz (1980) assinala que a busca pelas práticas de cuidado variam de acordo com a cultura da pessoa. É com base nessa mesma cultura que ela explica seus sofrimentos e adoecimentos, faz suas escolhas de tratamento e avalia seus resultados, resignificando sua situação de saúde/doença (KLEINMAN 1980; CSORDAS; KLEINMAN, 1990).

A pessoa busca cenários religiosos procurando explicações para situações de vida e saúde, porque parece que o campo da biomedicina não consegue responder ou não consegue corresponder às expectativas de quem o procura. Isso talvez ocorra porque a biomedicina ainda tenha uma visão relativamente limitada dos conceitos de saúde e doença, não dando abertura à experiência do viver dos seres humanos. Para Kleinman (1995), a biomedicina constrói seu objeto de trabalho terapêutico (o ser humano) sem legitimar o seu sofrimento. No contexto das práticas de cuidado dentro do campo religioso, espiritual, o sofrimento não é negligenciado, é considerado dentro de toda a representação e expressão subjetiva do ser humano (MALUF, 2007).

Para a pessoa que se encontra em sofrimento e adoecimento, muitas vezes o que

importa não é a designação religiosa, os rituais e procedimentos aos quais deva submeter-se, mas sim que dentro de todo esse processo possa encontrar sentido e significado para sua vida.

(...) eu queria procurar uma coisa para mim, uma coisa que me fizesse bem, que me ajudasse. (Ananda, 48 anos)

A relação entre saúde ou práticas de cuidado e religião tem sido evidenciada em diferentes expressões religiosas, abordando uma ampla gama de procedimentos. A religião, a crença e a fé atuam como um suporte para o enfrentamento de crises, de eventos do cotidiano das pessoas; compõem um recurso possível para o cuidado, o tratamento e a cura. Geertz (1989) reforça que a religião, através de toda a sua simbologia, em que sua veracidade é reconhecida, atua no estado de espírito e de saúde das pessoas.

A religião se encontra nas relações de convivência, e também está presente nas situações de conflitos, nas angústias existenciais, levando esperança através do suporte que produz significado às experiências vivenciadas pelo ser humano. Faria e Seidl (2005) assinalam que esta é uma das funções da religião – a busca de significado para problemas que o indivíduo considera relevantes. Caso a pessoa consiga dar ao evento que a angustia um significado e um valor respaldado pelo sagrado, ela consegue enfrentar a situação e encontrar novo sentido para sua vida (PAIVA, 2007).

A crença religiosa é um ponto de apoio à pessoa em momentos de aflição, conflito, sofrimento e adoecimento e que não consegue encontrar razões nem formas de entendê-las. A crença, a fé que a pessoa deposita em Deus, em um Ser Superior, através das suas orações podem ser dirigidas para o cuidado, tanto de problemas físicos, emocionais, quanto para outras situações de vida.

Para Kubler Ross (1994), a religião se torna o referencial para o ser humano no meio das manifestações que o envolvem, podendo produzir alívio de problemas somáticos. Dessa forma, a crença, a fé se fortalece cada vez mais, principalmente quando os resultados esperados acontecem, e assim serve de suporte para os problemas de vida e saúde da pessoa.

Pesquisas contemporâneas têm sido favoráveis à correlação positiva entre saúde, religião e fé. Tosta (2004) registra que investigações demonstraram alterações funcionais da pessoa durante a prece: rezar a ave-maria no ritmo de seis vezes por minuto melhora a função cardíaca, possivelmente pela redução do ritmo respiratório. É através da oração e de sua prática cotidiana que a pessoa exercita a sua fé, a sua crença, que pode atuar em seu processo de viver. Também a oração, conforme Rabelo (2005), pode ser considerada uma forma de a

pessoa reencaminhar sua saúde. Esse campo religioso oferece um recurso e uma ajuda para mitigar o sofrimento, para estruturar a vida da pessoa. Da mesma forma, Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), Koenig (2007a) referem que pesquisas realizadas em populações saudáveis sugerem evidência suficiente de que crenças e práticas religiosas estão aliadas com maior bem-estar, com saúde mental mais equilibrada e também apresenta melhores resultados no enfrentamento de situações de estresse. No campo da psiquiatria e da psicologia estudos abordando a interação entre saúde e religião, religiosidade e espiritualidade vêm sendo desenvolvidos.

Eu estava com uma rouquidão... não saía a voz... (...) Daí peguei fui para o quarto comecei a rezar, pedi a Jesus que eu conseguisse falar. Daí saí da porta do quarto, meu marido chamou e eu falei – o que que é? Aí ele: estás falando? Estava sem voz! Estou, estou falando. Então cada vez tu vais pegando mais fé...(...) eu faço a minha reza, sabe? (Maria Camila, 59 anos)

Eu sinto no quarto dela (filha) uma energia assim pesada quando ela não está bem. Aí eu faço assim: benzo como se tivesse esse quarto quatro cantos. Quatro cantos têm quatro anjos, quatro anjos te protege, São Gabriel, São Miguel, e vai e ela fica mais tranquila. Já fiz isso algumas vezes e ela melhora. (Paula, 47 anos)

O fortalecimento da fé e das crenças representa um papel importante nos aspectos relacionados à saúde, ao estresse do ser humano, que se socorre delas para enfrentar os desafios da vida e lidar positivamente com seus sofrimentos, encontrando ali segurança, conforto, esperança, com bons reflexos na qualidade de vida e na saúde física, mental e espiritual (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; TEIXEIRA, 2003; PANZINI; BANDEIRA, 2005; SIQUEIRA et al., 2006).

Laplantine (1991) lembra que outras medicalidades associam uma resposta que vai além da questão somática, abrange também a psicológica, a social, a espiritual e/ou a existencial no cuidado e no tratamento da pessoa.

Dentro desse contexto, o Espiritismo, tem todo um sistema simbólico, que pode ser representado por algumas práticas comumente encontradas nos Centros Espíritas, como: a palestra doutrinária, o passe, a água fluidificada. Entretanto, cada um deles tem autonomia para desenvolver diferentes práticas de cuidado. Assim, podem ser encontradas diferentes metodologias, porque são implementadas por orientação de mentores espirituais que dirigem a Instituição e também pelos responsáveis por sua administração. Todo esse processo ocorre dentro de uma cosmovisão sobre saúde, doença, cuidado, tratamento e cura. Os sofrimentos e adoecimentos dentro dessa perspectiva não são tratados à parte, mas sim considerados dentro

de todo um contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido, buscando proporcionar um equilíbrio entre corpo, mente e espírito.

No CEAK, as pessoas são acolhidas independentemente de credo, doutrina, sem questionar que religião professam. O espaço é de cuidado à pessoa e conduzido dentro dos propósitos da Doutrina Espírita. E também não há distinção de cor, gênero, profissão, situação socioeconômica ou política.

Ao buscar o Centro Espírita a pessoa procura solucionar seus problemas, acomodar sua vida. No entanto, ao iniciar seu cuidado, seu tratamento no CEAK, recebe orientação de que a ação da espiritualidade, dos espíritos sobre suas enfermidades e sofrimentos é, de certa forma, insignificante. Ela por si mesma é que obterá os resultados de melhora, bem-estar, de resolução ou cura para seus problemas. A pessoa é a principal responsável, tanto por seus sofrimentos quanto por sua melhora, por sua autocura.

O tratamento no CEAK começa com a triagem, realizada através de uma entrevista, conforme já descrito anteriormente. A partir daí a pessoa é encaminhada conforme as razões que a levaram ao Centro Espírita. Existe toda uma organização, uma infraestrutura, os recursos humanos, uma rotina, um protocolo estabelecido; a pessoa percorre todo um roteiro, o que nos remete de alguma forma a pensar no modelo biomédico, reconhecido, legitimado dentro do contexto sociocultural. Tal situação pode suscitar reflexões relacionadas também a questões já citadas em momentos anteriores.

A pessoa chega ao CEAK buscando as práticas de cuidado para as suas situações de vida. A escolha de percurso e avaliação dos cuidados, tratamentos e curas que são disponibilizados dentro do seu contexto sociocultural normalmente é influenciada por indicação de familiares, parentes, vizinhos, amigos ou outros de sua rede de relações sociais. Essas relações, como sublinha Alves (1994), é que legitimam as explicações e as escolhas das pessoas. As experiências que esses outros atores já vivenciaram em algum momento de suas vidas e o significado instituído por eles acabam por estimular, favorecer e fortalecer a tomada de decisão dentro do processo saúde e adoecimento, como se percebe nestes relatos:

A minha tia me levou para o Centro Espírita. (...) a minha tia já tinha passado por lá várias vezes. (Matteo, 22 anos)

(...) eu conversando com uma amiga no ano passado e ela falou assim: “porque que tu não vais ao Centro Espírita?” Ai eu vim, me inscrevi. (Maria Camila, 59 anos)

Fui direto na delegacia, fui dar uma queixa. Eu estava passando por um momento complicado aí fui registrar um BO. Cheguei lá na delegacia, o delegado estava lá, ele era espírita. Aí eu falei dos meus problemas para ele. “Tu já procuraste Casa Espírita? O teu problema é espiritual”. Ele falou

isso para mim. contei para ele a situação e foi aí que ele falou para fazer a terapia espiritual... ele me indicou fazer um tratamento espiritual aqui (CEAK). (Oliveira, 31 anos)

Ao buscar o Centro Espírita a pessoa avalia sua constituição e que aporte de cuidado e tratamento oferece, fator que também determina a sua escolha.

Eu já procurei em outras Casas Espíritas... (...) Fui procurando essas casas assim que me ajudasse. Depois a gente conheceu aqui (CEAK) e gostei e aqui tem um pouco mais de tratamento, porque aqui tem um roteiro de segunda a sexta, aí já tem mais coisa. (Ananda, 48 anos)

Ao fazer a avaliação, de certa forma Ananda remete ao já referenciado que no CEAK existe todo um processo de organização, estruturação, uma rotina, uma prescrição de atendimento, demonstrando um encaminhando para um modelo que é legitimado e reconhecido pela sociedade.

Ao dialogar com os sujeitos deste estudo, muitas situações de vida foram reveladas e compartilhadas, envolvendo emoção e sentimentos. Mesmo sendo o cenário familiar envolvido por alegrias, trocas, companheirismo, afeto, brincadeiras, encontros, solidariedade, prazer, amor, momentos de tranquilidade, harmonia, situações de bem-estar, de conforto, interações positivas, de acolhimento, também fazem parte situações ou momentos de desafio, estresse, esgotamento de energia, instabilidade, situações de tensão, dilemas, conflitos intrafamiliares, enfrentamentos, gerando sentimentos desencadeadores de sofrimentos e adoecimentos.

Importante destacar que a família é considerada como ponto de referência em todas as situações de vida do ser humano. É constituída por um complexo de realidades e contextos socioculturais que dão significado à experiência vivida. Ela pertence ao universo de experiências dos indivíduos, tanto reais quanto simbólicas, como refere Miotto (1999).

O cenário familiar é o contexto de construção de práticas culturais, abrangendo seu modo de olhar e de agir, dentro de uma rede de símbolos e significados, como referencia Geertz (1989). É o local onde são construídos, compartilhados e transmitidos conhecimentos, crenças e valores. É nesse espaço que as pessoas aprendem a significar e ressignificar as experiências que vivenciam, aprendem ainda a avaliar os tratamentos utilizados e definem, de forma compartilhada, a busca do cuidado que consideram a mais adequada.

As relações familiares dos informantes envolviam brigas, humilhações, gritos,

bebida, traição, agressões físicas e poder, desencadeando seus sofrimentos, desalentos, adoecimentos, encaminhando-os para a busca de cuidado no Centro Espírita.

(...) o meu marido brigava muito, é uma pessoa assim tipo ditador sabe, gosta de humilhar. Aí vinha aqueles palavrões... aí ele gritava, eu não gosto de gritos. A minha cabeça era uma lixeira, eu chorava. Ia dormir as 3,4 horas da manhã, ficava na frente da televisão. (Fabiola, 62 anos)

O estresse é considerado normal e benéfico quando mobiliza recursos pessoais para enfrentar exigências do meio. Porém, se a demanda vai além do suportável, torna-se fonte de sofrimentos e a pessoa se envolve num processo de enfrentamentos. Em situações de crise, de estresse as pessoas se tornam mais fragilizadas, e essa fragilidade as impulsiona buscar diferentes experiências de cuidado, de tratamento.

A experiência dos informantes que vivenciavam situações de alcoolismo dentro de seu contexto familiar acabava por provocar relações familiares conturbadas, desavenças, falta de credibilidade. Conforme Filizola et al. (2006), essa experiência desencadeia sofrimento, frustração, desgaste emocional com o comprometimento do bem-estar físico e psicológico de toda a família. Mas é um grave e crescente problema de saúde em grande parte dos lares brasileiros.

A saúde pública em todo o mundo já se preocupa enormemente com o alcoolismo, em virtude de sua associação com tantos problemas que a sociedade enfrenta, como: desentendimentos afetivos e familiares, separações, o elevado número de mortes no trânsito, espancamentos e afastamento e perda do trabalho, levando a dificuldades financeiras, homicídios e a todos os problemas clínicos relacionados ao uso do álcool (NASCIMENTO; JUSTO, 2000; REINALDO; PILLON, 2008). Dentro da perspectiva sociocultural muitos estudos têm sido realizados para tentar compreender esse fenômeno.

Lima, Amazonas e Motta (2007) enfatizam que toda a situação envolvendo o alcoolismo faz com que as esposas se tornem vulneráveis ao estresse, provocando modificações em sua estabilidade tanto física quanto emocional. Em seu estudo consideraram como estressor interno a tensão e a preocupação das esposas quando seu marido não se encontra em casa. Nessa situação, as relações afetivas acabam sendo afetadas, e para tentar recuperar a estabilidade dentro da família, buscam alternativas de suporte e cuidado.

(...) antes ele ia à noite no bar, depois ia só à tarde, depois à tarde e à noite, agora ele vai de manhã, à tarde e à noite.(...) e eu chego e ele não chegou ainda, aí é um pouco complicado. Um homem vive no bar o dia inteiro, o que que está querendo? Trazer o que para dentro de casa de bom? nada de bom, né? (Fabiola, 62 anos)

As relações de poder e posse que existem entre os membros da família contemporânea, comenta Osório (1996), corrompem as relações humanas que se estabelecem dentro de tal cenário, podendo levar as pessoas a desenvolverem sentimentos de angústia, desespero e cerceamento de liberdade, com reflexos negativos extremamente importantes na sua vida e na sua saúde.

Para Corsini (2008), a autoridade é uma relação constituída com base num jogo psicológico de forças, em que um acaba forçando o outro a fazer aquilo que ele deseja. Esse laço de autoridade também é construído a partir do reconhecimento de desigualdade, presente nas discussões das questões de gênero.

Toda relação de poder geralmente está envolvida por violência. A violência entre os casais não escolhe raça, classe social, idade ou etnia, é um fenômeno que pode ter motivos diversos, mas a raiz que o sustenta é o poder patriarcal, que fomenta a desigualdade e o domínio do homem nas relações de gênero. As discriminações que esse poder patriarcal determina são uma forma de violência de gênero, como também a transgressão dos direitos humanos da mulher. A violência pressupõe opressão, que leva ao domínio de interesses entre opressor e oprimido; são relações que se estabelecem dentro de uma ordem de dominação e submissão. Com todo esse poder patriarcal, a submissão da mulher é instaurada efetivando o domínio masculino. A violência de gênero tem no componente cultural sua grande base, o que torna difícil superá-la com leis e normas constituídas. E toda essa dominação-submissão ainda permanece neste século permeando as relações humanas (D'ÁVILA NETO, 1980; PRADE, 2004; NARVAZ; KOLLER, 2006; GARBIN et al., 2006; LAMOGLIA; MINAYO, 2007).

Todo estresse psicológico oriundo de conflitos interpessoais podem desenvolver sofrimentos psíquicos que contribuem significativamente para tentativas de suicídio dentro do contexto familiar. Em sua pesquisa com pessoas que foram atendidas em emergência, Deslandes (1999) relata que o comportamento das pessoas que tentaram o suicídio sugeria presença de depressão, envolvendo problemas conjugais e/ou financeiros. Silva et al. (2006) afirmam que transtornos afetivos são a categoria mais frequente de transtorno em sujeitos com ideação suicida, e sinalizam ainda ligação entre sentimento de desesperança e suicídio. Aspecto importante a ser considerado: as mulheres fazem mais tentativas de suicídio, enquanto os homens cometem mais o suicídio (PRIETO; TAVARES, 2005; WERNECK et al., 2006).

Eu queria sair de casa, eu não podia, ele não deixava, ele chaveava a porta. (...) eu queria ter a minha liberdade. Eu tenho tudo e não tenho. (...) e aquilo foi me fazendo mal, me fazendo mal, um dia eu tentei me matar... (...) Duas vezes, não é mentira, tentei me atirar da janela do prédio, não podia mais com nada... (Maria Camila, 59 anos)

Observa-se que os informantes que viviam em contexto familiar envolvido por agressões verbais e físicas, estresse constante, humilhações que afetavam a autoestima, algumas vezes acabavam assumindo uma função intermediadora, procurando evitá-las; em outras, procuravam colocar em prática atitudes mais drásticas, como a tentativa de suicídio, comentada acima. Tal ação pode também ser pensada como forma de mobilizar as pessoas que fazem parte desse cenário para mudar atitudes de poder que desestabilizam e deixam as pessoas fragilizadas, propensas ao desencadeamento do sofrimento e adoecimento. Por outro lado, toda essa tensão vivida, deixando marcas e sentimentos profundos que continuam vivos na memória da pessoa, para alguns informantes persiste dentro da família, com o agredido assumindo um papel de convivência com o agressor, por falta de coragem para denunciar ou mesmo aceitando a subserviência e o conformismo, como refere D'Ávila Neto (1980).

Mostrou-se extremamente relevante a situação em que a família também vivencia o adoecimento de algum familiar, que acaba por afetar todo o contexto familiar, interferindo no processo de aceitação e na própria condução de escolhas de tratamento. As situações de crise e de conflito que ocorrem no cotidiano da vida familiar acabam por produzir, conforme enfatiza Augsburg (2004), condições críticas que contribuem para o sofrimento psíquico das pessoas envolvidas. Tais situações também podem desencadear doenças psicossomáticas e agravar estados clínicos pré-existentes.

Com toda a problemática que envolve o cuidar de um familiar, e muitas vezes de difícil manejo, a trajetória de vida acaba por provocar a instabilidade no seio familiar, desencadeando sofrimento e adoecimento. Esse fato encaminha a pessoa para buscar atenção e cuidado, na esperança de restabelecer a harmonia familiar, resultando em um processo de viver mais saudável.

Tenho meu filho que tem problemas psiquiátricos²³, ficou totalmente dependente da gente. Vivemos ali praticamente em função dele. E há um conflito, porque a minha filha não aceita muito... Aí eu achava assim que eu ia tirar de letra. E eu acho que tirei de letra durante muitos anos, mas depois você não aguenta mais. Você fica muito estressada. (...) no final parece que é uma doença que contaminou todo mundo.(...)Eu tenho que ter um pouco de paz dentro de casa, senão não adianta. Não consigo fazer as coisas, nem para mim, nem para ninguém. Não consigo ser feliz, fazer ele feliz, meu marido, e nem eles conseguem ser feliz. (Norma, 60 anos)

²³ O filho tem a síndrome de Gilles de la Tourette e o transtorno bipolar. A síndrome de Gilles de la Tourette é incluída nos transtornos de tiques, diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Os tiques podem estar acompanhados de grunhidos, latidos e com palavras obscenas. É uma doença grave, com grande comprometimento psicossocial, e causa sofrimento tanto aos portadores quanto aos seus familiares (HOUNIE, PETRIBÚ, 1999). O transtorno bipolar ou depressão bipolar são designações para a antiga psicose maníaco-depressiva. É uma psicose de natureza afetiva, caracterizada por episódios de mania e de depressão, alternando períodos de normalidade. Em geral os episódios se repetem a intervalos menores com o passar dos anos (LOUZÁ NETO, 1995).

Norma busca o Centro Espírita para restabelecer seu equilíbrio, encontrar uma solução para melhorar as relações familiares, para que possam ter um pouco de harmonia, tranquilidade, paz, força e apoio para o enfrentamento. Para ela essa situação vivenciada não poderá ser resolvida através da biomedicina, com o uso de medicamentos que somente aliviarão a ansiedade.

Ao assumir responsabilidades com o cuidado mais direto de familiares, a pessoa pode ter também de abdicar prematuramente de atividade profissional que exerça para atender a todas as incumbências que necessitam de presença constante. E uma das formas é através da aposentadoria.

A aposentadoria é um direito legal, constitucional, assegurado para todo trabalhador por tempo de serviço. Pode também ser obtida em decorrência dos limites impostos pelo corpo, como as doenças e/ou idade, ou ainda por programas instituídos por empresas.

Considerada como algo desejado para uma nova etapa da vida, com novos projetos, com a construção de novos caminhos a serem percorridos, a aposentadoria pode também gerar situações de estresse e conflitos, dependendo das razões pelas quais foi concedida. O trabalho em alguns casos pode significar um respiradouro, um recarregar das energias, um espaço que serve de nutriente. É indiretamente um espaço de autocuidado, em que o afastamento temporário do cenário doméstico alivia o estresse, a angústia, o sofrimento. Mas com a aposentadoria esse espaço acaba sendo perdido.

(...) Eu parei de trabalhar, tirei a minha válvula de escape. (...) eu achei que no final não adiantou nada. Porque saía para trabalhar, tinha aquele período que era meu mesmo. O trabalho dá paz para gente. Eu achava, sinceramente hoje eu penso assim, que é uma necessidade mesmo. De tudo: do dinheiro e até da parte da saúde mental. (Norma, 60 anos)

Uma outra experiência vivenciada por um dos informantes, que teve que passar por um processo de aposentadoria não desejada abalou também sua saúde emocional e sua situação financeira. Estar aposentado lhe tem causado sofrimento por se sentir como um excluído, não encontrar mais um espaço, encaminhando-o para a busca das práticas terapêuticas do CEAK.

Romanini, Xavier e Kovalski (2005) corroboram tal interpretação quando assinalam que a pessoa aposentada se sente descartada pela sociedade, os seus planos para o futuro não mais existem, o que leva muitas pessoas a não aceitarem esse novo momento de suas vidas. Da mesma forma, por essa situação de aposentadoria muitas vezes não ser incorporada como uma realidade que vai fazer parte da vida em algum momento, quando surge, a pessoa vive

momentos de crise e inquietações. E é para esse enfrentamento que o informante busca o suporte no campo religioso, e parece que é nessa busca que ele se encontrava e que lhe podia trazer lenitivo para tal experiência.

Então tudo isso repercute interiormente como aquela idéia de que você é um inútil, tem outro no seu lugar. Então a pergunta é o fato de eu me encontrar nesta situação de rejeição, de marginalização, de exclusão, tem algum sentido? Esse fato tem algum sentido ou minha vida acabou? Ou ele faz parte da minha vida como algo que eu tenho que cumprir sob a forma de provação. Entendeu? Eu só encontro uma possibilidade de sentido dessa vida no campo religioso. O campo religioso me fala de provação, você passa por provação. (...) hoje eu busco entender que o momento que eu estou vivendo tem algum sentido. (Pietro, 68 anos)

Entretanto, Pietro também acumula problemas de caráter religioso e existencial, oriundos de tempos passados, que ampliam suas dificuldades. Tem formação religiosa, foi padre por um tempo, mas teve problemas com a sua permanência no sacerdócio. Ao abandonar esse ministério perdeu o apoio que tinha dessa estrutura e passou a sentir-se marginalizado e excomungado, sentimentos que lhe trouxeram problemas existenciais.

Vivenciando situações com um significado emocional muito grande em forte crise existencial, Pietro julga que é no campo religioso que encontrará as respostas para suas inquietações, justificando a escolha do CEAK para o seu cuidado.

E então eu sempre fui muito atrás de respostas para tranquilizar, para tranquilidade do meu espírito. (...) para encontrar respostas para esses problemas existenciais. (Pietro, 68 anos)

Mas convém salientar que Pietro também era movido pela curiosidade quanto ao universo espírita, principalmente no tocante à comunicação com os espíritos.

(...) essa expectativa eu tenho de que os espíritos, através dos médiuns me dêem alguma mensagem. É a curiosidade que eu também tenho, é essa do contato eventual que eu venha a ter com os médiuns. Uma palavrinha x, ok, ok, então tem alguma coisa do lado de lá. Toquei com a mão, toquei com a mão, entende? Eu ainda tenho uma perspectiva assim meio mágica, que a gente não se liberta dessa coisa de encontrar sempre algo pronto, algo mágico. (Pietro, 68 anos)

Pietro busca a prática de cuidado para seu problema existencial e suas angústias dentro do Centro Espírita, mas ao mesmo tempo necessita de provas mais concretas como a comunicação entre encarnados e desencarnados, intermediada pelos médiuns. Esse é um fator

que para ele possibilitará dar sentido e significado aos resultados obtidos através da prática terapêutica oferecida dentro de tal cenário de cuidado.

Toda a dimensão biológica que envolve o sofrimento não está livre de controvérsias, frente aos aspectos socioculturais que fazem parte desse cenário, pois raramente um adoecimento, um sofrimento ocorre como resultado de uma única causa, mas resulta do entrelaçamento de vários fatores. Esses fatores podem direcionar a busca do cuidado e tratamento que se encontram no contexto sociocultural das pessoas. Alguns dos informantes relatam experiências de visões, de ouvir vozes, sentir calafrios sem explicação, ter uma sensibilidade que consideravam atrair coisas negativas do ambiente. Alguns fatores, conforme relataram, como a morte da mãe e o uso e abuso de drogas psicoativas podem ter desencadeado essas situações. Surgiu o sentimento de pavor, de desespero de que poderia estar relacionada com algum transtorno psiquiátrico, interferindo significativamente em sua vida. Essas experiências acabaram desencadeando na pessoa o mal-estar, o pânico e o medo, levando-os a buscar as práticas de cuidado e tratamento no CEAK, para resolver seus problemas, como se percebe nos relatos:

(...) eu estava com algumas dificuldades, eu tinha algumas visões que eu não podia ter... era uma amargura bem grande. Esse foi o principal motivo de eu ir buscar o Centro Espírita. (...) para entender o que está acontecendo... eu tenho que aprender a ouvir essas sensações... (...) Eu morria de medo, porque eu achava, pô eu estou louco então, não passo bem. (Luís, 39 anos)

Minha cabeça estava toda bagunçada... alucinações, ouvia coisas. Por isso que eu fui no Centro Espírita, eu não conseguia viver. Há algum tempo que eu via coisa. Eu achava que era da minha cabeça, que estava ficando louco, mas não procurava ninguém. Eu vi pessoas no outro lado da rua, eu via pessoas em cima da casa. Eu não sabia se podia ser espírito mesmo ou era coisa da minha cabeça. (Matteo, 22 anos)

Essa experiência de Luís (39 anos) já ocorrera na adolescência, mas não foi compartilhada com outras pessoas. Na idade adulta o fato se repete com novas imagens, com visões de violência, com visões de pessoas, causando angústia, medo e sofrimento, interferindo no seu processo de viver. Ele passou por outras situações em sua vida que se associaram a essas experiências e com a busca de cuidado, recebe diagnóstico médico de depressão. Ele não adere ao tratamento proposto, pois para ele, sua depressão não tem relação com o seu corpo físico, ele a considera uma doença espiritual, e através de sua interpretação, procura por outras perspectivas para auxiliá-lo a enfrentar as situações de vida, a resolução para seus problemas, inserindo assim o Centro Espírita em seu itinerário. Encontra em tal

cenário uma proposta de estruturação das situações que vivencia. Fazem parte do processo terapêutico grupos que atendem problemas ou situações relacionadas com a mediunidade. Esses grupos oferecem apoio e cuidado à pessoa nessa situação de tal forma que ela passa a entender o seu transtorno e aprende a lidar com aquela dificuldade. Foi dentro desse contexto que Luís legitimou a escolha do seu cuidado, aliviando suas angústias e medos.

Em decorrência de uso e abuso de drogas psicoativas, no momento em que passou por uma crise com alucinações visuais e auditivas Matteo (22 anos) interpreta seu problema como decorrente de influência espiritual. A agência de cuidado dentro do seu contexto sociocultural a ser buscado foi o Centro Espírita, que segundo ele ... *já comecei a melhorar*. A decisão tomada apontou esse tipo de cuidado como o mais indicado naquele momento, talvez influenciada pela percepção, representação e significado de experiência vivenciada por familiar que já tinha recebido cuidado no CEAK. A família procura caminhos a serem percorridos de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte e com base nas experiências anteriormente vivenciadas, especialmente naquelas que tiveram resultados positivos. Dessa forma, pode ser considerado, conforme refere Oliveira (2002), que diante dessa situação a pessoa que experiencia um sofrimento com membros de sua rede social percebe os sintomas e os caracteriza, atribuindo-lhes um significado e buscando o cuidado, o tratamento e a cura. Assim, a busca de ajuda e a adesão ao cuidado e ao tratamento podem ser influenciadas pela forma como a pessoa identifica os seus sintomas e a própria crença sobre o seu determinante etiológico.

Não tenho nada bem certo. Eu estava dirigindo e não conseguia olhar para a pista. Eu dirigia o carro de olho fechado sabe, e a vó pediu que eu estacionasse. Estacionei o carro, minha vó falou com a minha tia, daí me levaram para casa... Daí um dia ou dois depois minha tia me levou para o Centro Espírita. (...) a minha tia já tinha passado por lá várias vezes. (Matteo, 22 anos)

Dentro da concepção da biomedicina, as alucinações e visões podem ser ocasionadas por patologia orgânica de forma temporária, por distúrbio de personalidade, pelos transtornos mentais, como também pelas drogas psicoativas, através de alterações na sensopercepção. As drogas psicoativas modificam as funções do sistema nervoso central ocasionando efeitos psíquicos e comportamentais, podendo desenvolver uma depressão.

Uso e abuso de drogas psicoativas agregados a problemas emocionais e depressão levaram alguns informantes a buscar o CEAK, elegendo-o como uma possibilidade para seu cuidado e tratamento. Não existe nesse espaço qualquer programa específico de tratamento a

usuários de substâncias psicoativas. No entanto, frente a todo o contexto simbólico e de fé, parece que os resultados foram mais positivos no enfrentamento de sua situação de vida desencadeada pela droga. Para Oliveira (2002) essa realidade simbólica permite à pessoa atribuir significado com base em sua experiência.

(...) eu estou vindo com frequência aqui no Centro Espírita...(...) estou procurando bastante para me tratar. (...) eu estou mais calmo, mais tranquilo também. E graças a Deus, hoje eu dou graças a Deus mesmo por não usar, faz mais de 100, hoje faz 102 dias que eu não uso nada, nenhum tipo de droga. (...) eu vejo que Jesus está me ajudando, iluminando meu coração, botando a mão dele em cima de mim e eu não estou pensando no que eu pensava antes (drogas). (Gianluca, 36 anos)

Observa-se que a religiosidade vem obtendo bons resultados no tratamento da dependência de drogas, independente da religião professada pela pessoa. Parece que o vínculo religioso facilita a recuperação e diminui os índices de recaída das pessoas submetidas aos diversos tipos de tratamento. Do mesmo modo, o fato de as pessoas frequentarem uma instituição religiosa, sem necessariamente existir nela um tratamento formal, também demonstra a sua mobilização para diminuir o consumo de drogas psicoativas. Parece que o suporte religioso e/ou espiritual auxilia no processo de enfrentamento e na tomada de decisão contra a dependência (PAIVA, 1998; SANCHES; NAPPO, 2007).

Sanches (2006) desenvolveu um estudo sobre mecanismos de intervenção religiosa para curar a dependência de drogas. Os evangélicos foram os que mais utilizaram o recurso religioso como exclusivo para o seu tratamento, não faziam tratamento médico nem farmacológico, enquanto os espíritas buscaram mais apoio terapêutico em relação à dependência de drogas lícitas conjugado ao tratamento convencional. Essa situação foi justificada pela melhor condição financeira dessas pessoas. Além disso, ficou evidenciado que a oração foi o mais importante suporte para controlar o desejo pela droga, funcionando como ansiolítico. Segundo essa autora, entre os principais fatores, o que mais mantinha as pessoas na instituição religiosa e na abstinência era o acolhimento recebido.

Nos últimos anos, muitos estudiosos têm também direcionado suas pesquisas para a relação entre os transtornos psiquiátricos e a dependência de substâncias psicoativas, aqui incluído também o álcool, frequentemente associado com transtornos depressivos (SILVEIRA; JORGE, 1999; FONTANELLA; TURATO, 2005). Esses estudos contribuem para propiciar cuidado e tratamento de modo mais amplo e mais bem direcionado ao usuário de drogas psicoativas.

Importante salientar que o uso e ou abuso de drogas psicoativas, lícitas ou ilícitas, é considerado como um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo, atuando tanto no aspecto biológico, quanto sociocultural, psicológico e mental. Frequentemente as primeiras experiências ou o primeiro contato com as substâncias psicoativas ocorrem mais durante a fase da adolescência, período em que a pessoa está mais vulnerável, tanto no aspecto psicológico quanto sociocultural. Fatores que podem levar ao uso e abuso das drogas psicoativas podem estar relacionados a desestruturação familiar, relacionamentos deteriorados, separações, timidez, dificuldades de lidar com as emoções, frustrações dentro do contexto socioafetivo e influência de pais e amigos, entre outros (NASCIMENTO; JUSTO, 2000; SOLDERA et al., 2004; CONILL et al., 2008).

Em face do problema de uso e abuso das drogas psicoativas cada vez mais frequentes por jovens, pesquisadores da área da saúde, tais como: Carlini et al.(2002), Coutinho, Araújo e Gonties (2004); Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004); Soldera et al.(2004); Peuker, Fogaça e Bizarro (2006); Lemos et al.(2007); Roehrs, Lenardt e Maftum (2008), tem desenvolvido estudos no contexto da adolescência.

Matteo (22 anos) vivenciou a situação supra citada. Seus pais se separaram quando tinha seis meses, sendo levado a morar com os avós até os seis anos. Com o pai ele não mantém mais contato, ele lhe é indiferente. Ao comentar esse fato parece não ter qualquer sentimento, chegando aos limites do desprezo. Quando sua mãe casa novamente, volta a morar com ela, padrasto e com dois irmãos que nasceram dessa união, mas tinha uma relação conflituosa com ela: ... *era só discussão, ficava gritando o tempo todo*, segundo seu relato. Aos quinze anos, com o processo de nova separação da mãe retorna à casa dos avós, permanecendo até o presente momento. Talvez todo este seu contexto familiar conturbado tenha contribuído para que ele se envolvesse com substâncias psicoativas já na adolescência, conforme foi referido pelos autores retrocitados.

O efeito do uso e ou abuso das substâncias psicoativas tem levado cada vez mais a comportamentos de risco tais como: maior chance de envolvimento em acidentes, provocando mortes violentas; violências sexuais; formação de gangues. Ao mesmo tempo o uso de drogas pode levar a dificuldade no aprendizado, a prejuízos na memória, entre tantos outros que envolvem tal fenômeno. Por outro lado, apesar de todos estes efeitos deletérios, elas também são percebidas pelos seus usuários como tendo um significado positivo: na melhora do humor, desinibição, prazer sexual, facilitar as interações, como se percebe no relato abaixo:

(...) saía com eles para ir num bar... A conversa era boa, o hábito de beber acho que prejudicava, mas conversar é bom. (...) eu costumava usar droga

também. (...) bebia quase que diariamente, droga mais semanalmente. O álcool tirava a timidez, a vergonha; a cocaína dava confiança. Usei muita coisa... maconha, haxixe experimentei lança perfume, ecstasy, cocaína, loló... (...) momentos felizes. A maconha deixa retardado, deixa tolo. Ri de tudo, não consegue falar muito. É assim, acaba com a memória. A cocaína pode provocar enfarto. O uso prolongado tira o prazer das coisas, dá depressão. (...) eu consegui parar com a maconha, eu achava que com as outras ia acontecer isso também, mas na verdade eu substitui. Quando parei com a maconha eu fumava muito mais e passei a beber mais. Na minha cabeça tinha três coisas: bebida, sexo e política. Eu pensava na mulher como objeto. (...) uma coisa, usava e jogava fora. (Matteo, 22 anos)

Importante tecer algumas reflexões quanto ao fenômeno das drogas, que se apresenta nesse contexto do estudo. Cada vez mais existem recursos que podem ser mobilizados pelos profissionais de saúde para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, a partir do momento em que é conceituado como uma doença. No entanto, a droga é um fenômeno social que transcende o individual e como tal deve ser percebida não exclusivamente como a doença cujo tratamento é basicamente medicalizado, como vem ocorrendo. A responsabilidade é do sujeito, ao ser considerada dentro de uma perspectiva biológica tanto quanto da visão espírita relacionada a esse fenômeno.

Embasado nos dispositivos da Doutrina Espírita, o CEAK, desenvolve sua prática terapêutica fazendo reflexões sobre o comprometimento, não somente no presente, mas também no futuro, que provocará uma desorientação na caminhada evolutiva da pessoa. A responsabilidade, como já foi comentado, é do indivíduo. É ele, com seu livre arbítrio, que assume a responsabilidade de suas ações. Nos casos em que se identifica a atuação de entidades espirituais, que influenciam a manutenção do uso da substância psicoativa, o atendimento da pessoa é direcionado também para o processo de desobsessão. No enfoque da Doutrina Espírita, os espíritos desencarnados, como comenta Camargo (1961), podem agir fluidicamente sobre o espírito encarnado, o ser humano, provocando doenças psíquicas ou somáticas. Nessa situação reforça a questão da individualidade, de uma causa específica na qual há uma prescrição a ser seguida. A situação em que a pessoa vivencia o uso de droga acaba sendo considerada como o foco específico de seu problema, uma doença estabelecida. Talvez, de alguma forma, não seja contemplado todo o contexto de vida sociocultural e relacional no qual a pessoa esteja inserida, o que favoreceria maior reflexão, encaminhando-a para um cuidado mais ampliado.

A droga existe, o indivíduo a utiliza e busca o cuidado. Conforme um dos trabalhadores do CEAK há preocupação de que estejam mais preparados e instruídos, com o

suporte científico de saúde para a instrumentalizá-los para trabalharem com esse fenômeno. É visível nesse depoimento um desejo de apropriação de uma forma de cuidado legitimado também atuando dentro de uma vertente de medicalização, que é o cessar a drogadição.

O uso de drogas psicoativas vai muito além do olhar direcionado a conceituá-la exclusivamente como uma doença. A droga deve ser considerada como um fenômeno social, um dos problemas mais sérios e de difícil solução. Na sociedade atual o uso abusivo de substâncias psicoativas tem-se constituído uma problemática consideravelmente complexa, mesmo frente às transformações histórico-culturais e às inovações científico-tecnológicas. Gera prejuízos nas esferas afetivas, relacionais, educativa, produtiva, econômica e da saúde (GELBCKE; PADILHA; WRIGT, 2003; SOUZA; KANTORSKI, 2007). É um problema de extensa magnitude e de características multidimensionais, afetando profundamente o tecido social, além do individual.

As substâncias psicoativas já acompanham o homem por muito tempo. Nas suas mais variadas formas de uso, já fizeram parte das mais diversas e importantes cerimônias e confraternizações, tanto nas de cunho sagrado quanto nas profanas. É incontestável que na sociedade contemporânea o seu consumo ganha crescente visibilidade. Marinho (2005) refere que cientistas sociais que estudam o fenômeno sinalizam que ele não é contemporâneo, que a definição de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, legais e ilegais responde a determinadas formas de organização social. As drogas lícitas e ilícitas continuam sendo ainda tradicionais mediadores socioculturais; o álcool serve de brinde nas celebrações, e as demais drogas fazem parte dos encontros em diferentes camadas socioeconômicas.

O fenômeno das drogas está incluído num contexto macrossocial, cultural e interpessoal amplo. É um fenômeno global que abarca o indivíduo, a família, a comunidade e toda a sociedade com suas causas econômicas, políticas, culturais e de saúde, entre outros (MONAGAS, 1991). É com base nesses conceitos que o cuidado passa a ser direcionado para além da relação droga versus doença.

Percebe-se que a prática de cuidado desenvolvida no Centro Espírita procura proporcionar consolo, apoio, conforto à pessoa, abrindo espaço para que ela possa falar sobre os seus sofrimentos, transmitindo pensamentos positivos, levando a esperança de que aquela situação de dor pode ser aliviada. No entanto, o comprometimento, a responsabilidade pela melhora, pela recuperação do bem-estar depende da própria pessoa, a quem cabe reconhecer suas causas e dar início ao processo de mudança interior sustentada pelo Espiritismo.

A doença espiritual e a doença física são consideradas, por princípio, como realidades independentes. No entanto, existe uma correspondência entre os elementos

espirituais e materiais, que atuam dentro do processo saúde e adoecimento, no qual cuidado, tratamento e cura não se excluem, como destaca Loyola (1984). No itinerário terapêutico a pessoa procura associar as práticas de cuidado que possam atuar em todas as dimensões do ser humano.

Ao querer formular um diagnóstico para os sintomas, para os problemas, para os sofrimentos que vivencia, a pessoa procura relacioná-los a questões biológicas, emocionais e espirituais, como se depreende do relato de um dos informantes:

(...) tinha muita dor de estômago. Porque a doença, querendo ou não, às vezes a gente atrai ela... tem um mal-estar, começa a se sentir deprimido, enfraquecido, é onde aparece a dor de cabeça, onde aparece a dor de estômago, entende? Quando a gente está muito irritado, o que acontece? Começa a doer o estômago, não consegue comer. Então acho assim: muita gente às vezes passa por um problema, se lança na angústia, se deprime, começa a tomar remédio, é psiquiatra, psicólogo, sei lá, e às vezes o problema dele não é isto. O lado espiritual também é importante, assim como o lado orgânico. O médico vai te receitar remédio para tu te acalmar, tu ficar tranquilo, vai na verdade estar me dopando, vai acalmar o meu corpo físico... (Oliveira, 31 anos)

Nesse relato são associados elementos que fazem parte da representação e da compreensão da situação de saúde e adoecimento que transcendem a perspectiva dentro de uma vertente a qual estamos habituados como profissionais. Muitas vezes, por não considerá-los em seu contexto de cuidado e tratamento, o profissional acaba por não compreender a influência que podem exercer sobre as buscas realizadas pelas pessoas por cuidados e tratamentos em outras medicinas, como refere Luz (2003).

A pessoa vivencia os cuidados e tratamentos, mas também avalia sua eficácia e sua escassez. Essa avaliação é determinante para permanecer ou não no cuidado e no tratamento que recebe ou para prosseguir no itinerário em busca de outro tipo de ajuda.

Ao inserirem o CEAK no seu itinerário, alguns informantes abandonaram a medicação que já utilizavam, confirmando a escolha das práticas terapêuticas que recebia como as que lhe davam melhores resultados, atendiam o seu desejo de melhora. Para outros a medicação era fundamental para o seu cuidado, mas associada às demais práticas no seu processo de cuidado, como se percebe nas falas abaixo:

Eu resolvi de um dia para o outro assim, não vou tomar (medicação). Deixei porque eu procurei o Centro. (...) não quero ficar dependendo disso, porque também não deixa de ser uma droga, né? (...) quando comecei a frequentar, quando custava para dormir eu ia lá pegava a bíblia e ficava lendo a bíblia. Aí me dava sono e eu dormia. (...) quando eu tomava os remédios para dormir onze horas, eu dormia três horas e depois daquilo ali eu não

conseguia mais dormir. E depois que eu comecei a frequentar o Centro Espírita eu estou beleza, não precisa mais de nada, graças a Deus. (Gianluca, 36 anos)

(...) além de eu buscar coisa espírita que me faz muito bem, eu me cuido com medicamento. O antidepressivo para mim eu sei que se eu não tomar eu não vivo. (...) vivia caindo, ia tomar banho tudo caía; depois que eu botei o pé aqui (CEAK) dentro e comecei a acreditar eu não caí mais, eu ando direito. (...) Se eu não tivesse vindo para cá eu já tinha me suicidado. (Maria Camila, 59 anos)

Eu estou indo no Centro Espírita, fazendo a terapia e também estou tomando o antidepressivo. Eu estou melhor, não sei se é por causa do médico, da medicação. Acredito que não, tem algo espiritual também. (Matteo, 22 anos)

As pessoas procuravam melhorar no modo de viver, no modo de pensar, nas atitudes identificadas como trazendo sofrimento e infelicidade no seu processo de viver. O cuidado recebido parece que levava esse grupo de pessoas a buscar o autoconhecimento, a ter mais coragem, provocando mudanças em si mesmas. Tais condutas se refletiam em seu processo saúde-adoecimento.

(...) eu acho que melhorou bastante para mim... até o meu modo de ver o mundo... o meu dia-a-dia está diferente, bem diferente. Eu era um cara muito explosivo, e hoje eu vejo que eu não estou mais assim como eu era antes. Eu estou bem tranquilo, bem sossegado... completamente outra pessoa. Pelo estado que eu estou agora, que eu vejo que o meu estado hoje é bem melhor do que eu era antes, bem melhor... ah! esse atendimento aqui, eu fiquei bem espiritualmente, e eu fiquei bem melhor. (Gianluca, 36 anos)

O Espiritismo é um conjunto bem orquestrado, bem organizado, com uma porção de meios. Ele considera o ser humano nas suas várias dimensões, a sua realidade, a visível e a não visível. Te dá um trabalho de autoconhecimento, e aponta caminhos, enfim ele é suficientemente organizado para constituir um ponto de referência para muita gente. (...) a gente acaba encontrando caminhos para sarar, para curar, para sentir que a gente está vivo, que vale a pena viver, que ainda dá para fazer coisas que você não fez. (Pietro, 68 anos)

As palestras, as discussões e reflexões que ocorrem no grupo da terapia espiritual instigam as pessoas a também fazerem reflexões internas, ensejando mudanças. A Doutrina Espírita instrui a pessoa a reorientar seu comportamento, a transformar seus sentimentos, a realizar uma “reforma íntima”. Dentro dessa perspectiva, as pessoas vão dando sentido e significado às suas experiências de sofrimento, de adoecimento, às suas situações de vida e vão reorganizando-as. Para Maluf (2007), na prática terapêutica espiritual existe como regra a

mudança pessoal, e é através dela que a ação espiritual atua no processo de cura.

(...) são assuntos que comentam lá (CEAK) que você acaba assim tendo um tempo de reflexão para parar, para pensar. (Josi, 24 anos)

O processo de “reforma íntima”, como prescreve o tratamento espiritual nesse contexto de cuidado, começa a fazer parte da vida da pessoa com mudança no padrão de pensamento que se reflete em mudança de atitudes, de hábitos, de comportamentos, nos relacionamentos, na formulação de metas e de novos encaminhamentos no processo de viver. São atos significativos que levam a melhorar situações de vida e saúde, como se apresenta no relato:

O tratamento com as outras pessoas: antes eu me achava superior, mesmo sem ser. A mudança eu relaciono com o Centro Espírita, me ajudou bastante.(...) acordei agora para a vida. Eu posso dizer que eu melhorei, porque consigo organizar os meus pensamentos. Acho que sou agora uma outra pessoa, bem melhor do que era antes. Eu consigo dar carinho para minha mãe, que eu não conseguia. Era só discussão, ficava gritando o tempo todo. Agora já não é mais assim. Agora tem mais compreensão, mais carinho, mais amor. (Matteo, 22 anos)

Nos seus relatos, os informantes demonstraram a busca de resolução para seus problemas, mas também o acolhimento, a atenção, a possibilidade do diálogo, de poderem falar o que pensam e sentem, de como percebem seus adoecimentos. Para Visentin (2008), a atitude de acolhimento presente nas práticas religiosas também ajuda a pessoa a reorganizar a experiência de adoecimento e sofrimento reestruturando suas atitudes diante da vida.

Os trabalhadores que prestam o cuidado se disponibilizam para ouvir e interpretar o que elas sentem, dão importância às suas emoções, despertam esperanças e estimulam o aumento da autoestima. Quando adoecidas e sofrendo, as pessoas desejam ser amadas, protegidas, querem estar com pessoas em que possam confiar, que acreditem nelas, como explicam Laplantine e Rabeyron (1989). O valor do processo de cura, como é percebido por Ramires (1996), não está na eficiência do medicamento, mas na capacidade de despertar na pessoa tratada fé, esperança e confiança em quem assume o processo de cuidado ou de cura das enfermidades e sofrimentos. Essa postura possibilita que o ser humano seja percebido como um ser multidimensional, em que suas dimensões psíquicas, espirituais, culturais e sociais são tão importantes quanto o aspecto técnico de um cuidado, tratamento ou cura.

Me sinto bem cuidado, muito bem cuidado. Amparado, obtendo resposta pra tudo aquilo que eu preciso. Não tem palavras, é bom demais, muito bom. Me

senti bem amparado, como falei, protegido, bem protegido na verdade, saí dos maus pensamentos. (Oliveira, 31 anos)

(...) ouvir a pessoa... eu acho que assim tu deixa ela confortável o suficiente para que ela repense a sua vida. ... a interatividade que existe aqui é muito grande. (...) quando eu entrei na sala me receberam e quando eu saí deram um abraço. Eu acho que a principal coisa é o carinho. Isso eu acho que não tem coisa melhor para quem está buscando um pouquinho... porque quem vem aqui está precisando de alguma coisa. E se tu for a algum lugar e falar sobre assuntos que te incomoda ou que possa incomodar e se por acaso chega e as pessoas ficam afastadas, tu não vai falar nunca, né? Então eu acho que é isso, o carinho em primeiro lugar, chegou aqui e recebeu aquele abraço, pronto. (Luís, 39 anos)

(...) além de dar um tratamento para gente, o carinho, há o cuidado... esse cuidado é carinho, o respeito, sabe assim, é uma dedicação. Elas passam para a gente o amor... E você percebe que não é só comigo, é com você, é com o outro, entende? Ali naquela sala, o respeito, o carinho é igual para todos. (Fabiola, 62 anos)

A pessoa percorre sendas buscando o cuidado para sua vida. E na situação específica deste estudo, uma das práticas de cuidado é a terapia espiritual, recebida por todos os informantes. Essa prática reúne as pessoas para compartilharem seus problemas, trocar experiências que estão vivenciando e provocando seus adoecimentos, intermediados pelos ensinamentos da Doutrina Espírita. A terapia espiritual pode ser considerada uma modalidade de grupo de ajuda mútua, onde os diálogos e a troca de experiências acabam por provocar reflexões também sobre os problemas e sofrimentos, interferindo, de certo modo, na compreensão e na escolha do processo de cuidado e tratamento.

Para os informantes, o cuidado e o tratamento oferecidos pelo Centro Espírita trouxeram ou estão trazendo resultados para os problemas ou situações de vida que os impulsionaram a buscar por esse recurso terapêutico. Esses resultados são expressos por se sentirem mais fortalecidos, confiantes, aliviados, tranquilos e acreditando mais em si mesmos, com mais segurança e clareza dos seus problemas para enfrentá-los.

(...) toda vez que eu venho aqui (CEAK), parece que sai um caminhão das costas, porque a gente conversa bastante coisa, daí vai pensando naquilo que pode melhorar, que pode ser melhor. (Gianluca, 36 anos)

(...) a minha cabeça não é mais uma lixeira. A minha cabeça está voltando ao normal, à sanidade mesmo. Eu me sinto outra. Eu tive aqui uma mudança, sabe assim parece que eu estou fazendo um caminho inverso. A minha vida é outra.(...) Eu agora já sei falar não, aprendi. (...) Eu já sou mais eu, já estou mais fortalecida. Eu era só tristeza, só angústia... deprimida... ansiosa. (Fabiola, 62 anos)

(...) não tem nem comparação como eu cheguei lá e como eu estou agora. É um remédio, eu entro com um monte de coisas na cabeça e saio com a cabeça livre. Não só para a saúde, é para a minha vida. Não adianta eu tomar remédio e continuar vivendo como eu vivia antes. Não vou melhorar nada. Fez eu ver como eu sou mesmo. Eu consegui me ver e ver o que estava fazendo de errado. Muita coisa eu acho que já melhorei, mas tem muito que melhorar ainda. (Matteo, 22 anos)

Nesse momento de vida dos informantes, o CEAK foi o recurso de cuidado e tratamento escolhido para resolver suas situações de vida e saúde. Como em qualquer sistema de saúde, mesmo frente a resultados importantes de suas terapêuticas as pessoas estão constantemente avaliando suas práticas. É através da avaliação que os subsistemas de cuidado à saúde podem se fortalecer, se ampliar ou até mesmo perder a sua credibilidade. Esses resultados podem interferir em sua busca ou também em sua própria manutenção dentro de um contexto sociocultural. No cenário das práticas terapêuticas do CEAK observou-se que os informantes, ao falarem daquele ambiente ressaltavam os aspectos que consideravam mais importantes, como: sensação de paz, o acolhimento, a atenção, a segurança e o conhecimento dos trabalhadores, a gratuidade dos atendimentos, entre outros.

(...) eles não pedem nada, nem um dinheiro em troca. Então isso já é um ponto positivo. (Josi, 24 nos)

No contexto da prática terapêutica de alguns cenários religiosos, o exercício da caridade é que a sustenta, através do trabalho voluntário. E dessa forma, todo o atendimento é sem ônus, como se apresenta no CEAK. Kreutz, Gaiva e Azevedo (2006) e Mattosinho e Silva (2007) referem que a condição financeira da pessoa pode ser considerada como um aspecto limitador na busca de cuidado, podendo influenciar consideravelmente em seu itinerário terapêutico.

Dois informantes apontaram também discordâncias quanto a alguns aspectos da Doutrina Espírita, que são discutidos e analisados no grupo de terapia espiritual, mas sem haver o afastamento do tratamento, e também quanto à postura de um dos trabalhadores. Ao falarem de situações bem pontuais, direcionam para uma avaliação que merece ser explicitada e considerada.

(...) eu vou no Centro Espírita, é legal, tudo bem. Mas tem algumas coisas que não batem muito. Eles colocam que quando a gente está aqui na terra é o ruim. Eles vem muito o lado ruim. Toda vez que eu venho numa palestra aqui (grupo de terapia espiritual), sempre tem aquela parte assim que aqui é o ruim, que na próxima vida pode ser melhor. Não sei, nós estamos indo

primeiro nesse processo de ver o lado ruim para depois ter um lado bom. (...) Não vou dizer que é só coisa ruim. Eu não concordo com muitas coisas que eles falam.. .eu não vejo assim. Não, a gente vê que aqui na terra também pode ser muito bom. (Gianluca, 36 anos)

(...) eu não gostei de um médium lá que chamava toda vez que eu ia lá para a sala dos médiuns (atendimento no grupo mediúnico). eu achava debochado. (...) então tive que trabalhar a minha tolerância. Eu sou muito intolerante. Eu não gostei dele, eu não gostei daquele jeito dele. O atendimento mediúnico ficou a desejar. Não sei se eu não simpatizei... não lembro nem o nome dele, deletei. Tinha um até que eu tinha uma ligação... até gostava dele. Ele nunca me viu, mas quando ele vinha chamar, eu dizia porque eu não vou com ele. Esse eu gostei, esse eu acreditava que deveria ter alguma coisa espiritual. E sempre era o outro que me chamava. Eu achava meio sem preparo... sabe, assim meio estúpido. (Paula, 47 anos)

Essa avaliação ajuda a refletir sobre o que se espera de uma agência de cuidado, de seus trabalhadores. Esses se mostram gentis, acolhedores, simpáticos, carinhosos, mas também são pessoas que em outros momentos se apresentam com as suas dificuldades, as suas imperfeições, e nessas situações podem ser julgados inadequados por aqueles que buscam o atendimento.

Importante ressaltar que alguns dentre os informantes fizeram uma inter-relação com outras áreas de atenção para o cuidado às suas situações de vida e saúde, como se pode observar nos depoimentos de alguns informantes, a seguir:

Eu andava assim muito perdida mesmo, procurando me achar, com problema em casa, muito mesmo... (...) essa aí que a gente foi (seicho-no-ie), mas só fui duas vezes só. Mas aí depois desisti também, não fui mais, mas era bom também, era um lugar calmo também, a gente fica calma. Já fui também em benzedura. (...) até quando meus filhos eram pequenos eu fui na benzedeira. Ela benzia mais assim com incenso que ela tinha. (Ananda, 48 anos)

A minha vida teve um baque... foi um baque assim violentíssimo. Então esse negócio me deixou assim bastante arriado, eu precisava de força para superar isso. Muito mais força que eu acho que tinha. E procurei a seicho-no-ie para trabalhar essa coisa aqui e tal, mas eu acabei não encontrando propriamente nenhum apoio. (Pietro, 68 anos)

(...) faz dois anos agora que a minha sogra faleceu. Foi aí que a gente começou a procurar alguma ajuda espiritual. (...) aí surgiu o budismo. A gente começou a frequentar, eu e ela (esposa), a frequentar aquele grupo. Mas a gente não encaixou, não era isso que a gente procurava. Não sei se era por causa do grupo ou por causa da filosofia deles, ou talvez o próprio grupo que a gente não achou que seria legal. Não era para a gente. (Luís, 39 anos)

Todo o pluralismo assistencial existente favorece o processo de busca de cuidado à saúde; a pessoa procura, avalia e estabelece roteiros de cuidado e de tratamento para suas situações de vida e saúde.

Os tratamentos religiosos oferecidos pelas igrejas evangélicas, com base na fé e sem a intervenção médica, vêm ganhando espaço e aumentando o número de igrejas e adeptos, conforme estudo desenvolvido em Porto Rico, citado por Sanches e Nappo (2007). No Brasil esse panorama não tem sido diferente, amplia-se cada vez mais e atua também no campo da saúde. Há uma pluralidade de cultos e rituais em diferentes agências religiosas que se utilizam de imagens e símbolos dentro dos rituais de cura. É através desses rituais que o processo de tratamento e cura é organizado e realizado, expressando as mais diferentes visões de mundo, possibilitando interpretações de causas para as experiências de sofrimentos das pessoas, conforme propagado pelas igrejas, como: Universal do Reino de Deus, Neopentecostal, Pentecostal, Evangélica e outras (RABELO, 1993, 1994; RABELO; ALVES; SOUZA, 1999; RABELO; CUNHA; SCHAEPPPI, 1999; LEMOS, 2002; CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004; ACIOLI, 2006; DALMOLIN, 2006).

Segundo Rabelo (1994), no contexto dessas igrejas o ritual possibilita às pessoas uma transformação e reorganização de sua experiência no mundo. É através de toda a encenação: o espetáculo, a retórica e todo um conjunto ritualístico que constitui o processo de cura. O ritual de cura representa um ato terapêutico, segue um roteiro em que estão incluído um diagnóstico que é formalizado, uma prescrição a ser seguida e um prognóstico a ser elaborado (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

(...) eu queria procurar uma coisa para mim, uma coisa que me fizesse bem, que ajudasse. Eu estava procurando... fui na Igreja Universal também, assisti uma reunião. (...) mas não era o que eu queria. Porque eu até tinha um pouco de medo daquelas pessoas que às vezes caía. Ficava falando no mal, aquela coisa, não tem? Eu me sentia bem, porque gosto muito das músicas também. (...) mas eu não sei, depois fui desistindo. Eu vi que não era isso que eu queria. (Ananda, 48 anos)

Na situação relatada por Ananda, verificou-se que ela buscou por cuidado, mas todo o ritual que envolveu esse processo não conseguiu persuadi-la. Pelo contrário, acabou encaminhando-a para buscar outras possibilidades de cuidado, tratamento e cura. Para Rocha (2000), se a terapêutica não produz o efeito desejado, o vínculo enfraquece (no caso de Ananda se rompe), fazendo com que a pessoa procure outros recursos.

Rabelo, Alves e Souza (1999), indicam que a busca de grande parte dos recursos

religiosos não está relacionada a uma ligação já existente com a religião, mas se deve à crença nos seus poderes de cura.

Eu também vou na umbanda... eles trabalham muito com energia. Ontem ele me mexeu nos chacras aqui ... eu já estava ontem ruim, com muita dor de cabeça, mas ele conseguiu tirar... mas é impressionante, eu estava com um aperto no coração e ele, é um espírita bem poderoso. (...) eu estava assim apertada, angustiada, e aí ele me limpou, saí super tranquila de lá, saí leve. Para mim está bom, mas eu não sou assim aquela, vou, sigo aquela linha, não. Sigo muitas coisas. Eu utilizo tudo o que eu conheço... (Paula, 47 anos)

Paula (47 anos) vivencia experiências de uma forma eclética e é assim que se considera, buscando as práticas de cuidado que possam ser encontradas em seu contexto sociocultural. Ela buscou o Centro Espírita, a Umbanda, utilizou o reiki, o tratamento com cromoterapia. Dentro dessa perspectiva, Helman (1994) assinala que quanto maior e mais complexa for a sociedade em que a pessoa vive, é mais provável que diferentes práticas terapêuticas estejam disponíveis, desde que a pessoa tenha condições de assumir seus custos. Talvez a melhor situação socioeconômica de Paula possa ser um fator que lhe possibilitou buscar cuidado à saúde em que o recurso financeiro estava envolvido.

Estudos realizados por Rabelo (1993), Alves (1994) e Souza (1998b) retratam que, ao buscarem seu cuidado e tratamento em instituições religiosas, as pessoas mantêm tratamento alopático já em curso até porque muitos guias religiosos assim recomendam. Por outro lado, Peres et al. (2007) comentam que algumas orientações religiosas podem estimular a pessoa a abandonar outros tratamentos, podendo interferir no seu quadro clínico, mas esse procedimento é mais raro.

Conforme relato dos informantes, muitos buscaram o Centro Espírita para o cuidado e tratamento dos seus sofrimentos e recorreram à biomedicina como terapia complementar. No entanto, é importante ressaltar que no caso específico de doenças como: disfunção da tireóide, arritmia, hipertensão, artrose, problema visual, problema na coluna, ciclo menstrual irregular, entre outros, alguns informantes faziam acompanhamento sistemático com os profissionais especializados, outros tinham a consciência da necessidade, mas acabavam não incorporando como uma atenção ao seu cuidado. Esse acompanhamento estava relacionado à realização de exames para controle, avaliação da medicação prescrita, como também da evolução e resultado do tratamento.

A prescrição de medicamento ainda tem ocupado um grande espaço dentro do sistema de saúde pelo próprio referencial da biomedicina e pelo processo de medicalização

que vem ocorrendo progressivamente. Por outro lado, na maioria das vezes a pessoa usa a medicação sem a orientação do profissional de saúde, o que pode levá-la a não aderir a esse procedimento de cuidado e tratamento. Os efeitos colaterais e o tempo necessário para que a medicação possa trazer resultados efetivos acabam sendo desconhecidos pelas pessoas, que podem acabar desistindo de usá-la. Talvez, nesse ponto, o profissional deva rever sua postura diante dos tratamentos que prescreve e das orientações que transmite.

Por outro lado, Ferreira (1998) refere que o medicamento também funciona como um ponto de intersecção entre o médico e a pessoa que está sendo cuidada. Ela tem autonomia sobre o seu processo de cuidado, tratamento e cura, tomando decisões sobre quanto, quando e como tomar a medicação, e até mesmo por abandoná-la. Mesmo com essa autonomia, muitas pessoas confiam no que é prescrito, mantendo o profissional como referência importante dentro do sistema de saúde. No entanto, a pessoa pode também não aprovar totalmente as orientações recebidas, reorganizando-as conforme suas crenças, como sublinham Kreutz, Gaiva e Azevedo (2006), e também pode decidir não mais seguir o que é prescrito, buscando outras possibilidades de cuidado.

Para alguns informantes essas situações fizeram parte dos seus relatos:

Aí comecei a tomar remédio... então é o antidepressivo, é remédio para dormir... o antidepressivo para mim eu sei se eu não tomar eu não vivo. (Maria Camila, 59 anos)

Para Maria Camila, além da ação terapêutica da medicação, há também todo um significado importante de suporte, de apoio, servindo de sustentação para o enfrentamento de situações que vivencia em seu cotidiano.

(...) ele me deu um remédio, tomei, mas não me senti bem, não quis tomar mais... parei de tomar... muita moleza no corpo, muito sono, abaixou muito a pressão... Eu continuava ruim a mesma coisa, sabe, só que eu não podia tomar aquele remédio, porque não estava fazendo efeito. (Ananda, 48 anos)

(...) tomava remédio para dormir, tomava remédio para comer, tomava remédio para depressão... (...) Hoje nenhum medicamento, deixei por minha conta mesmo. Deixei porque procurei o Centro (CEAK). (Gianluca, 36 anos)

Todos os informantes que relataram vivenciar seus conflitos, sua situação de sofrimento, faziam referência à presença da depressão e sua aproximação com o modelo biomédico, e acabaram recorrendo à biomedicina para complementar o seu cuidado e tratamento.

A depressão tem sido considerada como uma das causas da incapacitação no mundo, interferindo no funcionamento físico, pessoal, familiar e social dos indivíduos. Diferentes fatores considerados como causais e desencadeantes das depressões ou também chamadas síndromes depressivas, como os genéticos, biológicos, neuroquímicos, tem um valor muito expressivo. Ao ser observado pelo ponto de vista psicológico, como enfoca Dalgalarrodo (2000), a síndrome depressiva tem uma relação muito estreita com as perdas significativas que envolvem as pessoas, como morte, separações e desemprego, entre outros.

(...) quando minha avó morreu, eu fiquei numa depressão assim terrível.
(Norma, 60 anos)

Eu tive uma depressão muito forte. Eu ando muito ansiosa, ansiosa, ansiosa, mas eu também já sei que toda a minha ansiedade é emocional minha. Eu sei que na minha vida emocional eu não estou feliz. Então eu acho que tudo isso já vai contribuir. (...) Tem épocas que eu estou assim bem para baixo mesmo, sem vontade de fazer nada. (Ananda, 48 anos)

(...) depressão... tentei me matar também. (Gianluca, 36 anos)

(...) eu fui sofrendo e entrei numa depressão profunda. Aí comecei a tomar remédio. (Maria Camila, 59 anos)

Aí conversei com ele (psiquiatra), ouviu atentamente, fez o diagnóstico, não realmente tu está com depressão, contei toda a história para ele. Aí ele me receitou um remédio. Eu não cheguei a tomar para te falar bem a verdade.
(Luís, 39 anos)

Norma (60 anos) vivenciou a perda de um ente querido, sua avó, com quem teve uma relação de muito afeto, respeito, de grande significado para ela. De acordo com a literatura, essa perda foi um fator desencadeante de sua depressão. Gianluca (36 anos) se encontra em processo de separação, podendo ser um fator causal de sua depressão, mas ao mesmo tempo, é usuário de substâncias psicoativas, que podem ser consideradas como um outro fator desencadeante. Tanto Ananda (48 anos) como Maria Camila (59 anos), trazem o relacionamento conjugal conflituoso como sendo o fator que contribuiu para o desenvolvimento da depressão. Luís (39 anos) atribui sua depressão a um assalto em sua casa e agressões que sofreu, referindo também estar relacionada à influência espiritual.

Peluso e Blay (2008) referem que causas biológicas, espirituais e morais da depressão foram consideradas de menor relevância, dando preferência às de natureza psicossocial, principalmente quanto aos eventos considerados estressantes no cotidiano de vida das pessoas. Semelhantes achados levam à reflexão acerca do modelo biomédico da depressão. Para os autores essa compreensão pode ocasionar uma menor procura ou a procura

menos precoce do cuidado profissional.

As pessoas ainda buscam o recurso da biomedicina basicamente dentro de uma perspectiva de curar um sintoma, muitas vezes caracterizado por uma sensação de dor. São questionadas, em trabalhos desenvolvidos por Loyola (1984) e Montero (1985), as razões pelas quais algumas pessoas consultam o médico, ao passo que outras, tendo o mesmo tipo de sintomas, acabam por não fazê-lo. Alguns resultados indicam que fazem parte dessa escolha, entre outros, a diferenciação entre doença material e doença espiritual por elas atribuído a essa sintomatologia. O sintoma é caracterizado como algo invisível, as sensações são única e exclusivamente do indivíduo que a experimenta e vivencia. Retornando à sensação de dor, é importante ressaltar que, mesmo sendo considerada uma experiência subjetiva, pode se relacionar não apenas ao físico, mas a todas as demais dimensões do ser humano.

O sujeitos desse estudo procuraram terapêuticas de cuidado, tanto para seus adoecimentos e sofrimentos, quanto no sentido preventivo, que lhes trouxesse além de uma maior resolutividade e eficiência, escolhas legitimadas, envolvendo todo o processo de interesse, de oferta, de procura, de negociações existentes envolvendo as concordâncias e discordâncias.

Quando é físico que eu estou sentindo na carne, como agora que eu estou mal (resfriado), eu vou para o médico. Eu ficava com a cara inchada e aí o olho parecia que saía fora... procurei dez oftalmologistas, desde um velho caindo aos pedaços para ver se sabia mais coisas antigas e um novinho que acabou de sair do forno. Nenhum adiantou, só me davam colírio, só me davam coisa para pingar. Gastei um monte... era espiritual... aí a terapia acabou a minha alergia... eu estava desprotegida... quando comecei a esclarecer... foi a terapia espiritual, foi a SERTE ... eu acabei com isso. (Paula, 47 anos)

Se for um problema de saúde física, eu vou no médico. Se for a questão desses sentimentos ruins... eu não estou bem, o recurso é aqui (Centro Espírita). (Luís, 39 anos)

Na vivência de uma dor de cabeça ou de estômago, os informantes as percebiam como tendo uma conotação física, mas sempre as relacionando a questões emocionais que a desencadeavam.

A dor pode funcionar como um elemento desestabilizador do estado de equilíbrio do indivíduo. A dor de cabeça, como referem Alves (1993) e Oliveira (1998), é uma das mais ameaçadoras à saúde, pois atinge o ponto do corpo incumbido justamente de manter o controle sobre as funções da pessoa. As informações que ela traduz podem nada significar, ou ao contrário, por essa razão não poderá ser analisada fora do contexto no qual a pessoa esteja

envolvida, o direcionando-a para a busca de um cuidado e tratamento mais adequado, mais resolutivo.

(...) estava também com problema na cabeça, que tinha me dado há a uns 7 anos atrás um aneurisma. E há uns 8 meses atrás aí me deu de novo. Ele (médico neurologista) já cuidou de mim a primeira vez, aí quando deu de novo, a gente correu direto para ele, que ele já tinha o meu histórico todo. Aí fiquei internado mais uns dias... fiz todos os exames... não chegou a acusar aneurisma, todos eles deram negativo, não acusou nada. Ele viu que não era um aneurisma então sugeriu um psicólogo, psiquiatra... (Gianluca, 36 anos)

Em virtude do resultado negativo dos exames, do uso e abuso de drogas psicoativas e do processo de separação que Gianluca estava enfrentando, e também pela sensibilidade do profissional, a dor de cabeça foi avaliada dentro de todo esse seu contexto e ressignificada direcionando-a para um cuidado mais apropriado. Sarti (2001) reforça a importância que tem a forma como o profissional reage perante as manifestações de dor da pessoa que procura seu cuidado, como a postura dele no caso presente.

Ao referenciar ter buscado outros recursos de saúde, legitimados dentro do seu contexto sociocultural para complementarem seu cuidado e tratamento, alguns informantes consideraram como um reforço no apoio que necessitavam, chegando a haver uma interação, um resultado positivo. Para outros foi apenas mais uma tentativa de cuidado, sem resultados efetivos, principalmente relacionado à receptividade, por não sentirem confiança, segurança, não ter ocorrido o espaço de escuta que desejavam.

Ela (psicóloga) me atendia uma vez a cada 15 dias, ela me dava um apoio... (...) fazia exercício respiratório comigo, eu gostava muito... (Norma, 60 anos)

Na psicóloga para falar a verdade eu não fui mais, porque alguma coisa que eu falava ela só ria. Aí, mas isso tenta te lembrar, a mais não sei o que, então não fui mais nela. (...) eu queria que o psicólogo me escutasse. (Maria Camila, 59 anos)

(...) procurei um psiquiatra, mas foi só uma oportunidade, eu não gostei desse psiquiatra. Não deu certo, não senti a receptividade. Eu pensei: esse cara não vai me ajudar de maneira nenhuma. (Pietro, 68 anos)

A forma como o profissional se relaciona com a pessoa que busca o seu cuidado, fazendo com que o encontro seja terapêutico, através de uma escuta qualificada, da atenção, de colocar-se à disposição, interfere significativamente no estabelecimento de um vínculo, em

que a confiança e a segurança poderão ser asseguradas. A pessoa que procura o cuidado já está fragilizada; o acolhimento proporcionado fortalece a relação terapêutica.

Quanto à questão da saúde mental que tem toda uma representação simbólica no contexto sociocultural da loucura, dos desatinos, do preconceito, dos rótulos que persistem, muitas pessoas ainda se sentem constrangidas, preocupadas em se inserir dentro desse cenário de cuidado. Mesmo com todas as transformações que já estão ocorrendo através da reforma psiquiátrica, que mostra outros caminhos a serem percorridos, outras formas de cuidado e tratamento aos sofredores psíquicos, as pessoas procuram resistir a esse enfrentamento. Hoje em dia alguns profissionais da saúde mental orientam tratamentos não apenas medicamentosos e, dependendo da situação, eles se mostram efetivos. A fala a seguir retrata a experiência de uma das informantes nesse tipo de tratamento:

(...) fiz psicoterapia... minha vó morreu, eu fiquei numa depressão assim terrível. Aí o meu ginecologista: eu vou te indicar um médico que vai te tirar isso, e era um psiquiatra. Fiquei um mês com o telefone, eu não vou para psiquiatra coisa nenhuma. Até que fui e ele me botou na biodança. Passou aquilo tudo, não tomei medicação nenhuma, me senti muito bem... (Norma, 60 anos)

Dentro do contexto de sofrimento a biodança pode ajudar no enfrentamento de situação que a pessoa vivencia em seu cotidiano. Para Maluf (2005), a biodança permite que a pessoa se liberte e também expresse suas emoções, mobilizando as estruturas pessoais. A biodança incentiva a pessoa a melhorar sua qualidade de vida, através de transformações tanto no estado biológico como no mental. Ao se sentir mais integrada, harmonizada e feliz consigo mesma ela consegue uma melhor integração com as demais pessoas e com o ambiente em seu entorno (D'ALENCAR et al., 2006; D'ALENCAR et al., 2008).

Os informantes que buscaram outras instituições de saúde e profissionais, tanto para acompanhar seus problemas que necessitam de controle, como a busca do recurso para complementar o cuidado e tratamento que recebiam no CEAK, mesmo sendo valorizadas quanto à importância, realizaram também uma avaliação. Destacam tanto pontos positivos quanto os que merecem intervenções para melhorar.

Essas avaliações são influenciadas por diversos fatores, tais como: a forma de atendimento, o tempo de espera e o tipo de medicação prescrita, entre outros. Esse processo de avaliação, como sugerem Queiroz e Carrasco (1995), está envolvido por um componente forte de subjetividade, caracterizado por situações específicas que são vivenciadas por cada indivíduo. No entanto se percebida a avaliação apenas por essa perspectiva, muitos

procedimentos, atitudes e posturas acabam por se cristalizados dentro dos serviços de saúde. Algumas avaliações relatadas pelos informantes:

Eu tive dois nódulos de mama, fez um ano que operei... não era nada grave, uma benção, recebi uma graça muito grande. Só que agora, como eu fazia antes, agora tem que acompanhar, eu cuido lá naquele hospital. Nossa! eles são 10, aquelas moças são fabulosas, os médicos também. (Fabíola, 62 anos)

Vivia com rinite, vivia com labirintite... me deu bronquite...era tudo quanto é ite. Na época da rinite, dessas coisas todas, eu fazia aqui na clínica... achei horrível, não gostei, não veio aquilo que eu queria. (Paula, 47 anos)

(...) eu tive um trauma muito grande, eu tive uma isquemia, faz cinco anos que eu tive. Aí cai na frente daquelas lojinhas próximo do mercado... a policial ficou segurando o meu rosto até o hospital. (...) eu tinha Unimed... (...)Aí eu sei que quando eu me acordei, ele (marido) estava brigando com uma gorducha, brigando porque ela me jogou lá como se eu tivesse dado um ataque histérico, me jogou lá e eu fiquei lá. Mas claro eles não sabiam quem eu era... eu era tipo uma indigente, como é que eles iam me tratar bem se não sabiam quem eu era, aí fiquei lá jogada... quase nua... e eles pouco caso fizeram. Aí eu sei que ele (marido) me pegou, me botou dentro do caro e levou eu lá pro outro hospital, lá tinha um atendimento ótimo. (Maria Camila, 59 anos)

Eu bati com a moto... detonei essa perna, mas estava com dificuldade para respirar... e os bombeiros lá no momento acharam melhor me transferir com o helicóptero.... me levaram para o hospital ali do centro. (...) uma coisa que eu notei assim, a chegada das pessoas feridas, não existe um tratamento assim de limpeza dos ferimentos, pelo menos para mim não houve... (...) Quer dizer o ferimento ele estava sujo... eu tinha pedra ali dentro. Então realmente eu fiquei com receio. (...) eu cheguei de tarde, tipo as duas horas e fui para cirurgia as cinco horas. (...) eu fiquei na espera. Isso realmente eu fiquei assustado assim. (...) aí depois disso que começou a infeccionar. (Luís, 39 anos)

A instituição de saúde sofre uma avaliação, não por si só, como uma estrutura física, mas sim através dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. É segundo essa perspectiva que a satisfação ou não das pessoas é avaliada. Essa avaliação serve de baliza para a permanência ou não das pessoas. Não pode deixar de ser considerada dentro desse contexto toda a crise da saúde, tanto quanto da medicina, como reforça Luz (2003). Essa crise está envolvida pelo crescimento das desigualdades sociais em todo o mundo, pelas políticas sociais e de saúde ainda descomprometidas com essa realidade e pela própria mercantilização do cuidado e do tratamento que é caracterizada por relações adversas ou de conflitos.

Os informantes referiram também que buscaram a homeopatia como uma prática terapêutica, complementando seu cuidado e tratamento. Segundo eles, essa prática auxiliava em sua recomposição, possibilitando mais estabilidade emocional.

(...) a homeopatia que eu procurei no HU. Até eu fui fazendo... até depois foi ficando difícil para pegar consulta. (Ananda, 40 anos)

Quando eu não tomei a medicação do psiquiatra, eu usei a homeopatia. Não é assim uma coisa tão agressiva. (...) eu ficava mais tranquilo. Eu tomei por seis meses. Sempre ajuda, é bom. (Luís, 39 anos)

A homeopatia já teve uma aproximação com o Espiritismo, na segunda metade do século XX. Durante um longo período houve uma forte ligação entre a doutrina hahnemanniana e os postulados kardecistas, resultando em uma apreciação pelas pessoas que identificavam em muitos pontos a prática médica com os princípios do espiritismo (BERTOLLI FILHO, 1990; LUZ, 1996). No Centro Espírita (CEAK), mesmo havendo toda uma organização em sua estrutura de atendimento, a homeopatia, assim como qualquer outro tipo de medicação não é utilizado, mas há Centros Espíritas em que ocorre essa prática. A água fluidificada é que é considerada um medicamento que atua no processo de cuidado e tratamento.

Congruente com os princípios propostos na Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS) - integralidade, equidade e universalidade, a homeopatia já é reconhecida como especialidade da área da saúde, prevista em lei e institucionalizada nos serviços públicos de saúde como uma prática terapêutica de cuidado. A homeopatia²⁴ cada vez mais tem se difundido em todas as classes socioeconômicas da população brasileira, crescendo sua aceitação e credibilidade na população em geral. Por outro lado, enfrenta resistências e bloqueios de alguns profissionais, em virtude de suas racionalidades médicas diferentes (LUZ, 2003, 2005; MONTEIRO; IRIART, 2007; JUSTO; GOMES, 2007).

Um fator que pode também ser pensado como contribuinte para aumentar a busca por esse tipo de cuidado e tratamento talvez seja a falta de recursos financeiros para o tratamento alopático. E ainda a demanda excessiva de exames para diagnóstico e tratamento medicamentoso de alto custo, o que basicamente não ocorre com o tratamento homeopático. Esse aspecto é contemplado nos estudos desenvolvidos por Barbosa e Silva (2006) e Monteiro e Iriart (2007).

Na homeopatia a relação estabelecida entre o profissional e a pessoa que o procura, é considerada um fator primordial dentro da evolução do tratamento. Essa relação é envolvida por todo um significado, como acentua Luz (2005). O toque corporal entre esses atores

²⁴ A homeopatia tem origem com Hipócrates, mas sua criação é atribuída ao médico Christian Friedrich Samuel Hahnemann, nascido na Alemanha em 1755. Seu marco inicial da homeopatia foi o ano de 1796 (CORREA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997).

permeia a relação, traduzindo o afeto, a sensibilidade. No cuidado, no tratamento homeopático, a pessoa é considerada em sua totalidade biopsíquica e também espiritual, é um ser singular, que está inserido dentro de um contexto sociocultural.

A homeopatia é considerada como uma forma mais natural de tratar os adoecimentos, sendo o seu paradigma mais centrado na saúde do que na doença. Para Barus-Michel (2002), para a pessoa o que interessa é o efeito benéfico que ele sente, mesmo frente a estatísticas que acabam contradizendo a realidade de sua cura.

Outra prática relatada foi o uso de chás, a complementar o cuidado e o tratamento dos informantes. Sua eficácia e legitimidade, trazendo alívio para diferentes problemas de saúde e bem-estar às pessoas, continuam a ser reconhecidas. Ele é avaliado como benéfico em diversas situações. O uso do chá como prática de cuidado sempre fez parte da cultura do povo brasileiro. Por longo tempo esse saber era repassado oralmente entre as mulheres de uma mesma família e pelos “curadores”.

Estudo de Teixeira e Nogueira (2005) revela que o conhecimento sobre as ervas medicinais provém da família (64,4%) e de amigos (10,3%), enfatizando a importância da família no repasse dos valores culturais. Enfatizam ainda que a forma predominante no preparo das ervas foi o chá, com 83,4%, dado que reforça sua utilização.

O uso de plantas, de ervas como forma de tratamento e de cuidado tem uma história de longa data, remonta às antigas civilizações. Seu objetivo era curar as enfermidades e aliviar o sofrimento das pessoas. É considerado como o primeiro modo de uso de medicamentos “na obra chinesa Pen Ts’ao (‘A Grande Fitoterapia’), de Shen Nung, que remonta a 2800 a.C” (SILVA, 2000; TOMAZZONI; BONATO; CENTA, 2006, p.116; SCHWAMBACH, 2007).

Mesmo com todo o arsenal de princípios ativos encontrados nos medicamentos, Schwambach (2007) diz que as plantas medicinais prosseguem o seu caminho no mundo todo, promovendo a saúde e o bem-estar das pessoas.

Em casa de vez em quando eu tomo um chazinho também... que eu não dormia... (...) O chá de casa que a gente tem também no quintal, eu fui assim tomando. (Ananda, 48 anos)

O chá que eu tenho hábito de tomar é aquele de erva doce, que eu tenho muito problema de estômago. Tenho refluxo, então eu tomo um chazinho de erva doce. Os outros, chá preto, por exemplo, não posso tomar... Aí eu tomo quando eu estou assim afrontada, aí eu tomo chá de erva doce. (Norma, 60 anos)

Um ponto merece destaque: mesmo fazendo parte das várias experiências de cuidado

e tratamento dentro do contexto familiar, as plantas medicinais não estão isentas de apresentar risco se usadas sem critério. É o caso de ingerir vários tipos de ervas indicados por familiares, vizinhos ou pessoas conhecidas, sem o devido conhecimento de suas propriedades de cura e toxicidade ou contraindicação. Na crença popular, por serem naturais, os riscos ou efeitos adversos desses fitoterápicos caseiros não são levados em conta, o que preocupa e deve ser considerado pelos profissionais da saúde (SILVA et al., 1996; TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005; TOMAZZONI; BONATO; CENTA, 2006).

Eu tomo chá de melissa... aquele lá no Rio de Janeiro é erva cidreira, aqui é capim limão. Eu acho bem gostosinho. Às vezes eu tomo a tarde assim, às vezes eu tomo. E quando eu não estou bem, eu tomo também, e tomo mais ainda. (Fabíola, 62 anos)

(...) era sempre assim, ó: toma chá disso, chá daquilo. Sempre tinha alguma coisa guardada... deixava secar, depois dependendo da planta, está pronto para tomar quando precisasse. Marcela ficava de um ano para o outro e tal, e fazia isso. (...) morando juntas até você acaba tendo conhecimento mais dos chás, aquela convivência... ela tomava, aí ela sempre convidava para tomar. Ó esse chá é disso, esse chá é daquilo... (Josi, 24 anos)

Toda a linguagem que permeia as práticas de cuidado é passada de geração em geração, possibilitando o compartilhar das experiências e as ações de cuidado. Para Teixeira e Nogueira (2005), todo esse contexto familiar é considerado importante canal por onde os valores culturais são repassados, podendo ser observada a assimilação de tais conhecimentos no cotidiano das pessoas. Foi o que ocorreu com Josi: durante o tempo que morou com sua família numa cidade do interior, vivenciou todo o ritual de preparação do chá, a transmissão desses conhecimentos e o seu uso como prática de cuidado. Quando foi residir com uma pessoa que também tinha esse hábito continuou a usá-lo por um tempo. No entanto, ao sair dali, acabou abandonando o hábito, donde se conclui que, mesmo tendo conhecimento dos chás e com o hábito de seu uso já incorporado, quando falta um referencial, um estímulo, essa prática pode ser abandonada.

A crença e os valores atribuídos ao chá, através dos conhecimentos das pessoas mais antigas que fazem parte do contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido, acaba por direcionar seu uso, muitas vezes sem qualquer conhecimento de causa, mas atribuindo um significado efetivo ao seu resultado. Além de toda a indicação paliativa, o chá também está envolvido por valores subjetivos que permeiam as gerações e afetos consolidados dentro do cenário sociocultural das pessoas que o compartilham (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005). É o que pode ser observado no relato que segue:

(...) tem o chá da vó. É o chá que ela faz, não sei bem o que que é, mas dá resultado também. Ah, está com dor de barriga? toma o chá, resolve. (...) ela olha e já se prontifica, dá resultado, tomo. (Matteo, 22 anos)

Neste estudo, o uso do chimarrão também foi relatado por um informante como complementação do cuidado à saúde. Talvez por ele ter crescido dentro dessa cultura regional, envolvido por toda a sua em suas experiências prévias.

O chimarrão é um hábito que eu não consigo largar de jeito nenhum, e não vou largar. (...) com o meu chimarrão acabou a minha dor de cabeça, é rápido. Às vezes o cara tem dor de cabeça, toma chimarrão acabou. Mas é bem assim mesmo, passa na hora. (Luís, 39 anos)

As folhas da erva-mate são utilizadas em chimarrão, tererê, mate solúvel e chá mate. Consiste em uma infusão feita com folhas secas e picadas de *Ilex paraguariensis*, de grande produção no Rio Grande do Sul, com repercussão histórica em sua cultura, por seus significados, caracterizando as conversas nas “rodas de chimarrão” como um momento de lazer, congregando a família, fortalecendo amizades, possibilitando um espaço de encontros, de trocas e saberes.

Além dessas tradicionais bebidas, a erva-mate possui propriedades nutritivas e farmacêuticas, já demonstradas por pesquisas. Conforme Gambeta (2008), a erva mate tem ação terapêutica, com indicação anti-inflamatória, antirreumática, diurética, digestiva, antioxidante, vasodilatadora, cicatrizante, estimulante, relaxante da musculatura lisa e redutora do apetite, reforçando o seu alto potencial de uso. Não obstante, todas essas propriedades, as contra-indicações devem ser consideradas em caso de gastrite, úlceras gastrointestinais, taquicardia e hipertensão.

Em pesquisa realizada por Barros et al. (2000) no Rio Grande do Sul com pessoas que têm o hábito de beber o chimarrão, ficou evidenciado que a temperatura elevada pode contribuir para o desenvolvimento da carcinogênese esofágica, demonstrando que tal prática também oferece riscos à saúde. É um eterno alerta de que o lado nocivo concorre com o lado saudável em tudo que estamos envolvidos cotidianamente no processo de viver.

Segundo Dutra et al. (2006), o chimarrão também foi citado por pessoas que buscavam alívio para sintomas relativos a "doença dos nervos".

Dentro de todo esse contexto do estudo envolvido por situações de desafio, de conflito, de enfrentamento, de sofrimento e adoecimento, que conduziram os sujeitos a buscar

práticas terapêuticas do Centro Espírita para seu cuidado e tratamento, as falas retrataram também toda uma rede de suporte que os fortalecia em tais situações de vida e saúde. Essa rede possibilitou o cuidado, o apoio afetivo e financeiro em seus diferentes momentos e necessidades. Dessen e Braz (2000), Budó et al.(2008) comentam que os próprios membros familiares podem ser destacados, mas outros parentes, como avós, tios, primos, amigos, vizinhos, pessoas de sua rede de relações e com quem compartilham afinidades, além de profissionais, também contribuem para o enfrentamento de situações de vida e saúde

Reinaldo e Pillon (2008) veem essa união dos recursos familiares como expressão do apoio mútuo que gera confiança e dá sustentação para o enfrentamento dos diversos problemas da vida familiar. É o compartilhar, o estar atento, o estar próximo, as discussões e reflexões para avaliar e buscar alternativas que melhor atendam e tragam resultados mais positivos para o cuidado em situações de vida e saúde.

Na rede de suporte das famílias dos informantes estavam presentes filhos, irmãos, primos, tios, sobrinhos, cunhados, genros, madrasta, avós, sogra, amigos e vizinhos, auxiliando direta e indiretamente. Alguns mais centrados no suporte afetivo, que segundo Lacerda e Valla (2004) reforçam a autoestima e a confiança, permitindo que as pessoas se controlem e enfrentem melhor as adversidades que a vida lhes apresenta. Outros proporcionavam o suporte mais direcionado para as questões financeiras, tanto para manter as necessidades cotidianas da vida, quanto nas situações em que o tratamento e o cuidado com outras práticas eram necessários.

(...) cada um é um quebra galho do outro. Quando ele (irmão) está meio ruim eu ajudo, quando eu estou ruim ele me ajuda. Então é uma troca. (...) e depois que ele começou a trabalhar, que segundo ele vai me dar uma pensão, uma mesada. (...) quando a minha mãe ficou doente, foi o meu tio... a gente não tem condições, mas o meu tio tinha... ele bancou as despesas de hospital. (Josi, 24 anos)

(...) fica calma...você vem para cá, em São Paulo, porque eu te cuido. Eu fui, tive assim amor, carinho, dedicação, tive tudo o que uma pessoa pode ter. Compreensão, ela (cunhada) me escutava. (Fabiola, 62 anos)

A sogra, fazendo parte da rede de suporte no contexto desse estudo, teve um grande significado, não somente auxiliando no cuidado, mas contribuindo na formação e no crescimento dos filhos. Pelas relações de afeto, de solidariedade, de sociabilização, de relações recíprocas que compartilhavam, houve melhoria na qualidade de vida de toda a família, e da mesma forma, como enfatiza Marcon (1997), no processo de cuidar, a avó também estava se cuidando, provocando melhoras em seu estado de saúde.

O convívio com netos movimenta a vida dos velhos, como assinala Oliveira (1999). As relações envolvidas em afeto traduzem muitos significados a essa convivência no âmbito familiar. Elas trazem alegrias, troca de saberes culturais através da vivência e de experiências de vida, as quais são valorizadas e respeitadas, ensejando novos aprendizados. Essas relações possibilitam ainda ressignificar o sentido de vida e atuar positivamente no processo saúde/doença.

A maioria dos avós se dispõem a cuidar de seus netos espontaneamente, enquanto outros muitas vezes assumem esse papel por necessidade econômica. Os padrões atribuídos a esse cuidado e a essa relação, conforme Vitale (2005), são organizados cultural e socialmente. E como refere Geertz (1989), a cultura é uma prática repleta de significados e é por meio dela que os sentidos são atribuídos socialmente.

(...) nosso ponto de apoio, digamos assim, na família sempre foi a minha sogra... (...) Que de tabela era a minha mãe também, era uma mãezona. (...) criou praticamente os dois meninos. Era a vida dela os dois meninos. Tanto é que antes deles nascerem ela sofria de depressão. Mas era uma relação muito boa, muito gostosa. (...) faz dois anos agora que a minha sogra faleceu. (...) fiz toda uma homenagem no meu TCC para ela, porque foi ela a pessoa que mais me deu força para terminar a faculdade. (Luís, 39 anos)

Por outro lado, com a perda dos avós, os laços de amor, carinho, afeto, atenção e cuidado são desfeitos, um dos referenciais de suporte deixa de existir, interferindo, pelo menos temporariamente, no processo de vida, como se observa no depoimento de Luís quando se refere à forma como um dos seus filhos reagiu à perda da avó.

E ele tinha saudade da vó. Ele toda noite chorava, ele queria dormir com a gente, sempre, sempre. Ele não deixou mais a mãe trabalhar. Não queria ir mais para a aula. (...) de uma hora para outra ele caiu... parecia uma depressão mesmo, mas junto com alguma doença física. Uma insegurança muito grande. (Luís, 39 anos)

Para alguns dos informantes essa rede de suporte foi muito importante e significativa, melhorando a autoestima, auxiliando no processo de decisão, enfrentamento e encaminhamento de situações de vida e saúde que vivenciavam e interferindo positivamente nas relações interpessoais que estavam abaladas.

Os informantes estavam passando por todas as situações de tensão, dilemas, conflitos familiares, doenças já estabelecidas que geravam todo seu sofrimento. No entanto, como compartilharam o momento de lazer individual, com a família, com amigos era vivenciado de

alguma forma por eles, contribuindo em seu processo de viver. O lazer é uma necessidade humana básica, como Horta (1979) caracteriza. Estar com a família, realizar atividades que proporcionam momentos de bem-estar, de divertimento, de prazer, que fazem parte da vida do ser humano, recarregam as energias e contribuem para uma vida mais salutar.

O lazer foi considerado pelos informantes como um espaço em que procuravam se desligar por alguns momentos das responsabilidades, do cenário de conflitos. Era também para eles um espaço que se refletia na prevenção de doenças e cuidado com a saúde. Atividades como encontros e festas familiares, encontros com amigos, bordado, tapeçaria, cinema, televisão, quebra-cabeças, leitura, pintura, ginástica, musculação, hidroginástica, yoga, judô, kung-fu, tae kondo, jogos de futebol e de basquete, caminhada, corrida e andar de bicicleta faziam parte desse universo de lazer e também de cuidado.

(...) eu faço aquele quebra-cabeças de números... dizem que é bom para cabeça. (Norma, 60 anos)

(...) fazer yoga, fazia muito bem. Você ficava mais relaxada, isso dava influência no sono, você estava dormindo bem, você se sentia bem. Você tem um dia de trabalho melhor no dia seguinte. (Josi, 24 anos)

Em pesquisa realizada com casais, Both (1976) observou que antes do nascimento dos filhos eles realizavam muito mais atividades conjuntas, principalmente recreações compartilhadas fora de casa. Com a chegada dos filhos, além de toda uma outra responsabilidade e atividades que se incorporam à vida do casal, muitas vezes a questão financeira passa a ser um fator que também interfere significativamente, dificultando a busca de estratégias diversificadas de lazer.

Embora vivendo dificuldades financeiras, as pessoas não deixam de criar e compartilhar momentos de lazer em seu próprio ambiente. Both (1976) concorda com essa situação, mostrando que, ao diminuírem suas atividades recreativas em outros espaços em virtude do nascimento de filhos, os casais realizavam em casa coisas que podiam proporcionar o lazer. E sair de casa acabou sendo um acontecimento especial.

(...) quando a gente casou, a gente até saía um pouco. (...) às vezes ia comer no restaurante, às vezes saía ia para o cinema, mas aí depois isso tudo foi se acabando, os filhos vieram... (Ananda, 48 anos)

(...) eu e a minha esposa praticamente a gente não tem hoje um lazer só nosso. Isso hoje é descartável não tem como. É questões financeiras mesmo, não tem como a gente fazer, mas com os filhos a gente faz um esforço e leva, aí a gente vai os quatro. (...) a gente vai no cinema, mas sempre junto com os filhos. (Luís, 39 anos)

Por outro lado, existem momentos de lazer que possibilitam ainda uma aproximação desejada, um bem-estar familiar e uma quebra de barreiras provocando a expressão dos sentimentos, o restabelecimento de relações afetivas. Esses momentos ocorriam no compartilhar de uma refeição, um ato cultural que é pleno de significados, que relembra e preserva costumes, que reúne e congrega as pessoas, e os afetos são simbolizados. É através dessa estratégia que tal família vivencia essa experiência:

(...) então até uma vez eu fiz um almoço, uma janta para ver se a gente se juntava... (...) A minha mãe foi, meu pai, ficaram contentes, pois ficaram todos reunidos. Depois a gente fez outro na casa da minha mãe. Aí a gente foi ajudando minha irmã também a se relacionar com a mãe. (...) beijar a minha mãe, eu nunca beijei a minha mãe. Hoje eu consigo dar um beijo nela. Ela também mudou um pouco. E nossos irmãos também. E hoje em dia a gente já consegue se soltar um pouquinho mais. E ela já mostra um pouquinho mais de carinho. (Ananda, 48 anos)

O pluralismo assistencial existente e evidenciado no contexto sociocultural favorece o processo de busca de cuidado à saúde.

Dentro desse contexto de estudo, o Centro Espírita, mostrou-se como uma escolha significativa para o cuidado das pessoas, contemplando as dimensões espirituais, emocionais, psíquicas e físicas, que estão envolvidas na complexidade que é o sofrimento e o adoecimento humano.

6 FINALIZANDO O PERCURSO

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma do nosso corpo. E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. È o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”.
(Fernando Pessoa)

As pessoas têm buscado, ao longo do seu processo de viver, práticas de cuidado, tratamento e cura para seus adoecimentos e sofrimentos que incluam além dos aspectos físicos, os emocionais e espirituais. Observa-se que as pessoas de todas as classes sociais têm procurado por essas práticas, que vêm crescendo muito nos últimos tempos, com o surgimento de outros paradigmas.

Ao vivenciar sofrimentos que podem advir de doenças físicas, provocados por eventos de estresse, por abalos emocionais, por situações de vida que necessitam de enfrentamentos, a pessoa procura recursos terapêuticos, de cuidados, que neles possam atuar positivamente, provocando, se não a resolução total, mas um viver o mais saudável possível.

É reconhecido que muitos recursos terapêuticos encontrados no Sistema de Cuidado à Saúde comumente utilizados pelas pessoas acabam por ser desconsiderados, marginalizados e até mesmo negados. Por não se fundamentarem num conhecimento considerado científico, acabam ficando à margem do processo de cuidado e tratamento.

Mesmo com a negação de muitas práticas terapêuticas, dentro da literatura antropológica elas são reconhecidas no campo religioso, o que possibilita entendê-las e valorizá-las dentro do contexto em que ocorrem, constituindo em um acesso que permita debates e reflexões sobre o cuidado, tratamento e cura.

Cada pessoa tem um matiz próprio na cultura de vida de seu adoecimento e sofrimento. Se esse matiz é conhecido, existem possibilidades de que o cuidado e o tratamento sejam efetivos, tragam os resultados esperados para o seu processo de viver.

As crenças, valores e significados que a pessoa imputa às suas situações de vida, ao seu universo sociocultural, devem fazer parte do cuidado e tratamento de saúde que lhe é proporcionado. O que produz a modificação de um sintoma é considerado o símbolo que se desenvolve baseado em uma crença e que está dentro do universo simbólico de cada um.

A maneira como a pessoa interpreta a origem dos seus sofrimentos, adoecimentos, das suas situações de vida acaba influenciando suas decisões para buscar o cuidado e

tratamento para resolvê-los.

As pessoas que procuram o cuidado e tratamento em um Centro Espírita não são necessariamente adeptas, como se observou nos sujeitos que chegavam ao Centro Espírita Allan Kardec (CEAK). Eles buscavam naquele cenário o cuidado e tratamento para sua situação de vida, não demonstrando conflitos com sua religião de origem. A religião católica e a luterana foram citadas como fazendo parte da vida e das crenças desses sujeitos, sem interferir nessa escolha.

A maioria dos sujeitos do estudo que buscaram as práticas terapêuticas elegendo o CEAK para o cuidado e tratamento das suas inquietudes, dos seus sofrimentos, ali chegaram, conforme referenciaram, por indicação de familiares, parentes, amigos e vizinhos, entre outros, retratando a tomada de decisão para escolher seu cuidado e tratamento, como sinaliza Kleinman (1980).

Durante os diálogos, os sujeitos expressaram os principais motivos que os encaminharam a buscar as práticas terapêuticas que o CEAK proporciona, estando principalmente relacionados a questões emocionais, físicas, psiquiátricas, religiosas e espirituais. As pessoas buscavam sua melhora, um bem estar físico, mental e espiritual para essas situações que vivenciavam, que de uma forma ou outra interferiam em seu processo de viver saudável.

Desenvolvido à luz do modelo de Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Kleinman (1980), que considera que as crenças, valores e práticas culturais podem influenciar o processo saúde/doença e cuidado das pessoas, este estudo possibilitou compreender o significado da busca de um Centro Espírita, inserindo-o no itinerário do cuidado e tratamento das situações de vida das pessoas.

O CEAK mostrou-se como um espaço de cuidado e tratamento legitimado pelos sujeitos do estudo, confirmando ou reforçando o direito das pessoas de incluir em seu itinerário o recurso de cuidado que se encontra disponível em seu contexto sociocultural para resolver seus problemas. As pessoas têm livre acesso; os trabalhadores procuram atender a todos que ali buscam práticas de cuidado e tratamento para suas situações de vida.

Através dos seus recursos de cuidado, espaços religiosos como a instituição em que o estudo foi desenvolvido propõem caminhos para resolução dos sofrimentos e adoecimentos dos sujeitos, possibilitando-lhes conduzir seu tratamento e proporcionando-lhes o conforto espiritual e o autoconhecimento.

A autodescoberta, o autoconhecimento, a valorização do eu, como foi referido pelos sujeitos, demonstrou para eles, dentro de tal cenário de cuidado, que poderiam conhecer-se e

perceber outras perspectivas para o enfrentamento das situações que se apresentavam naquele momento de suas vidas.

Através das práticas implementadas pelos trabalhadores, o Centro Espírita Allan Kardec (CEAK) proporciona aos sujeitos, conforme eles próprios destacaram, um espaço de escuta, de atenção, de proximidade, de carinho, de apoio, de respeito, de amor, de segurança, de confiança, de sensibilidade e principalmente do acolhimento recebido. Esses atributos podem contribuir para transformar o modelo de cuidado à saúde oferecido à população.

O acolhimento recebido dentro do CEAK foi considerado um fator significativo para os sujeitos que buscaram as suas práticas terapêuticas. No encontro entre o trabalhador e o sujeito que busca o cuidado, o acolhimento pressupõe a disponibilidade em receber, escutar, ter compromisso, responsabilidade, interesse, confiança e o reconhecimento de sua importância.

O acolhimento se refere à humanização no atendimento e é no primeiro momento em que a pessoa busca a resolução para suas situações de vida que o cuidado já é iniciado. Esse acolhimento pode influenciar de maneira significativa a permanência ou não nas práticas terapêuticas que a pessoa elege, o que foi também considerado pelos sujeitos do estudo.

A proposta de acolhimento, divulgada e recomendada no Sistema Único de Saúde-SUS por meio da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, começa a ganhar espaço e importância nos diferentes cenários dos serviços de saúde. No entanto, em virtude de ser um processo ainda em construção, seus resultados práticos ainda caminham lentamente.

Ao ser cuidada, a pessoa quer ser considerada enquanto sujeito que tem sentimentos e emoções nas experiências vivenciadas, provocando um cuidado e tratamento com sensibilidade por quem cuida. Essa ação possibilita a compreensão do papel dos fatores biopsicossocioespírituais que estão envolvidos nas situações de vida do ser humano.

Pela escuta, pelo estar disponível, a pessoa é conhecida, é percebida dentro de seu contexto sociocultural, influenciando em um cuidado e tratamento coerente e consentâneo com as suas necessidades, com seus valores e prioridades.

Mobilizadas pela fé, pela crença, pelo conhecimento e pelos esclarecimentos que recebiam dentro da perspectiva da Doutrina Espírita, as pessoas começaram a compreender experiências que vivenciavam através de visões, o ouvir vozes, sensações para as quais não conseguiam encontrar explicações e que lhes causavam sofrimento, além de problemas físicos que não foram solucionados por outras práticas terapêuticas. Conforme referiram, a partir dessa compreensão, o medo, a tensão, o pânico, o mal estar que sentiam diminuíram e os problemas foram resolvidos, pois aprenderam a entender do que se tratava e a lidar com as

situações que experienciavam.

Igualmente começaram a ser conduzidas a uma reorganização da sua experiência no mundo, a se sentirem mais fortalecidas para enfrentar suas dificuldades, suas situações de vida. E a existência de uma simetria entre as necessidades, aspirações e expectativas que levaram as pessoas a buscarem este cenário de cuidado e o que ele oferecia.

Convém destacar que mesmo o cuidado e o tratamento recebidos na instituição direcionando para uma recomposição, uma melhora ou resolução das situações de vida que os sujeitos vivenciavam, alguns deles não deixaram de fazer uma avaliação, mas que não interferiram em sua continuidade no tratamento. Uma delas estava relacionada a aspectos discutidos durante a terapia espiritual (TE), em que era enfatizado muito o lado ruim da vida, o sofrimento, não o lado bom que existe. Outra delas se referia ao comportamento de um trabalhador de uma das práticas terapêuticas, como também da percepção de que não tinha preparo para o atendimento, não passando a segurança e confiança que envolve o processo de cuidado.

O atendimento oferecido no CEAK se apresenta como um sistema organizado, estruturado, com todas as atribuições e responsabilidades pertinentes a cada trabalhador. Existe uma preparação, um conhecimento teórico e prático para que os trabalhadores se capacitem para assumir o atendimento em práticas de cuidado e tratamento, para que possam atuar como agentes de cuidado. Existem coordenadores que supervisionam as práticas ali desenvolvidas, que resolvem as ocorrências que se apresentam, fazem negociações com os trabalhadores para substituição em casos de ausência, entre outros.

Toda essa organização também se encontra no estabelecimento de uma rotina, uma sistematização de sua prática, desde a distribuição de fichas para o primeiro atendimento, até o encaminhamento para o cuidado e tratamento. Esses cuidados são feitos em dias e horários pré-determinados; para alguns, um número de vagas que procuram manter, havendo alguma flexibilidade caso ocorra alguma necessidade.

Quando são encaminhadas para a terapia espiritual (TE), também existe uma negociação com as pessoas quanto a dias e horários que lhes permitam realizar o tratamento. Por outro lado, não deixa de haver regras que devem ser seguidas, como em qualquer serviço de saúde. Essa terapia dura em média três meses, com a presença semanal das pessoas na instituição. São permitidas três faltas justificadas, caso contrário elas devem reiniciar todo o processo, pois o tratamento é considerado interrompido.

Durante o período do seu tratamento as pessoas ao serem atendidas passam por uma avaliação quanto a sua evolução, tanto pelo grupo mediúnico, quanto pelo grupo da terapia

espiritual, podendo permanecer por mais tempo na TE, ser encaminhadas para outras práticas terapêuticas ou receber a alta.

Percebe-se que existe, de certo modo, um roteiro estabelecido para que as pessoas sigam dentro da instituição, para concretizar seu cuidado e tratamento. As práticas terapêuticas ali presentes trabalham em conexão, reforçando a estrutura de um serviço organizado.

Ao desenvolver sua prática, mesmo com o embasamento da Doutrina Espírita, o CEAK mantém uma estrutura organizada, sugerindo uma medicalização do cuidado dentro desse espaço de atendimento. Ocorre a aproximação ou a busca pelo modelo que seja reconhecido, produzindo a legitimidade dentro do contexto sociocultural em que se encontra. A pessoa é recebida, submete-se a um processo de entrevista, implicitamente um diagnóstico é formalizado, uma ficha de atendimento ou um prontuário (como denominamos) é aberto para os registros dos cuidados recebidos. Existe todo o processo de encaminhamento de estratégias de cuidado, de acompanhamento, de evolução, finalizando com a alta e demais encaminhamentos ou orientações que possam ser sugeridos.

Essa forma sistematizada é relevante dentro do sistema de cuidado. Essa organização com todo o seu registro de informações é reconhecida e legitimada pelas pessoas que buscam o CEAK para o seu atendimento.

Este estudo procurou mostrar a busca das pessoas por práticas terapêuticas para o cuidado e tratamento em suas situações de vida, e compreender a inserção desse itinerário em seu universo sociocultural. Direciona para o respeito, para uma interação mais aberta entre quem cuida e quem é cuidado, como também para reconhecer a existência, a eficácia e a importância dessas práticas, que já começam a ser validadas dentro do sistema de cuidado à saúde, pelos resultados obtidos.

Importante salientar que o presente estudo apresenta resultados de determinado cenário sociocultural, em determinado período e com determinado grupo de pessoas, não podendo ser direcionado para uma generalização das práticas terapêuticas existentes em outros Centros Espíritas.

Trabalhar na área da saúde, interagindo dentro de uma visão integradora do ser humano, não como um composto de órgãos, sistemas desvinculados e desconectados, mas com um ser compreendido em sua corporeidade, ou seja, o físico conectado à mente e ao espírito, contribuirá para aliviar e/ou curar tantos sofrimentos.

Convém salientar ainda, a importância de estar aberto para a diversidade cultural que permeia o cuidado, permitindo a superação de limitações no campo da saúde. O diálogo entre

as diferentes áreas de conhecimento e saberes possibilita uma prática imbuída de respeito ao modo de ser e de estar no mundo de cada pessoa.

O conhecimento da dimensão social e cultural da doença pode ajudar a se perceber como a cultura, as crenças e valores podem interferir na percepção e na interpretação dos sintomas dos sofrimentos e adoecimentos. A valorização do conhecimento cultural, bem como dos recursos de cuidado utilizado no itinerário terapêutico podem direcionar o olhar dos profissionais de saúde para a amplitude do Sistema de Cuidado à Saúde.

Esse estudo abre novas perspectivas para que outros pesquisadores possam aprofundar as questões aqui levantadas. O itinerário terapêutico mostra-se como um campo complexo que demanda mais estudos sobre a temática, e sua compreensão pelos profissionais de saúde permitirá uma visão mais integradora do ser humano. Pode também direcionar para outros estudos que abordem a dimensão religiosa/espiritual na saúde, ainda controversa e desafiadora.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.21-26, jan. 2006.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Traduzido por Laureano Pelegrin . Bauru: EDUSC, 2001. 144p.

AIZPÚRUA, Jon. **Os fundamentos do espiritismo**. Tradução Leile Cacacci. São Paulo: CEJB, 2000. 344p.

ALEIXO, Sergio Fernandes. **O mais profundo religar: fundamentos históricos e conceituais do espiritismo**. São Paulo: Lachâtre, 2003. 125p.

ALMEIDA, Alexander M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. São Paulo. 2005. 205f. Tese (Doutorado). Departamento de Psiquiatria- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suplemento 1, p. 3-4, 2007.

ALMEIDA, Alexander M. de et al. Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos (Neper). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.27, n.2, p.13-115, mar./abr. 2000.

ALMEIDA, A. M. de; ALMEIDA, T.M. de; GOLLNER, A. M. Cirurgia espiritual: uma investigação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.46, n.3, p.194-200, jul./set. 2000.

ALMEIDA, Alexander M.; LOTUFO NETO, Francisco. A mediunidade vista por alguns pioneiros da área mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.3, p.132-141. 2004.

ALMEIDA, Alexander M. de; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiosidade e saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.28, n.3, p.242-50, set. 2006.

ALVES, Paulo C.B. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.263-271, jul./set. 1993.

_____. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, Paulo C. B., MINAYO, Maria Cecília S. (Org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.91-100.

ALVES, Paulo C.B.; RABELO, Miriam C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, Paulo C. B.; RABELO, Miriam C.(Org.).

Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Relume Dumará, 1998. p.107-121.

ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-137

ALVES, Paulo C.B.; RABELO, Miriam C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.171-186.

AMEZCUA, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximación a la observación participante. **Index de enfermería**, Granada, ano IX, n.30, p-. 30-35, 2000.

ARAÚJO, Eliane C. Uma abordagem da pessoa no processo de adoecimento. **Cultura Homeopática**, São Paulo, v.2, n.5, p.8-14, out. /dez. 2003.

_____. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, suplemento 0, p.663-671, abr. 2008.

AUGSBURGER, Ana Cecília. La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. **Psicología & Sociedade**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.71-80, maio/ago. 2004.

AZEVEDO, José Lacerda de. **Espírito/matéria:** novos horizontes para a medicina. Porto Alegre: Pallotti, 1991. 295p.

BALDUINO, Leopoldo. **Psiquiatria e mediunismo**. Rio de Janeiro: FEB, 1994. 318p.

BARBOSA, Ingrid de A.; SILVA, Maria Júlia P. da. A utilização de práticas complementares de saúde nos hospitais de ensino. **Revista Nursing**, São Paulo, v.99, n.8, p.961-966, ago. 2006.

BARBOSA, Leopoldo N.F. et al. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar - SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.73-81, dez. 2007.

BARBOSA, Pedro Franco. **Espiritismo básico**. 4. ed. Rio de Janeiro: FEB, 1995. 225p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BARROS, Sérgio G. S. de et al. Mate (chimarrão) é consumido em alta temperatura por população sob risco para o carcinoma epidermóide de esôfago. **Arquivo de gastroenterologia**, São Paulo, v.37, n.1, p.25-30, jan./mar. 2000.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. Certeza, crença, ilusão – as práticas da ilusão. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.8, n.11, p.72-81, jun.2002.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria M. A pesquisa em psicologia - análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI,

Geraldo; BIASOLI-ALVES, Zélia Maria M. (Org.) **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 135-157.

BOEHS, Astrid E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. Florianópolis. 2001. 261f. Teste (Doutorado em Filosofia de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

_____. **Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. 96p.

BOSCÁN, Marianela C. Medicina alternativa (medicina complementar?) como fenômeno social. Hacia la construcción de un nuevo modelo de salud. In: BRICEÑO-LEÓN, Roberto; MINAYO, Maria Cecília de S.; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Coord.) **Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.41-52.

BOTH, Elizabet. **Família e rede social**. Tradução de Mário Guerreiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. 329p.

BOURDIEU, Pierri. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1987. 232p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

BUCHILLET, Dominique. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: BUCHILLET, Dominique (Org.) **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. 1. ed, Belém: Ed. CEJUP, 1991. p.21-44.

BUDÓ, Maria de Lourdes D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e alternativas populares. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.90-96, mar. 2008.

CAMARGO, Cândido P. **Kardecismo e umbanda: uma interpretação sociológica**. São Paulo: Pioneira, 1961. 176p.

CAMARGO, J.R.; KENNETH, R. Physis e medicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.7-10, jan./jun. 2000.

_____. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.63-76, jan./abr. 2007.

CANHADAS, Cleide M. **Cura espiritual, uma visão integradora corpo-mente-espírito**. São Paulo. 1999.252f. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

CARLINI, Elisaldo L. A. et al. I **Levantamento domiciliar sobre o uso e drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. São

Paulo: CEBRID -UNIFESP, 2002. 355p.

CARTANA, Maria do Horto F.; HECK, Rita M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p.233-240, set./dez. 1997.

CAVALCANTI, Maria Laura V. de Castro. **O mundo invisível**: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983. 143p.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Sílvia H.; PEREIRA, Maria Tereza L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.24, n.3, p.82-91, set. 2004.

CHAGAS, Aécio Pereira. **Introdução à ciência espírita**. São Paulo: Lachâtre, 2004. 155p.

COELHO, Débora de M.; FONSECA, Tânia Mara G. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.65-69, maio/ago. 2007.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385p.

CONILL, Eleonor M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1501-1510, 2008.

CORREA, A. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; QUINTAS, L.E.M. Similia similibus curentur: notação histórica da medicina homeopática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.43, n.4, p.347-351, out./dez. 1997.

CORSINI, Leonora F. Autoridade, família e terapia: discutindo a autoridade no contexto das relações sociais e familiares. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.60, n.1, p.140-151, abr. 2008.

COSTA, Vitor R. **Mediunidade e medicina**: vasto campo de pesquisas. São Paulo: O Clarim, 1996. 168p.

COUTINHO, Maria da Penha de L; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; GONTIES, Bernard. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.9, n.3, p.469-477, set./dez. 2004.

CSORDAS, Thomas J.; KLEINMAN, Arthur. The therapeutic process. In: JOHNSON, Thomas M., SARGENT, Carolyn F. **Medical Anthropology**: contemporary theory and method. USA: Greenwood press, 1990. p.11-25.

CZERESNIA, Dina. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.447-455, mar. /abr. 2004.

D'ALENCAR, Bárbara P. et al. Significado da biodança como fonte de liberdade e autonomia na auto-reconquista no viver humano. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15 (Esp.), p.48-54. 2006.

_____. Biodança como processo de renovação existencial do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.5, p.608-614, set./out. 2008.

DALGALARONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médias, 2000. 271p.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 214p.

D'ASSUMPCÃO, Evaldo A. **Comporta-se fazendo bioética**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 300p.

DAVID, Helena M. S. Ç. **Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares**. Rio de Janeiro. 2001.246f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

D'AVILA NETO, Maria Inácia. **O autoritarismo e a mulher: o jogo da dominação macho-fêmea no Brasil**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980. 126p.

DELLANE, Gabriel. **O fenômeno espírita**. Tradução de Francisco R. E. Quadros. 6. ed. Brasília: Federação Espírita Brasileira, 1992. 227p.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 293p.

DENIS, Léon. **Depois da morte- explicação da doutrina dos espíritos: solução científica e racional dos problemas da vida e da morte; natureza e destino do ser humano; as vidas sucessivas**. Tradução de Maria Lúcia A. de Carvalho. Rio de Janeiro: CELD, 2000. 488p.

DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" **Ciência e Saúde Coletiva** [on line], v.4, n.1, p.81-94. 1999.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia; MERCADO, Francisco J. (Org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 99-120.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.16, n.3, p.221-231, set./ dez. 2000.

DIBO, Dulcídio. **Doença e cura à luz do espiritismo**. São Paulo: DPL, 2000.200p.

DINIS, José F. F. A espiritualidade e a fé no processo terapêutico. **Revista Hospitalidade**, Lisboa, ano 64, n. 248, p.26-34, abr./jun. 2000.

DUTRA, Denise S. et al. Doença dos nervos: sentidos e representações. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p.4-11, mar. 2006.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village**. 1984. 301f. Dissertation (Doctor) - Graduate Division of

the University of California, California, 1984.

FACURE, Núbior O. **O cérebro e a mente: uma conexão espiritual**. São Paulo: FE Editora Jornalística Ltda, 2001. 174p.

FARIA, Juliana D. de; SEIDL, Eliane Maria F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.18, n.3, p.381-389. 2005.

FERREIRA, Jaqueline. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, Luiz F; LEAL, Ondina F. (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p 49-55.

FIGUEIRA, Sonia. M. A. **Jesus, o médico dos médicos**. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde. 1996. 128 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FILIZOLA, Carmen Lúcia A. ET AL. Compreendendo o alcoolismo na família. **Revista de Enfermagem- Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.660-670, dez. 2006.

IORE, Mariana de Araújo. Medicalização do corpo na infância - considerações acerca do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.365-380. 2005.

FISH, Jefferson M. **Placebo terapia: a fé no processo de cura**. Campinas, SP: Papyrus, 1988. 166p.

FONTANELA, Bruno J B.; TURATO, Egberto. Percepção e sintomas depressivos por dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.54, n.4, p.278-284. 2005.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 1998. 241p.

FLECK, Marcelo. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida OMS (WHOQOL-100) **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1, p.19-28, jan/mar. 1999.

FRANKL, Viktor E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. 24. ed. Revisada. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 136p.

GAMBETA, Rodnei M. **Perfil fitoquímico de diferentes extratos de ilex paraguariensis st. Hilaire**. Erechim. 2008. 28f. Monografia (Curso de Graduação) - Curso de Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Erechim, Erechim, 2008.

GARBIN, Cléa A . S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2567-2573, dez. 2006.

GARCIA, Simone Ribeiro. “**Segura na mão de Deus e vai**”: tratamentos clínicos espíritas e suas condições de felicidade. Brasília. 2007. 282f. Tese (Doutorado). Programa de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GARNELO, Luiza; LANGDON, Esther J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza, COIMBRA JR, Carlos E.A. (Org) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p. 136-156.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 213p.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 366p.

GELBCKE, Francine L.; PADILHA, Maria Itayra C. de S.; WRIGHT, Maria da Glória M. Promoção da saúde e o fenômeno das drogas. In: REIBNITZ, Kenya S. et al. (Org.) **Processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: a redução da demanda**. Módulo 4. Florianópolis: UFSC, 2003. p.17-34.

GERHARDT, Tatiana E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2339-2463, nov. 2006.

GOLDSTEIN, Lucila L.; SOMMERHALDER, Cínara. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. IN: FERITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 950-956.

GONÇALVES, Amadeu M. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. **Millenium – Revista do Instituto de Cultura e Língua Portuguesa - ISPV**, Viseu, n.30, p.159-171, out. 2004.

GREENFIELD, Sidney M. **Cirurgias do além: pesquisas antropológicas sobre curas espirituais**. Tradução de Wagner de Oliveira Brandão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 213p.

GROF, Stanislav. **Além do cérebro: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia**. Tradução de Wanda O. Roselli. São Paulo: McGraw-Hill, 1988. 327p.

GUALDA, Dulce M.R.; HOGA, Luiza A.K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n, 3, p.410-422, dez. 1997.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan. /abr. 2007.

GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben A. de. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p.37-56.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, sociedade e doença**. Tradução de Eliane Mussmich. 2. ed.

Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

HORTA, Wanda A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

HOUNIE, Ana; PETRIBÚ, Kátia. Síndrome de Tourette: revisão bibliográfica e relato de casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1, p.50-63, jan./mar.1999.

ILLICH, Ivan D. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196p.

IGNÁCIO, Vivian T. G.; NARDI, Henrique C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Revista de Psicologia & Sociedade**; Porto Alegre, v.19, n.3, p.88-95, set./dez. 2007.

JUNG, Carl G. **Fundamentos de psicologia analítica**. 3. ed. Petrópolis:Vozes, 1985. 177p.

JUSTO, Célia M. P.; GOMES, Mara H. de A. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços público de saúde no Brasil. **História, ciência, saúde**, Manguinhos, v.14, n.4, p.1159-1171, out./dez, out./dez. 2007.

KARDEC, Allan. **O Livro dos médiuns**. Tradução de Salvatori Gentile.Revisão de Elias Barbosa. 39. ed. Araras, São Paulo: IDE, 1996. 463p.

_____. **O que é o Espiritismo**. Tradução de Salvador Gentile. 56. ed. São Paulo; IDE, 2004. 223p.

KOENIG, Harold G.,GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. **American Journal of Psychiatry**, 155:536-542, 1998.

KOENIG, Harold.G et al. Does religious attendance prolong survival?: A six-year fol-low-up study of 3.968 older adults. **Journal of Gerontology, Medical Sciences**. 54/A: M370-M377. 1999.

KOENIG, Harold.G. Religion, spirituality, and medicine: how are they related and wath does it mean? **Mayo Clin Proc**, 76(12): 1189-1191, dec. 2001.

_____. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê**. São Paulo: FE editora Jornalística Ltda, 2005. 140p.

_____. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suplemento 1, p. 5-7, 2007a.

_____. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suplemento 1, p. 95-104, 2007b.

KLEINMAN, Arthur M. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980. 427p.

_____. **The illness narratives: suffering, healing, and the human condition.** United States of America: Basic Books, 1988. 284p.

_____. Local Worlds of suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experience. **Qualitative Health Research**, n.2, v.2, p.127-134. 1992.

_____. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine.** University of California Press, London, England, 1995. 309p.

KREUTZ, Irene; GAIVA, Maria Aparecida M.; AZEVEDO, Rosemeiry C. de S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p.89-97, jan./mar. 2006.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** 6. ed. São Paulo: M. Fontes, 1994. 299p.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p.91-102.

LAMOGLIA, Claudia V.A.; MINAYO, Maria Cecília de S. **Violência conjugal, um problema social e de saúde pública.** 2007. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php_id_artigo=666. Acesso em 23 de março de 2009.

LANGDON, Esther J. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico.** 1994. Tese (Concurso Professor Titular). Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

_____. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica.** Florianópolis: UFSC, 1995. (Antropologia em Primeira Mão. n. 12). 25p.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul-Louis. **Medicinas paralelas.** São Paulo: Brasiliense, 1989. 120p.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274p.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everaldo Duarte (Org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global Ed., 1983. p.133-158.

LEÃO, Frederico C. **Uso das práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental.** 2004. 85p. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2004.

LEININGER, Madeleine M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** National League for Nursing Press: New York, 1991. 432p.

LEITE, Silvana N.; VASCONCELLOS, Maria da Penha C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan. /mar. 2006.

LEMOS, Carolina T. Religião e saúde: a busca de uma vida com sentido. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v.12, n.3, p.470-510, maio/jun. 2002.

LEMOS, Kleuber et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina em Salvador. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n.3, p.118-124. 2007.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 226p.

LEOPARDI, Maria Tereza; WOSNY, Antonio de M.; MARTINS, Margareth L. Dorothea Orem: teoria do autocuidado. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 74-80.

LIMA, Raitza A. dos; AMAZONAS, Maria Cristina L. de; MOTTA, Juliana A. G. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.24, n.4, p.431-439, out./dez. 2007.

LOEFFLER, Carlos Friedrich. **Fundamentação da ciência espírita**. Rio de Janeiro: Lachâtre, 2003. 366p.

LOUZÃ NETO, Mário R. et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 485p.

LOWEN, Alexander. **O corpo em depressão**: as bases biológicas da fé e da realidade. Tradução de Ibanez de Carvalho Filho. 6. ed. São Paulo: Summus, 1983. 232p.

LOYOLA, Maria André. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: DIFEL. 1984. 198p.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003. 174p.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Suplemento 0, p.145-176. 2005.

MACHADO, Maria C. L. **Universo em desencanto**: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental. São Paulo. 1995. 439f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MALUF, Sônia Weidner. Mitos coletivos e narrativas pessoais: cura ritual e trabalho terapêutico nas culturas da “Nova Era”. **MANA**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.499-528. 2005.

_____. **Peregrinos da Nova Era**: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90.

Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis: UFSC, 2007.

MARCON, Sônia S. Avós: lembranças e presença no cotidiano de cuidar. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p.369-379, mai/ago. 1997.

MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria N. **Antropologia**: uma introdução. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001. 287p.

MARINHO, Mônica B. O denômio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.17, p.342-354, mar./ago.2005.

MARQUES, Marília B. Em busca de um fórum para bioética na política pública do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.443-454, out./dez.1996.

MATTOS, Ruben A. de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben A. de. (Org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004. p.119-132.

MATTOSINHO, Mariza M.S.; SILVA, Denise M.G.V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, nov./dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_08.pdf - Acesso em 15 de dezembro de 2008.

MENDES, Jussara M. R.; LEWGOY, Alzira Maria B.; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.24-32, jan/jun. 2008.

MENDONÇA, Reginaldo T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.95-106, abr./jun. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. 80p.

MINAYO, Maria Cecilia de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p

MIOTO, Regina C. T. Famílias hoje: o começo da conversa. In: Congresso Internacional Família e Violência, 1999, Florianópolis. **Anais Congresso Internacional Família e Violência**, Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis: v.8, n.2, mar./ago.1999. p.211-219.

MONAGAS, Bayardo R. Del modelo geopolítico estrutural. In: MONAGAS, Bayardo et al. (Org.) La cuestión de las drogas em América Latina. Caracas:Monte Ávila, 1991.

MONTEIRO, Dalva de A.; IRIART, Jorge A. B. Homeopatia no sistema único de saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1903-1912, ago. 2007.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem**: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Graal.

1985. 274p.

MORIN, Edgar. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Fronteira, 1986. 361p.

NASCIMENTO, Álvaro César; SAYD, Jane D. “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”. Isto é regulação? **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.305-328. 2005.

NASCIMENTO, Eurípedes C. do; JUSTO, José S. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.13, n.3, p.529- 538. 2000.

NARVAZ, Martha G.; KOLLER, Sílvia H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.18, n.1, p.49-55, jan./abr. 2006.

NEGRO JR, Paulo J. **A natureza da dissociação**: um estudo sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas. São Paulo. 1999. 112f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira F.; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade** [online], v.13, n.3, p. 44-57, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, Francisco A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.63-74, fev. 2002.

OLIVEIRA, Francisco J. A. de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, Luiz F. D.; LEAL, Ondina F.(Org.) **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.81-94.

OLIVEIRA, Paulo de S. **Vidas compartilhadas**: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiano. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 1999. 314p.

OLIVEIRA, Therezinha. **Mediunidade**: curso. 1. ed. São Paulo: Editora EME, 1994. 167p.

O'REILLY, M.L. Spirituality and mental health clients. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 42, n. 7, p. 44-53, jul. 2004.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 91p.

PAIVA, Geraldo José de. AIDS, psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.14, n.1, p.27-34, jan./abr.1998.

_____. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de psicologia**, Campinas, v.24, n.1, p.99-104, jan./mar. 2007.

PALHANO JR, Lamartine. **Dimensões da mediunidade**: a propósito dos poderes psíquicos da médium Elisabeth d'Espérance. Rio de Janeiro: Edições CELD, 1998a. 231p.

_____. **Transe e mediunidade**: instruções espíritas para prática da mediunidade. Rio de

Janeiro: Lachâtre, 1998b. 127p.

PANZINI, Raquel G.; BANDEIRA, Denise R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n.3, p.507-516, set./dez. 2005.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade da vida: novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.3, p.53-77, set./dez.1999.

PECHANSKY, Flávio; SZOBOT, Claudia M.; SCIVOLETTO. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, suplemento 1, p.14-17. 2004.

PELUSO, Érica de Toledo P.; BLAY, Sérgio Luís. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.1, p.41-48, fev. 2008.

PEREIRA, Mabel. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **Revista IGT na Rede**, v.5, n.9, p.168-184. 2008. Disponível em:<http://www.igt.psc.Br>. Acesso em 23 de fevereiro de 2009.

PERES, Mário F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria. Clínica**, São Paulo, v.34, suplemento 1, p.82-87. 2007.

PEUKER, Ana Carolina; FOGAÇA, Janaina; BIZARRO, Lisiane. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.22, n.2, p.193-200, maio/ago. 2006.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra N. C. A medicalização da beleza. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botocatu, v.11, n.23, p.569-584, set/dez. 2007.

PRADE, Ana Maria. Um olhar sobre a violência contra a mulher na cidade de Garça. **Revista científica eletrônica de psicologia**. Ano II, n.3, nov. 2004. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/psicologia/pages/artigo06.htm>. Acesso em 16 de setembro de 2008.

PRIETO, Daniela; TAVARES, Marcelo. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.54, n.2, p.146-154. 2005.

PUGLIESE, Adilton. **A obsessão: instalação e cura: coletânea das obras de Manoel Philomeno de Miranda**. Salvador: LEAL, 1998.210p.

PUTTINI, Rodolfo F. **Medicina e religião no espaço hospitalar**. Campinas. 2004.123f. Tese (Doutorado).Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

QUEIROZ, Marcos S.; CARRASCO Maria Angélica P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.479-490, jul/set. 1995.

QUEIROZ, Marcos S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.363-375, abr./jun. 2002.

RABELO, Miriam C. M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 316-325, jul. /set. 1993.

_____. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.) **Saúde-doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.47-56.

_____. Religião e a transformação da experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. **ILHA- Revista de antropologia**. v.7, n.2, p.125-145. 2005.

RABELO, Miriam C. M; CUNHA, Litza A; SCHAEPPPI, Paula B. Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para reflexão. In: RABELO, Miriam C; ALVES, Paulo César B; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.229-261.

RABELO, Miriam C. M.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. Signos, significados e práticas relativos à doença mental. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.43-73.

RAMIRES, Adhemar. **Medicina oficial e práticas espirituais de cura**. Brasília: LEDE, 1996. 86p.

REINALDO, Amanda M. S.; PILLON, Sandra C. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, número especial, p.529-534, jul./ ago. 2008.

REIS, Ademar A C. **Mecanismos da mediunidade**. São Paulo: Centro de Pesquisas e Documentação Espírita, 2005. 94p.

ROCHA, Ruth Mylius. Coexistência de caminhos: um estudo sobre pluralismo terapêutico. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. VI, n.19, p.96-112. 2000.

ROEHRS, Hellen; LENARDT, Maria Helena; MAFTUM, Mariluci A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n2, p.353-357, jun. 2008.

ROMANINI, Débora P.; XAVIER, Antônio A. de P.; KOVALESKI, João Luiz. Aposentadoria: período de transformações e preparação. **Revista Gestão Industrial**, v.1, n.3, p.376-385. 2005.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.8, n.3, p.107-112. 2001.

SANCHES, Zila Van Der M. **As práticas terapêuticas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas**. São

Paulo. 2006. 389f. Tese (Doutorado). Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHES, Zila Van Der M.; NAPPO, Solange. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, suplemento 1, p.73-81. 2007.

SANTANNA, Carolina; HENNINGTON, Élide A.; JUNGES, José R. Prática médica homeopática e a integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.25, p.233-246, abr./jun. 2008.

SANTOS, Iraci dos et al. Caring:building na new history of sensibility. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, 2002. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn103santosetal.htm>. Acesso em: 20 agosto 2007.

SARTI, Cynthia A . A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.10, n.1, p.3-13. 2001.

SCHOLZE, Alessandro da S.; SILVA, Yolanda F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.10, n.2, p.9-16, maio/ago. 2005.

SCHWAMBACH, Karin H. **Utilização de plantas medicinais e medicamentos no autocuidado no município de Teutônio, RS**. 2007, 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Faculdade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SILVA, L.F. et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y.F; FRANCO, M.C. (Org.) **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa Livros, 1996. p.76-96.

SILVA, Alcione L. da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; Florianópolis: PEN/UFSC, 1997. 217p.

SILVA, Denise M. G. V. da . **A construção da experiência de viver com diabetes mellitus**. 2000, 188f. Tese (Doutorado em Filosofia de enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2001. 188p.

SILVA, Viviane F. da et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1835-1843, set. 2006.

SILVEIRA, Dartiu X da; JORGE, Miguel Roberto. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.3, p.145-151, set. 1999.

SIQUEIRA, Karina M. et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p.68-73, jan. /mar.

2006.

SOLDERA, Meire et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.2, n.38, p.277-283. 2004.

SOUZA, Roberto Lúcio V de; PAULO, Jader Rodrigues de; MOREIRA, Osvaldo Hely. (Org.) **Porque adoecemos** – novos horizontes do conhecimento médico-espírita. Belo Horizonte: Fonte Viva, 1996. 150p.

SOUZA, Leliana Santos de. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHIER, Jacques H.M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1998a. p.30-50.

SOUZA, Iara M. A. Um retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, Luiz Fernando D.; LEAL, Ondina F. (Org.) **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1998b. p.151-168.

_____. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 89-124.

SOUZA, Jaqueline de; KANTORSKI, Luciane P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **Revista eletrônica salud mental, álcool y drogas**. v.3, n2, 2007. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acesso em 10 de junho de 2009.

TESSER, Charles D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun. 2006a.

_____. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-362, jul/dez. 2006b.

TESSER, Charles D.; BARROS, Nelson F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v.42, n.5, p.914-920, out. 2008.

TEIXEIRA, Jorge J.V. **O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde**. São Paulo. 2003. 204f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

TEIXEIRA, Enéas R.; NOGUEIRA, Jairo de F. O uso popular das ervas terapêuticas o cuidado com o corpo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.26, n.2, p.231-241, ago. 2005.

TOMAZZONI, Marisa I.; BONATO, Raquel R.; CENTA, Maria de Lourdes. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p.115-121, jan. /mar. 2006.

TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. **Modelos y teorías en enfermería**. 6.ed. Madrid: Harcourt Brace, 2007. 828p.

TOSTA, Carlos Eduardo. A prece cura? **Brasíliamédica**, n.41, p.38-45. 2004.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion em enfermeria psiquiatrica**: el proceso de la relacion de persona a persona. Colômbia: Carvajal, 1979. 257p.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.22, p.223-238, maio/ago. 2007.

TRIVINÕS, Augusto N. de S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995. 175p.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out. /dez. 1994.

VIEIRA FILHO, Nilson G. A clínica psicossocial e a atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia, Ciência, Profissão**, Brasília, v.24, n.2, p.228-239, jun. 2005.

VISENTIN, Angelita. **O itinerário de cura**: história oral de idosos com câncer. Curitiba. 2008, 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

VITALE, Maria Amália F. Avós: velhas e novas figuras na família contemporânea. In: ACOSTA, Ana R.; VITALE, Maria Amália F. **Família**: redes e políticas públicas. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais PUC, São Paulo, 2005. p.93-105.

WALDOW, Vera R; LOPES, Marta J.M; MEYER, Dagmar E. (Org.) **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203p.

WALDOW, Vera R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001. 202p.

WATSON, Jean. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002a. 299p.

_____. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar – uma teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002b. 182p.

_____. **Caring science as sacred science**. Philaphi: F. A . Davis Company, 2005. 242p.

WERNECK, Guilherme L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, out. 2006.

WILBER, Ken. **Um Deus social:** breve introdução a uma sociologia transcendental. Traduzido por Claudia Gerpe Duarte. São Paulo: Cultrix, 1993.193p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Autorização para desenvolvimento do estudo

APÊNDICE A



SOCIEDADE ESPÍRITA DE RECUPERAÇÃO, TRABALHO E EDUCAÇÃO - SERTE
Rua Leonel Timóteo Perelra nº 604 – Caixa Postal nº 664 – Fones (48) 284-5490/284-8681
Endereço Telegráfico SERTE - CEP 88056-300 – Cachoeira do Bom Jesus
Florianópolis - Santa Catarina - CNPJ nº 83.886.648/0001-34 -
Utilidade Pública: Federal Decr. 62.691/68 – Estadual Lei: 3.606/64 – Municipal Lei: 574/63

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado *O significado do Espiritismo no itinerário terapêutico para as pessoas que buscam o cuidado em questões de vida e saúde*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta Instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 01/11/2007

**Sociedade Espírita de Recuperação
Trabalho e Educação**
Rua: Allan Kardec, 142 - Agronômica
CEP 88025-100 - Florianópolis, SC

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Rosângela Maria Fenili, enfermeira professora do Departamento de Enfermagem da UFSC, estou desenvolvendo uma pesquisa denominada *O significado da busca do Espiritismo como um subsistema do itinerário terapêutico para o cuidado em situações de vida e saúde*, orientada pela Profª Drª Lúcia Hisako Takase Gonçalves com a co-orientação da Profª Drª Sílvia Maria Azevedo dos Santos. Essa pesquisa tem como objetivo: *Compreender o significado da busca do Espiritismo como um subsistema do itinerário terapêutico no cuidado em situações de vida e saúde das pessoas*.

A pesquisa será realizada por meio de entrevista que será gravada mediante a autorização do participante.

A privacidade, o sigilo e a confidencialidade das informações colhidas junto aos participantes desse estudo serão garantidos durante todo o desenvolvimento da pesquisa. Todo o material será arquivado e guardado em local seguro pelas pesquisadoras.

Os resultados obtidos nessa pesquisa serão usados na elaboração da tese da pesquisadora principal e divulgados em trabalhos, eventos e periódicos científicos.

Comunico que durante todo o desenvolvimento da pesquisa não se prevê riscos ou danos físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Espera-se do estudo obter benefícios quanto à melhor compreensão das formas de cuidado adotadas pelas pessoas para o enfrentamento dos diferentes problemas de saúde ou da vida em geral.

A sua participação nessa pesquisa será voluntária e não receberá qualquer benefício financeiro.

Informo, ainda, que você tem a garantia de receber quaisquer outros esclarecimentos acerca de assuntos relacionados à pesquisa como também a liberdade de, a qualquer momento que julgar necessário, desistir de sua participação sem nenhum prejuízo.

Caso tenha dúvidas ou necessidade de maiores informações em relação à pesquisa ou não quiser mais fazer parte dela, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo.

Pesquisadora responsável e orientadora: Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Fone de contato: 3721-9480 - Ramal 34 (UFSC)

Co-orientadora: Dra Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Fone de contato: 3721-9480 - Ramal 48 (UFSC)

Pesquisadora principal: Dda Rosângela Maria Fenili

Fones de contato: 3721-9480 - Ramal 48 (UFSC) - 99808340

Declaro que conheço o conteúdo deste Termo do Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar voluntariamente desta pesquisa.

Nome completo: _____ RG _____
Assinatura _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2008.

Obs: Este documento deverá ser assinado em duas vias, uma ficará de posse da pesquisadora e outra será entregue ao participante da pesquisa.

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

Dados de identificação

Nome: _____

Como gostaria de ser chamado (a): _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil _____

Escolaridade: _____ Profissão/Ocupação: _____

PERGUNTAS

Perguntas norteadoras	Perguntas complementares
1. Você pode me falar um pouco sobre os seus hábitos de vida?	*Você pode me falar um pouco mais sobre eles? *Qual a importância que eles têm para você, para a sua vida e saúde?
2. O que rotineiramente você faz para a sua saúde?	*Poderia explicar um pouco mais? *De que forma essas ações/atividades/ recursos se incorporaram a sua vida? * Que sentido você dá a eles para o cuidado de sua vida e saúde?
3. Sempre que você tem problemas de saúde ou problemas da vida em geral, o que costuma fazer ou recorrer para resolver esses problemas?	*Não entendi, poderia repetir? *Você está dizendo que os eu problema é.....É isso mesmo? *Entendo que esse é um problema que geralmente não preocupa muitas pessoas, mas gostaria que me falasse um pouco mais a esse respeito em relação a você. *Nessa situação o que você faz ou busca? *Em que situações você utiliza esse (s) recurso (s) de cuidado a sua vida e saúde? *Você pode me falar como é ou como foi a utilização desse (s) recurso (s)? *O que você faz com as orientações que lhe são dadas nesse (s) recurso (s) de cuidado a sua vida e saúde?
4. Nesse momento, que recursos de cuidado a sua vida e saúde você está utilizando?	*Dentre esses recursos de cuidado a sua vida e saúde quais são considerados os mais importantes para você? *Poderia falar um pouco mais a esse respeito? *E qual você mais procura?

	*Como você se sente usando esse (s) recursos (s) de cuidado a sua vida e saúde?
5. Poderias comentar o que fez com que você viesse a esse Centro Espírita?	*Como você percebe o cuidado/atendimento que recebe nesse Centro Espírita para a sua situação de vida e saúde? *Como você se sente nesse local de cuidado/atendimento para a sua situação de vida e saúde?
6. Existe algum outro recurso de cuidado a sua vida e saúde que você também utiliza e que talvez tenha esquecido?	
7. Você falou que costuma buscar pelos seguintes recursos de cuidado a sua saúde e vida: ; ; ; etc.	*São esses mesmos? *Eu não esqueci de nenhum? *Agora procure organizá-los por prioridade ou importância para você, por exemplo, quem vem em primeiro, segundo, terceiro, lugar?
8. Tem mais alguma coisa que você faz, busca e queira me contar ou perguntar?	

ANEXOS

ANEXO 1 - Critérios para Filiação de uma Instituição Espírita à Federação Espírita Catarinense



ANEXO 1 *Critérios para Filiação de uma Instituição Espírita à Federação Espírita Catarinense*

ESTATUTO - Nova redação do artigo 4º:

- Art. 4º *A FEC será integrada pelas Instituições Espíritas legalmente constituídas situadas no Estado de Santa Catarina e a ela filadas.*
- § 1º *Entende-se por Instituições Espíritas todas aquelas que, orientando-se fundamentalmente pela codificação de Allan Kardec, tenham por finalidade o estudo e a difusão dos princípios evangélicos, filosóficos e científicos do Espiritismo; promover a educação e a cultura e oferecer serviço assistencial espírita à coletividade, servindo desinteressadamente.*
- § 2º *As Instituições que desejarem filiar-se à FEC deverão buscar orientação junto ao Conselho Regional Espírita (CRE) de sua região geográfica.*
- § 3º *Para filiar-se à FEC a Instituição Espírita deverá estar funcionando comprovadamente há pelo menos 2 (dois) anos ininterruptos.*

REGIMENTO INTERNO - Nova redação do artigo 3º:

- Art. 3º *Para os efeitos do artigo 4º do Estatuto a Instituição que deseje filiar-se à FEC deverá satisfazer às seguintes condições:*
- a) Ter personalidade jurídica e estar inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF);*
 - b) Ter como finalidade precípua o estudo, a difusão e a prática da Doutrina Espírita, orientando-se fundamentalmente pela codificação de Allan Kardec;*
 - c) Desenvolver suas atividades orientando-se pelas normas da FEC, especialmente o § 2º do artigo 6º deste Regimento Interno, pelas diretrizes gerais do opúsculo "Orientação ao Centro Espírita" e do "Manual de Administração das Instituições Espíritas", do Conselho Federativo Nacional;*
 - d) Estar funcionando comprovadamente há pelo menos 2 (dois) anos ininterruptos;*
 - e) Constar de sua denominação a palavra "Espírita";*

- f) Não ter denominação que lembre idéias peculiares a outras convicções religiosas, expressões extravagantes ou pessoas encarnadas;
- g) Ter denominação diferente da de outra Instituição Federada, com sede no mesmo município;
- h) Não ter cargos vitalícios ou honoríficos;
- i) Prever no seu Estatuto o procedimento eleitoral;
- j) Constar em seu Estatuto que, em caso de dissolução, seu patrimônio se destinará a outra instituição Espírita, do Município ou do Estado, filiado à FEC.

§ 1º A filiação à FEC far-se-á mediante solicitação expressa da Instituição interessada ao Conselho Regional Espírita (CRE), devendo o requerimento ser instruído com os seguintes documentos:

- a) Estatuto devidamente registrado, que permita à FEC verificar a orientação e as finalidades da Instituição;
- b) Fotocópia autenticada de documento que comprove a inscrição no CNPJ/MF;
- c) Um exemplar de todos os regimentos e normas da Instituição;
- d) Relação dos membros da Diretoria Executiva ou do Órgão direcional equivalente, especificando os respectivos cargos;
- e) Relação dos sócios efetivos;
- f) Relação detalhada das atividades da Instituição;
- g) Cópia da Ata da Assembléia Geral em que conste:
 - autorização de filiação da Instituição à FEC;
 - aceitação das normas e diretrizes traçadas pela FEC através de seu Estatuto e demais instrumentos dela emanados;
- h) Cópia, fotocópia ou certidão do título de propriedade de imóvel, se existente.

§ 2º O Presidente do CRE encaminhará o processo de filiação à FEC, acompanhado de parecer no qual conste:

- a) Informações sobre as visitas da diretoria do CRE à Instituição filianda, em detalhado relatório sobre as atividades desenvolvidas;
- b) Definição quanto ao mérito da filiação requerida.

ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética

ANEXO 2



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP / UFSC
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 340/07

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: O significado do Espiritismo no itinerário terapêutico para as pessoas que buscam o cuidado em questões de vida e saúde.

Área: Ciências da Saúde – Enfermagem

Pesquisador Responsável: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Pesquisador Principal: Rosângela Maria Fenili

Data da coleta dos dados: fevereiro a junho de 2008

Instituição em que será realizado o estudo: Centro Espírita Allan Kardec (CEAK) - SERTE

II – OBJETIVOS

Gerais:

Compreender o significado da busca pelo Espiritismo no cuidado em situação de saúde e doença.

Específicos:

Levantar o itinerário terapêutico percorrido pelas pessoas que buscam o Centro espírita;

Conhecer as práticas de cuidado que as pessoas adotam em seu processo de vida;

Identificar os significados dados pelas pessoas sobre o atendimento recebido no Centro espírita para a sua situação específica de saúde/doença.

III – SUMÁRIO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo etnográfico em que 10 sujeitos informantes (pessoas que buscam o atendimento o Centro Espírita) serão acompanhados, por meio da observação participante e entrevista semi-estruturada, por longo tempo (média de 3 meses) buscando conhecer o itinerário terapêutico utilizado pela pessoa que busca o cuidado à situação de saúde/doença e compreender o significado de espiritismo nesse itinerário.

IV – COMENTÁRIO:

A pesquisa proposta tem relevância científica e social. O tema faz parte da linha de atuação dos pesquisadores. O protocolo da pesquisa contém os documentos necessários para sua análise e exigidos pela legislação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se convenientemente redigido.

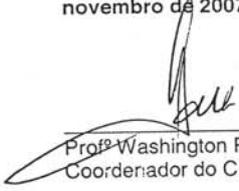
V – PARECER CEP:

(X) Aprovado

PARECER:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto.

*Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 26 de novembro de 2007.


Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP