

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

ALEXANDER JABERT

**DE MÉDICOS E MÉDIUNS: MEDICINA, ESPIRITISMO E LOUCURA NO
BRASIL DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX**

Rio de Janeiro
2008

ALEXANDER JABERT

**DE MÉDICOS E MÉDIUNS: MEDICINA, ESPIRITISMO E LOUCURA NO
BRASIL DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dra. Cristiana Facchinetti

Rio de Janeiro
2008

Ficha catalográfica

J12 Jabert, Alexander
De médicos e médiuns: medicina, espiritismo e
loucura no Brasil da primeira metade do século XX. /
Jabert Alexander . – Rio de Janeiro : s.n. 2008.
312 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –
Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.
Bibliografia: p. 289-300

1. Saúde Mental 2. Psiquiatria. 3. Religião. 4. Espiritismo. 5.
História 6. Brasil

CDD 362.2

Esta tese teve o apoio da CAPES por meio de sua bolsa de doutorado.

ALEXANDER JABERT

DE MÉDICOS E MÉDIUNS: MEDICINA, ESPIRITISMO E LOUCURA NO BRASIL DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovada em 29 de agosto de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cristiana Facchinetti (COC/FIOCRUZ) - Orientador

Prof. Dr. Gilberto Hochman (COC/FIOCRUZ) - Coorientador

Prof. Dra. Margarida de Souza Neves (PUC - Rio)

Prof. Dr. Joel Birman (UERJ)

Prof. Dra. Ana Tereza Acatauassú Venancio (COC/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Flávio Edler (COC/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro
2008

Isto é uma ficção, não uma mentira.
Alan Moore.

Eles me chamavam de doido,
E eu os chamava de doidos,
E os danados ganharam.
Nathaniel Lee.

Este trabalho é dedicado a você.

Agradecimentos

Em seu conto “A Escrita de Deus”, Jorge Luis Borges narra a trajetória de um sacerdote asteca, chamado Tzinacan, que se encontra aprisionado pelos conquistadores espanhóis. Em seu cárcere, que ele divide com um jaguar, Tzinacan procura decifrar uma sentença mágica que havia sido escrita pelo deus Qaholom no início da criação. Segundo a tradição de seu povo, o deus, prevendo que no final dos tempos ocorreriam muitas desventuras e calamidades, teria criado uma sentença mágica que seria capaz de eliminar todos esses malefícios. Constava desta tradição que um escolhido seria dotado da capacidade de decifrar essa escrita mágica e, recitando-a em voz alta, tornar-se-ia um ser todo-poderoso, capaz de dissipar todos os males do mundo.

Tendo a certeza de que o final dos tempos havia chegado, Tzinacan se propõe a decifrar essa escrita sagrada, acreditando que a chave para a sua descoberta encontra-se escondida nas listras da pelagem do jaguar com quem divide sua cela. No entanto, o primeiro passo necessário para decifrar essa sentença seria o desenvolvimento da capacidade de compreensão de uma linguagem utilizada por uma divindade.

Tarefa difícil a que se propôs o sacerdote, pois como seria possível utilizar uma linguagem humana para expressar uma sentença escrita por um deus? Como forma de expressar essa dificuldade, assim fala Tzinacan, através de Borges, acerca da natureza de sua empreitada:

Que tipo de sentença (perguntei-me) construirá uma mente absoluta? Considerei que mesmo nas linguagens humanas não existe proposição que não envolva um universo inteiro; dizer o tigre é dizer os tigres que o geraram, os cervos e as tartarugas que ele devorou, o pasto de que se alimentaram os cervos, a terra que foi mãe do pasto, o céu que deu luz a terra. Considerei que na linguagem de um deus toda palavra enunciaria essa infinita concatenação dos fatos, e não de um modo implícito, mas explícito, e não de um modo progressivo, mas imediato (Borges, 2001, p. 123).

Tarefa igualmente difícil se coloca diante de um doutorando no momento de apresentar seus agradecimentos aos inúmeros fatores e indivíduos que foram importantes na trajetória que levou à elaboração de sua tese. Como ter certeza de não esquecer ninguém? Como ter confiança de ter sido capaz, nestas poucas linhas, de nomear todos os fatores que

influenciaram sua trajetória de vida até este momento? Fatores tão infinitos quanto fundamentais para que este texto pudesse ser apresentado na forma como agora se encontra.

Depois de ter refletido bastante sobre esse problema acredito ter chegado a uma solução que, espero, poderá me oferecer uma certa garantia de não ter deixado ninguém de fora. São por esses motivos acima citados que, pelas inúmeras contribuições oferecidas para a realização deste trabalho, eu gostaria de agradecer e dedicar esta tese a você. Isso mesmo, este agradecimento é para você.

Agradeço a você que orientou meu trabalho, que discutiu pontos desse trabalho comigo, que foi meu professor em algum momento de minha trajetória acadêmica, que participou da minha banca de qualificação, que acolheu e que financiou minha pesquisa. Você que conseguiu aquele texto importante naquela biblioteca para mim e que indicou ou escreveu aquele artigo ou livro que li. Você que gentilmente me abriu as portas de sua instituição para que eu pudesse realizar minha pesquisa de campo.

Você que me deu vida, você que me criou e que foi criada comigo; você que entrou para a família. Você que é meu irmão, meu amigo ou minha amiga. Você que morou comigo, que tomou cerveja comigo, que vendeu cerveja para mim, que foi a shows de bandas incríveis comigo e que se divertiu comigo. Que me ouviu e me apoiou quando eu precisava. Você por quem eu me apaixonei e que eu amei.

Finalmente gostaria de agradecer a você que eu só conheço de vista; que eu não conheço ainda; que eu conheço há muito tempo; que tem tempo que a gente não se encontra; que eu nunca vou encontrar.

Eu espero que, não importando em que categoria você se encontre, possamos sempre pensar um no outro com apreço.

Obrigado. De verdade. Você sabe quem você é, e provavelmente sabe por quê.

SUMÁRIO

Introdução	14
Capítulo 1 – O nascimento da psiquiatria e sua introdução no Brasil.	35
1.1 – O nascimento da psiquiatria.	35
1.2 – A formação da psiquiatria no Brasil.	64
Capítulo 2 – A constituição do espiritismo kardecista e sua introdução no Brasil.	83
2.1 – O espiritismo kardecista e sua introdução no Brasil.	83
2.2 – O mundo e o corpo segundo o espiritismo.	89
2.3 – A influência do Magnetismo Animal e da Homeopatia para a elaboração dos conceitos espíritas de saúde e doença.	96
2.4 – Espiritismo e loucura.	107
Capítulo 3 – Médicos espíritas.	131
3.1 – A Ciência espírita.	131
3.2 – Os ataques ao espiritismo.	144
3.3 – A resposta dos médicos espíritas.	150
Capítulo 4 – Práticas e instituições espíritas de cura.	163
4.1 – As variedades das práticas de cura espíritas.	163
4.2 – Os relatos de casos do Sanatório Espírita de Uberaba.	176
Capítulo 5 – Uberaba e a organização do espiritismo no interior do Brasil.	189
5.1 – Pequena história do município de Uberaba.	189
5.2 – O espiritismo em Uberaba.	200
5.3 – O Sanatório Espírita de Uberaba.	206

Capítulo 6 – Os prontuários psiquiátricos do Sanatório Espírita de Uberaba.	213
6.1 – A estrutura dos prontuários do Sanatório Espírita de Uberaba.	213
6.2 – Psiquiatria e espiritismo: o ecletismo conceitual do Sanatório Espírita de Uberaba.	222
6.3 – Regular a família, higienizar o meio urbano e administrar a loucura: as funções sociais do Sanatório Espírita de Uberaba.	249
Considerações finais	275
Bibliografia	289
Anexos	301

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Propositions Concerning Animal Magnetism.	301
Anexo 2 – 1º modelo de prontuário utilizado no Sanatório Espírita de Uberaba.	303
Anexo 3 – 2º modelo de prontuário utilizado no Sanatório Espírita de Uberaba.	305
Anexo 4 – 3º modelo de prontuário utilizado no Sanatório Espírita de Uberaba.	309
Anexo 5 – 4º modelo de prontuário utilizado no Sanatório Espírita de Uberaba.	312

RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar como foi construída, no Brasil, uma forma de terapêutica e de saber de orientação kardecista sobre a loucura, tomando também como aspecto a ser investigado a percepção e o posicionamento da classe médico-psiquiátrica diante desse saber, que era, e ainda é, embora de forma menos contundente, seu concorrente pela hegemonia do tratamento da loucura e do louco. Destaco, neste estudo, os pontos de aproximação e de afastamento que podem existir entre as estratégias de atuação dessas duas propostas de intervenção sobre este mesmo objeto. Nesse sentido, este trabalho se propõe a investigar o modelo espírita de definição e tratamento da loucura e os efeitos que esta produção conceitual produziu no interior da própria classe médica. Também pretendo analisar como se deu o estabelecimento de instituições destinadas à internação de alienados, dirigidas por associações de doutrina espírita e possuidoras de um modelo próprio de tratamento. Ao propor a investigação do problema social gerado pela loucura e pelo louco, pretendo enfatizar o seu aspecto multidimensional, isto é, enquanto fato social capaz de criar diferentes análises e soluções conceituais por grupos heterogêneos de atores sociais que irão inscrevê-la dentro de seus sistemas próprios de significação e de entendimento. Mesmo possuindo modelos explicativos diferenciados, estes grupos apresentam uma mesma capacidade de produzir intervenções, desenvolver políticas, administrar instituições de internamento e tratamento, mobilizar vários setores da sociedade e estabelecer alianças com o poder público.

ABSTRACT

This academic work has the objective to investigate how a therapeutic form and Kardecist knowledge regarding madness was built in Brazil, also investigating the perception and approach of the medical and psychiatric class with regards to this knowledge, that was and still is, even though in a less incisive manner, its competitor for the leadership in the treatment of madness and the insane. In this study I have emphasized the approach and exclusion that might exist between the strategies of these two intervention proposals regarding the same subject. In such a manner, this paper proposes to investigate the spiritualist model of defining and treating madness and the effects that this conceptual production caused within the medical class in itself. I also intend to analyze how the installation of the institutions destined for the internment of the insane was made and managed by associations with spiritualist doctrine which had their own forms of treatment. When proposing the investigation about the social problem generated by madness and by the insane, I intend to emphasize its multidimensional aspect, i.e. as a social factor with the possibility of creating different analysis and conceptual solutions by heterogeneous groups of social actors that will include it in their own systems of significance and understanding. Even having different explanatory models, these groups present the same capacity of internment, policy development, management of internment and treatment institutions, mobilization of various sectors of the society and establishment of alliances with the public power.

No ano de 1900, o jornalista João do Rio iniciou a publicação de uma série de artigos no jornal *Gazeta de Notícias* que, em 1906, foram reunidos no livro *As Religiões no Rio de Janeiro*. Tais artigos se propunham a demonstrar para os leitores que, apesar da aparente dominação monolítica da Igreja Católica, eram extremamente diversificadas as crenças religiosas dos cidadãos cariocas na virada do século XIX para o XX. Entre a miríade de manifestações religiosas retratadas por João do Rio em suas reportagens, podemos destacar a forte convicção de que forças sobrenaturais teriam a capacidade de influenciar a vida cotidiana das pessoas, convicção essa distribuída por todos os estratos da sociedade carioca.

Nós dependemos do Feitiço (...). Há no Rio magos estranhos que conhecem a alquimia e os filtros encantados, como nas mágicas do teatro, há espíritos que incomodam as almas para fazerem os maridos incorrigíveis voltarem ao tálamo conjugal, há bruxas que abalam o invisível só pelo prazer de ligar dois corpos apaixonados, mas nenhum desses homens, nenhuma dessas horrendas mulheres tem para esse povo o indiscutível valor do Feitiço (João do Rio, 1976, p. 34).

Embora as reportagens tenham causado sensação entre a população, elas também sofreram críticas por serem consideradas fantasiosas por parte do público da época, devido, principalmente, às descrições dos cultos de origem africana e dos rituais de satanismo relatados pelo autor. Contribuiu para isso também o estilo de escrita de João do Rio, que poderíamos chamar de jornalismo literário, já que fica claro que foram empregadas algumas "liberdades poéticas" para melhor ilustrar os acontecimentos por ele narrados. Por outro lado, fica claro que o autor realizou uma extensa pesquisa de campo como uma etapa preparatória para a redação das reportagens. O resultado foi que seu estilo de escrita serviu para tornar sua obra um dos mais minuciosos e vivos retratos da vida no Rio de Janeiro durante as primeiras duas décadas do século XX.

Entre as crenças na capacidade de intervenção de forças sobrenaturais na vida cotidiana dos sujeitos encontrava-se a de que entidades espirituais, manipuladas ou influenciadas por pessoas possuidoras de habilidades especiais, poderiam influir nos processos de adoecimento e de cura do organismo humano. Ao descrever as expressões religiosas que haviam sido importadas com os escravos africanos, João do Rio nos oferece o exemplo de uma modalidade dessas crenças:

Os trabalhos são tratados como nos consultórios médicos: a simples consulta de seis a dez mil réis, a morte de um homem segundo a sua importância social e o recebimento da importância por partes. Quando é doença, paga-se no ato - porque os babaloxás são médicos, e curam com cachaça, urubus, penas de papagaio, sangue e ervas (João do Rio, 1976, p. 39)

Um outro ponto, ressaltado com preocupação pelo autor, seria a crença generalizada na capacidade dos seguidores das religiões de origem africana de produzirem o enlouquecimento de suas vítimas, que estaria disseminada entre vários setores da sociedade:

A morte e a loucura nem sempre se limitam ao estreito meio dos negros. As bebestragens e o pavor atuam suficientemente nas pessoas que os freqüentam. A Assiata, uma negra baixa, fúria e presunçosa, moradora à rua da Alfândega, dizem os da sua roda que pôs doida na Tijuca uma senhora distinta, dando-lhe misturas para certa moléstia do útero (João do Rio, 1976, p. 42).

Como pode se notar por esta passagem, as práticas relacionadas mais diretamente com os cultos de origem africana eram tratados com desprezo por João do Rio, que os associava em seus textos à exploração da credence popular, ao charlatanismo, à loucura, à prostituição, ao alcoolismo e à quase todo tipo de atividade criminosa. Uma opinião que era compartilhada por grande parte da sociedade letrada da época.

No entanto, havia outra prática religiosa na cidade do Rio de Janeiro, baseada na mesma crença de que entidades espirituais possuíam a capacidade de intervir nos processos de saúde e adoecimento das pessoas, que recebia um tratamento bastante diferenciado por parte de João do Rio: o espiritismo kardecista. A simpatia com que o autor encarava essa prática religiosa, que também atuava no campo das artes de curar, fica clara no próprio título do texto que trata dos seguidores dessa doutrina: *O Espiritismo entre os Sinceros*. O título do artigo pode ser entendido como o resultado de uma preocupação do autor em deixar claro que o texto tratava do que era conhecido na época como “alto espiritismo”, ou seja, o espiritismo praticado por grupos ligados à Federação Espírita Brasileira (FEB), em oposição ao “baixo espiritismo”. As diferenças entre as duas práticas foram por ele assim definidas:

Se na sociedade baixa, centenas de traficantes enganam a credulidade com uma inconsciente mistura de feitiçaria e catolicismo, entre a gente educada há um número talvez maior de salas onde estudam o fenômeno psíquico e a adivinhação do futuro, com

correspondência para Londres e um ar superiormente convencido (João do Rio, 1976, p. 155).

Como se pode notar, embora as duas práticas se baseassem na crença da continuidade da existência da alma após a morte do corpo físico e utilizassem da intervenção de entidades espirituais como agentes no tratamento de enfermidades, o “baixo espiritismo” era assim considerado por poder ser confundido com práticas religiosas derivadas de uma cultura popular, como a crença no feitiço, ligada aos cultos de origem africana. Por outro lado, o “alto espiritismo” era primordialmente praticado pela elite letrada da sociedade carioca, seguidores da doutrina criada por Allan Kardec que propagava as crenças e os estudos europeus sobre a imortalidade da alma e da sobrevivência da personalidade de um indivíduo após a sua morte.

Entre as atividades desenvolvidas pelos grupos espíritas de orientação kardecista encontrava-se um conjunto de práticas de cura também baseadas na crença da capacidade de intervenção de entidades espirituais no curso natural de desenvolvimento de uma enfermidade. Dentre essas práticas podemos destacar duas de maior relevância: o “receituário mediúnico”, em que eram prescritos remédios, normalmente homeopáticos, por grupos de médiuns que se diziam inspirados pelos espíritos de grandes médicos já falecidos, e a “desobsessão espiritual”, que procurava tratar indivíduos acometidos de acessos de loucura através da doutrinação espiritual de “espíritos obsessores”. Nesse sentido, a atuação terapêutica dos grupos espíritas de orientação kardecista junto à população se constituiria como mais uma prática de cura que era validada por crenças religiosas comuns às vários substratos da sociedade brasileira da virada do século XX.

Além dessa série de atividades terapêuticas, ligadas a expressões do sentimento religioso de grupos sociais diversificados, também coexistiam no período uma enorme variedade de práticas de cura populares. Estas ofereciam uma forte concorrência à classe médica e se constituíam por grupos variados de atores sociais, que exerciam o que poderíamos chamar de uma “medicina alternativa” à medicina acadêmica oficial da época. Estes grupos eram coletivamente denominados pelos médicos diplomados de “charlatães” e eram tratados como criminosos por exercerem ilegalmente as artes de curar. Entre essa ampla classe dos charlatães encontravam-se curandeiros, barbeiros, sangradores, rezadeiras,

boticários e práticos; mas também médicos homeopatas e médicos não habilitados por escolas de medicina brasileiras.

A bibliografia que trata da história da medicina brasileira pode ser dividida em três momentos diferenciados. Num primeiro momento eram comuns trabalhos que tinham como objetivo construir uma visão enobrecedora e triunfante da medicina, vista como um conhecimento que se desenvolvia progressivamente e tratando a classe médica como uma elite heróica na vanguarda da luta contra as doenças que atingiam a população brasileira. Esses textos foram produzidos quase que exclusivamente por médicos e ofereciam uma narrativa descritiva e esquemática que conduzia inexoravelmente à celebração dos avanços da medicina moderna. Um exemplo desse tipo de trabalho pode ser encontrado nos dois volumes da obra *História Geral da Medicina Brasileira* de Lycurgo Santos Filho (1991).

Um segundo período, iniciado na década de 1970, foi marcado pela influência entre os pesquisadores brasileiros das obras de Michel Foucault, que no Brasil foi aliada a um marxismo de influência gramsciniana. A principal característica dessas obras foi a produção de uma visão de que a medicina acadêmica seria um instrumento utilizado de forma privilegiada pelo Estado para a disciplinarização e controle das populações urbanas brasileiras desde o período Imperial, passando a ganhar mais fôlego com a implantação do regime republicano. Nessa abordagem, a classe médica teria desenvolvido um projeto de medicalização da sociedade que colocaria todos os seus setores em uma posição de subordinação ao seu saber, ao mesmo tempo em que ofereceria suporte ideológico para a construção de um aparelho estatal repressor e coercitivo. O livro *Danação da Norma*, de Roberto Machado e colaboradores (1978), pode ser considerado como uma das obras pioneiras neste tipo de abordagem.

A partir da década de 1990, começaram a ser produzidas abordagens que procuraram relativizar e questionar o prestígio da medicina acadêmica na sociedade durante o percurso de construção de um Estado Nacional no Brasil, explorando as tensões produzidas entre os representantes do saber médico e os agentes do poder público no processo de construção de uma política de saúde, política essa que se apresentava de forma mais complexa do que as abordagens anteriores sugeriam. Questionaram também o prestígio da classe médica junto a uma população brasileira, que se encontrava em contato com uma série de práticas de cura diferenciadas ao seu alcance, que poderiam ser acionadas em caso de adoecimento em

detrimento da medicina oficial. Exemplos dessa abordagem podem ser encontrados nos livros *Nas Trincheiras da Cura* (2001) e *As Artes de Curar* (1999), respectivamente de autoria de Gabriela Sampaio e Beatriz Weber.

Por outro lado, os textos que tratam da história do movimento espírita no Brasil freqüentemente destacam o papel que certos setores da classe médica tiveram na repressão às práticas de cura desenvolvidas pelos grupos espíritas. Yvonne Maggie, em seu livro *Medo do Feitiço* (1992), procura relativizar a “hipótese repressiva” da perseguição às práticas de feitiçaria e do “alto” e “baixo” espiritismo durante as primeiras décadas do regime republicano brasileiro. A autora aponta para o fato de não haver ocorrido uma perseguição generalizada às práticas espíritas, e sim uma preocupação em reprimir apenas os praticantes do chamado “baixo” ou “falso” espiritismo, ou seja, o espiritismo praticado pelas camadas mais populares da sociedade e que era confundido com a feitiçaria e com elementos do catolicismo. Também argumenta que mesmo as instituições encarregadas de reprimir as práticas do “baixo” espiritismo compartilhavam uma série de termos com os seguidores dessas crenças, como “despacho” e “trabalho” que, segundo ela, eram uma indicação de que a crença na feitiçaria era compartilhada pelas autoridades. Esse fato a levou a sugerir que o processo de repressão ao “baixo” espiritismo acabou por reforçar a sua crença, chegando mesmo a afirmar que as práticas repressoras: “... não extirparam a crença mas, ao contrário, foram fundamentais para sua constituição” (Maggie, 1992, p. 24). No entanto, mesmo que tivessem servido para reforçar a crença na feitiçaria, é importante salientar que ocorreu uma perseguição às práticas de cura espíritas, e ela era encampada principalmente pela classe médica, que denunciava os praticantes do espiritismo como responsáveis por produzir uma série de malefícios à população, como a produção de casos de loucura entre seus seguidores, e de inculcar curas inexistentes aos enfermos que os procuravam em busca de tratamento (Maggie, 1992, p. 175).

Outro texto que trata da perseguição sofrida por grupos espíritas na cidade do Rio de Janeiro é a dissertação de mestrado de Cláudio Murilo Pimentel Gama, intitulada *O Espírito da Medicina* (1992). O ponto central do trabalho de Gama é a descrição de um embate travado, nas primeiras décadas do século XX, entre um grupo de médicos cariocas e os seguidores do Espiritismo Racional e Científico Cristão. Uma das vertentes do espiritismo praticado no Rio de Janeiro, a doutrina do Racionalismo Cristão, havia sido

criada em 1910, na cidade de Santos, São Paulo, pelo comerciante português Luiz de Mattos, sendo sua sede transferida, em 1912, para o bairro de Vila Isabel na cidade do Rio de Janeiro, onde se encontra localizada até hoje. Segundo Gama, o centro era citado em várias publicações médicas e foi um dos mais perseguidos do Rio de Janeiro, sofrendo diversos inquéritos policiais e alguns processos, embora seus seguidores tenham sido absolvidos de todos eles. Mais uma vez, medicina e espiritismo são colocados em campos opostos de enfrentamento, com o autor procurando demonstrar como que, para a classe médica do período, a crença no espiritismo não se constituía como uma questão sociocultural, mas sim como um problema médico, fato que teria produzido a uma medicalização dos fenômenos espíritas através da elaboração de teorias que procuravam afirmar que a prática do espiritismo seria nociva à saúde da população brasileira por ser um elemento produtor da alienação mental (Gama, 1992).

Já Emerson Giumbelli, em seu livro *O Cuidado dos Mortos* (1997), procura demonstrar como a perseguição sofrida pelos grupos espíritas, principalmente no Rio de Janeiro, serviu como elemento agregador dos diversos centros espíritas cariocas e de outros estados em torno da Federação Espírita Brasileira (FEB). A partir da implantação da República a FEB passou a oferecer um auxílio jurídico aos grupos envolvidos nos vários processos, instaurados a partir da promulgação do Código Penal de 1890¹, contra os praticantes do espiritismo. Giumbelli entende que o percurso que levou o espiritismo a se configurar enquanto uma prática religiosa no Brasil foi o resultado de um processo histórico dinâmico, efeito do encontro de diferentes estratégias discursivas desenvolvidas por agentes sociais diversos. Através do embate entre juristas, médicos, católicos, meios de comunicação e espíritas, entre outros, as instituições espíritas kardecistas passaram a optar por se definir enquanto seguidoras de uma religião como forma de criar uma estratégia para escapar dos processos instaurados, principalmente pela classe médica, contra as práticas de cura desenvolvidas por seus grupos. Giumbelli argumenta que, ao se inserir no campo religioso, o movimento kardecista conseguiu produzir alianças com o sistema judiciário e policial, no sentido de garantir o direito constitucional da liberdade de culto, implantado com o regime republicano, conquistando então uma posição privilegiada em relação ao “baixo” espiritismo e aos cultos de origem africana em geral. Para o autor, o sucesso dessa

¹ Em seu Artigo de número 157 o Código Penal de 1890 proibia a prática do espiritismo.

estratégia pode ser claramente comprovado pelo fato de que, de todos os processos instaurados contra os espíritas ligados à FEB por prática do exercício ilegal da medicina, nenhum resultou em condenação (Giumbelli, 1997).

Embora Giumbelli procure apresentar em seu livro o tipo de produção teórica que informava as práticas de cura dos grupos espíritas ligados à FEB, demonstrando, inclusive, como um de seus conceitos, o de sugestão, havia sido apropriado pela classe médica, pelo fato de este ponto não ser uma preocupação central do seu trabalho ele não problematiza de forma mais aprofundada a relação entre a classe médica e os grupos espíritas, encarando o espiritismo como uma prática oposta à medicina acadêmica oficial da época. Mesmo chamando atenção para o fato de que um dos mais importantes presidentes da história da FEB tenha sido o médico Bezerra de Menezes, Giumbelli está mais preocupado com as estratégias criadas pelos espíritas para se contraporem à perseguição sofrida através dos processos de exercício ilegal da medicina (Giumbelli, 1997).

Mais recentemente, Angélica de Almeida, em sua tese *Uma fábrica de loucos* (2007), procurou investigar o processo de construção da representação médica da mediunidade como loucura, argumentando que essa caracterização da mediunidade pela psiquiatria fazia parte de uma estratégia de legitimação simbólica da disciplina psiquiátrica, que na época disputaria com o espiritismo a hegemonia do campo de tratamento das enfermidades mentais nos espaços social, cultural, científico e institucional. Para a autora, a resolução do conflito entre medicina e espiritismo estaria relacionada aos limites da legitimação e inserção social alcançados por esses dois grupos antagônicos de atores sociais. Vale dizer, para a autora, a psiquiatria teria conquistado sua inserção social majoritariamente no meio médico-acadêmico, enquanto o espiritismo teria se legitimado no campo religioso. Embora seja o trabalho mais completo a tratar da relação entre espiritismo e medicina no Brasil, a autora também avalia o espiritismo como uma prática antagônica à medicina e, particularmente, à psiquiatria.

Portanto, se pode dizer que, para a bibliografia acerca da história da medicina no Brasil, as práticas populares de cura, como o espiritismo kardecista, são comumente analisadas como um empecilho para o projeto da classe médica de estabelecer sua hegemonia no campo das artes de curar e como um aspecto que leva à complexificação das análises acerca da relação entre medicina, estado e sociedade. Por outro lado, os textos que

analisam a história da implantação do movimento espírita no Brasil, quando tratam da relação entre medicina e espiritismo afirmam que esses saberes ocupavam campos discursivos opostos, num estado de constante enfrentamento pela definição de qual grupo possuiria a competência necessária para tratar da saúde da população brasileira. No entanto, a hipótese que desenvolvo neste trabalho é a de que o campo das relações entre espiritismo e medicina é mais complexo do que o comumente proposto, principalmente no que se refere às estratégias espíritas de tratamento da loucura através da prática da desobsessão espiritual.

O espiritismo kardecista foi introduzido no Brasil por parte de sua elite letrada. Entre os membros fundadores dos primeiros grupos espíritas nacionais encontravam-se comerciantes, advogados, engenheiros e médicos. Chama a atenção o significativo número de médicos que tiveram atuação destacada na formação e organização desses grupos, visto que a classe médica foi uma das principais vozes de oposição à expansão do espiritismo no Brasil entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Mais uma vez, vejamos o que diz João do Rio:

Já não se conta o número de espíritas ortodoxos, conta-se a atração dos nossos cérebros mais lúcidos pela ciência da revelação. A Marinha, o Exército, a advocacia, a medicina, o professorado, o grande mundo, a imprensa, o comércio tem milhares de espíritas (João do Rio, 1976, p. 154)

O principal motivo da preocupação com que a classe médica via o desenvolvimento do kardecismo em território nacional se deve justamente à criação, por parte das organizações espíritas, de serviços que tinham como objetivo oferecer tratamento às enfermidades que atacavam a população brasileira, tratamentos estes ligados a teorias e práticas de cura que não eram validadas pela medicina acadêmica oficial. Como resultado de suas atividades, a partir do início do período republicano os espíritas passaram a ser constantemente denunciados como charlatães pela classe médica e a sofrer processos por exercício ilegal da medicina.

Os processos movidos pela classe médica contra os espíritas foram facilitados pelo Código Penal republicano. Quando foi promulgado o novo Código Penal em 1890, havia artigos específicos para a regulação do exercício ilegal da medicina onde estavam previstas as punições cabíveis para os que exercessem práticas de “charlatanismo”:

Art. 156 – Exercer a medicina em qualquer dos seus ramos e a arte dentária ou farmácia: praticar a homeopatia, a dosimetria, o hipnotismo ou o magnetismo animal, sem estar habilitado segundo as leis e regulamentos (Código Penal apud Maggie, 1992, p. 22).

É interessante notar que, pelo texto da lei, duas teorias ligadas às práticas de cura espíritas – o magnetismo animal e a homeopatia – e que eram constantemente atacadas pelos médicos de formação acadêmica, em sua maioria alopatas, eram consideradas pelo novo Código Penal como ramos legítimos da medicina, contanto que fossem praticados por médicos para isso habilitados.

No entanto, o Código Penal também tornou ilegal a própria prática do espiritismo no Brasil:

Art. 157 – Praticar o espiritismo, a magia e seus sortilégios, usar de talismãs e cartomancias para despertar sentimentos de ódio e amor, inculcar curas de moléstias curáveis ou incuráveis, enfim para fascinar e subjugar a credulidade pública (Código Penal, apud Maggie, 1992).

É importante notar que o espiritismo aparece aqui ligado a práticas como a magia e a cartomancia – que iam de encontro às pretensões dos espíritas kardecistas de verem sua doutrina reconhecida como uma forma de “conhecimento científico”. Outro ponto a ressaltar é que o espiritismo aparece diretamente vinculado como uma prática de cura não reconhecida, inócua e, justamente por isso, perigosa, já que, segundo o código, ele seria prejudicial à população por inculcar-lhe curas que não realizava.

Como resultado da implantação das atividades do receituário mediúnico e das práticas de desobsessão desenvolvidas pela FEB, e apoiado nos dispositivos contidos no Código Penal de 1890, o Serviço Sanitário do Rio de Janeiro, até o ano de 1930, autuou seguidamente os médiuns e diretores da entidade pela prática do exercício ilegal da medicina. Processos criminais e inquéritos policiais foram instaurados nos anos de 1904, 1905, 1914, 1918, 1921, 1922 e 1925. Entretanto, em todas essas ocasiões ou os inquéritos foram arquivados ou os membros da FEB foram absolvidos das acusações (Giumbelli, 1997, p. 194). O Centro Redentor também sofreu uma série de processos criminais por prática ilegal da medicina, instaurados por representantes da classe médica

durante esse período, sendo também seus dirigentes absolvidos em todos eles (Gama, 1992, p.118).

Nas primeiras décadas do século XX era relativamente comum que alguns profissionais da medicina proferissem discursos, ou até mesmo escrevessem livros, em que realizavam ataques ao espiritismo, sendo que a maior parte desses médicos se via ligada ao campo psiquiátrico ou da medicina legal.

Os ataques freqüentes por parte de setores da classe médica, torna ainda mais paradoxal, à primeira vista, o papel destacado que vários médicos tiveram na implantação e desenvolvimento do espiritismo kardecista no Brasil. A participação de médicos junto a grupos ou instituições espíritas era considerada tão alarmante pelos representantes da medicina oficial que, quando da implantação do novo regulamento sanitário em 1904, que reorganizou esses serviços e estabeleceu que a Diretoria Geral de Saúde Pública passava a controlar o serviço de Polícia Sanitária da Capital Federal, foi inserido um parágrafo no art. 251 do decreto de N° 5156 de 8 de maio de 1904 que tratava, justamente, das punições cabíveis aos médicos que fossem apanhados praticando o espiritismo:

Art. 251 - Os médicos, farmacêuticos, dentistas e parteiras que cometerem repetidos erros de profissão serão privados do exercício da profissão, por um a seis meses (...).
único: os que praticam o espiritismo, a magia ou anunciarem a cura de moléstias incuráveis, incorrerão nas penas do artigo 157 do código penal, além da privação do exercício da profissão por tempo igual ao da condenação, se forem médicos, farmacêuticos, dentistas ou parteiras (Coleção de leis do Brasil, apud Giumbelli, 1997, p. 135).

Como pode ser percebido por esse artigo inserido no regulamento sanitário, na sua luta contra o “charlatanismo” e as práticas de cura que consideravam ilegais, parte da classe médica brasileira teve de se defrontar com “traidores” entre suas próprias fileiras. Foi relativamente comum, no período, a existência de médicos que aderiram às noções espíritas de saúde e doença, à crença na existência de um mundo invisível e espiritual com capacidade de atuar sobre o mundo físico e na concepção de que um corpo espiritual animava e controlava o corpo material. Muitas vezes atuando como médiuns, esses médicos participavam de sessões de desobsessão e se diziam auxiliados por

“espíritos desencarnados” quando atuavam diagnosticando e tratando das enfermidades que assolavam a população brasileira.

Quando foi fundado o primeiro grupo espírita no país, o Grupo Familiar do Espiritismo na Bahia, em 1865, esse passou a contar com a participação de dois médicos que aderiram aos preceitos da doutrina kardecista, o Dr. Guilherme Pereira Rabelo e o Dr. Joaquim Carneiro de Campos, este último filho do Marquês de Caravelas (Machado, 1996, p. 89).

No Rio de Janeiro, segundo a bibliografia sobre o tema, a maioria dos médicos que se converteram ao espiritismo já havia aderido anteriormente à homeopatia. O Dr. Castro Neves, por exemplo, fora um médico homeopata que se convertera ao espiritismo, tendo realizado em 1881 uma série de três conferências, organizadas pela FEB, sobre a prática homeopática para uma audiência espírita (Damazio, 1994, p. 118).

A FEB realizava, com freqüência, rodadas de conferências públicas, com o objetivo de propagar a doutrina espírita entre a população carioca. Durante um ciclo de conferências, realizado entre 1885 e 1888, os doutores Bezerra de Menezes e Castro Lopes tornaram pública a sua adesão aos pressupostos kardecistas. A partir de então, o Dr. Antônio Castro Lopes, que era homeopata, passou a praticar a parte fenomenológica do espiritismo, ou seja, o estudo dos fenômenos espíritos, passando a colecionar mensagens enviadas por “espíritos desencarnados”. Em 1882 ele havia publicado o livro *Conferências sobre Homeopatia* onde já era possível notar a sua inclinação às concepções espiritualistas da natureza:

(...) o que a antiguidade denominou, não sem razão, de alma do universo, é o que a ciência moderna chama de força, fluido universal, dinamismo universal. A vida, essa força que deriva imediatamente de Deus, pode se conservar em estado latente [...] a vida é um fluido, que participa da natureza inteligente da causa (Lopes, 1882, p. 51).

Quando a FEB organizou o seu Serviço de Assistência aos Necessitados, em janeiro de 1890, que entre outras atividades, inaugurou os trabalhos do receituário mediúnico, a direção da Assistência ficou a cargo do Dr. Polidoro Olavo de São Tiago. O serviço contava com a atuação de médicos diplomados, mas era realizado, principalmente, por

médiuns receitistas que não possuíam formação médica e prescreviam remédios homeopáticos (Damazio, 1994, p. 120).

Uma das mais destacadas figuras dos primeiros anos de desenvolvimento do espiritismo no Brasil foi o Dr. Joaquim Carlos Travassos. Nascido em 1839, no município de Angra do Reis, ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1856, tendo se formado em agosto de 1862. Em janeiro de 1867, Joaquim Travassos se apresentou para servir como médico-cirurgião na Guerra do Paraguai, se retirando do serviço no começo de 1869. Já convertido ao espiritismo, foi um dos fundadores do primeiro grupo espírita fluminense, o Grupo Espírita Confúcio. O grupo foi formado em 2 de agosto de 1873 e o Dr. Joaquim Travassos foi eleito secretário geral de sua primeira diretoria, além de atuar como médico homeopata junto aos serviços assistenciais do grupo. No entanto, o Dr. Joaquim Travassos é mais lembrado pelos espíritas brasileiros por ter realizado a primeira tradução para o português das principais obras de Allan Kardec. Por fim, já no final do século XIX o Dr. Travassos passou a atuar como médium receitista junto a FEB (Damazio, 1994; Wantuil, 2002).

Outro importante médico espírita foi o Dr. Francisco Menezes Dias da Cruz, batizado com o mesmo nome que seu pai que era professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e chefe do Partido Liberal. Após ter se doutorado optou pelo método homeopático e, posteriormente, se converteu ao espiritismo. Como médico homeopata foi presidente do Curso Hahnemanniano e do Instituto Hahnemanniano. Em 1890, assumiu o cargo de presidente da Federação Espírita Brasileira, em substituição ao também médico Bezerra de Menezes, que havia renunciado ao cargo. Foi durante sua gestão, que foi implantado o Serviço de Assistência aos Necessitados. Foi diretor do jornal *Reformador*, órgão de divulgação da FEB, tendo colaborado com o mesmo com vários artigos, sob o pseudônimo “Um Espírita” (Damazio, 1994; Wantuil, 2002). Outro membro do grupo era o médico homeopata Salustiano José Monteiro de Barros.

O Dr. António Pinheiro Guedes, nascido em Cuiabá em 1842, mudou-se para o Rio de Janeiro e, em 1865, ingressou na Faculdade de Medicina, tendo se formado em setembro de 1870. Foi interno de clínica médica e de clínica cirúrgica na faculdade antes de se formar. Em 1890, quando foi instaurada a Assembléia Constituinte, foi eleito para o Senado Federal pelo estado do Mato Grosso, tendo cumprido um mandato de três anos. Teve os

primeiros contatos com a doutrina espírita em 1874 e, dois anos depois, fundou a Sociedade de Estudos Espíritas Deus, Cristo e Caridade. Pinheiro Guedes também dirigiu o Centro de União Espírita do Brasil, órgão criado em 1881 na própria Sociedade Acadêmica, numa primeira tentativa de centralizar o movimento espírita no país, sendo um dos redatores da revista criada pelo mesmo centro. Quando da fundação da FEB, esta contou com apoio do Dr. Pinheiro Guedes, que se inscreveu no quadro de sócios fundadores.

Em 1901, Pinheiro Guedes publicou o livro *Ciência Espírita*, onde procurava demonstrar que seria o espírito a força responsável pela animação da matéria, ou corpo físico, traçando o percurso de evolução da mesma. Buscou também realizar uma análise da história da medicina com o objetivo de demonstrar que esta teria a sua origem em teorias e práticas “espíritas” ou “espirituais” que estariam informando as práticas médicas desde sua origem, situada por ele na Grécia hipocrática: “*A Medicina, como arte de curar, é filha legítima do espiritismo*” (Guedes, 1951, p. 19). Ao analisar as práticas religiosas dos gregos antigos, descreve os rituais que ocorriam no tempo de Apolo em Delfos, onde mulheres denominadas de “pitonisas”, de origem humilde e que não possuíam instrução nem educação, eram encarregadas de emitir oráculos em resposta às perguntas que lhes eram dirigidas por enfermos e que eram registradas pelos sacerdotes do templo, pois se acreditava que a voz de alguma divindade se comunicava aos sacerdotes por intermédio dessas mulheres. Pinheiro Guedes conclui então que essas mulheres deveriam ser vistas como médiuns naturais: “*A Pitonisa, é, portanto, um Médium (...). Assim pois a Medicina, como arte de curar, tem sua origem nas revelações dos Espíritos*” (Guedes, 1951, p. 21).

O argumento central de Pinheiro Guedes era de que o espiritismo seria uma ciência, pois possuiria um objeto de estudo específico – a alma, sua preexistência e sobrevivência – além de estudar fenômenos que até então seriam considerados sobrenaturais ou extraordinários, mas que, para o autor, como para os espíritas de uma forma geral, deveriam ser entendidos como fenômenos naturais dignos de estudo. Para Guedes, o instrumento específico utilizado pelo espiritismo para registrar os fenômenos naturais do espírito, tornando-os evidentes e palpáveis, seria o médium (Guedes, 1951, p. 34).

Para os espíritas brasileiros, o mais importante médico convertido ao espiritismo foi, sem dúvida, Adolfo Bezerra de Menezes, considerado o “Kardec Brasileiro” e intitulado

“médico dos pobres”. Foi um dos mais destacados militantes do movimento espírita no final do século XIX. Nascido no Ceará em 1831, Bezerra de Menezes mudou-se para o Rio de Janeiro em 1851, no mesmo ano que ingressou na Faculdade de Medicina e foi aceito como interno no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, formando-se médico em 1856. Em abril de 1857, candidatou-se ao quadro dos membros titulares da Academia Imperial de Medicina tomando posse na sessão de primeiro de junho do mesmo ano. Foi ainda redator dos *Anais Brasileiros de Medicina* da Academia entre os anos de 1859 e 1861. Foi eleito duas vezes vereador da Câmara Municipal do Rio de Janeiro pela freguesia de São Cristóvão, nos anos de 1861 e 1864, não tendo se candidatado na eleição para o exercício de 1869 a 1872. Retornou a Câmara em 1873 onde permaneceu até o ano de 1881, ocupando inúmeras vezes o cargo de presidente interino da Câmara Municipal da Corte. Ainda na arena política, sempre pelo partido liberal, Bezerra de Menezes se candidatou à Câmara dos Deputados como representante do Rio de Janeiro, exercendo seu mandato de 1878 a 1885, quando abandonou a vida política (Wantuil, 2002, p. 226).

Além dos vários cargos políticos que exerceu, foi também membro honorário da Seção de Cirurgia da Academia Nacional de Medicina, honorário do Instituto Farmacêutico, da Sociedade Auxiliadora da Indústria Nacional, membro do Conselho do Liceu das Artes e Ofícios, membro da Sociedade Geográfica de Lisboa, sócio da Sociedade Físico-Química e presidente da Sociedade Beneficente Cearense (Wantuil, 2002, p. 229).

Quando o Dr. Joaquim Carlos Travassos traduziu *O Livro dos Espíritos* em 1875, ofereceu um exemplar da obra para Bezerra de Menezes que, a partir de então, tornou-se um simpatizante do kardecismo (Damazio, 1994; Wantuil, 2002). Em 1883, ele passou a colaborar com o jornal *Reformador*, escrevendo artigos em que rebatia as críticas feitas pela Igreja Católica contra o espiritismo. Quando a FEB foi fundada, em 1884, Bezerra de Menezes não quis se inscrever entre os sócios fundadores, apesar de já ser um colaborador do movimento espírita brasileiro, só decidindo tornar pública sua adesão à doutrina em 1886, quando foi realizada uma série de conferências públicas sobre o espiritismo patrocinada pela FEB.

Em 1889, Menezes foi eleito pela primeira vez presidente da FEB, e iniciou as sessões públicas de estudo metódico de *O Livro dos Espíritos* (Giumbelli, 1997). No

entanto, foi levado a renunciar no ano seguinte devido a disputas internas entre os grupos filiados à FEB, sendo substituído pelo também médico Dias da Cruz. Quando da instalação dos Serviços de Assistência aos Necessitados, que incluíram a criação dos gabinetes de receituário mediúnico, Bezerra de Menezes trabalhou ativamente como médium receitista e dizia ser capaz de diagnosticar as enfermidades que afligiam seus pacientes através do auxílio espíritos de médicos “desencarnados”. Atuou também em diversas sessões de desobsessão na FEB como médium doutrinador, ou seja, aquele que tinha o papel de “evangelizar” e corrigir moralmente o espírito que atacava os pacientes que sofriam de alienação mental.

Em 1895 foi novamente eleito presidente da FEB, num período em que esta passava por uma série de disputas internas e sofria uma grave crise financeira. Apesar das dificuldades, conseguiu fazer cessar as disputas internas e reorganizar as finanças da entidade. Bezerra de Menezes faleceu em abril de 1900 em decorrência de complicações relativas a uma congestão cerebral que sofrera em dezembro de 1899 (Wantuil, 2002, p. 235).

Desde que se convertera ao espiritismo, Bezerra de Menezes foi um colaborador freqüente do jornal *Reformador* e de outros órgãos de divulgação do espiritismo ligados aos grupos espíritas cariocas. Além disso, escreveu uma série de romances espíritas como forma de propagar a doutrina de Kardec. Do ponto de vista da divulgação do kardecismo, o livro mais importante de Bezerra de Menezes foi *A Loucura sob Novo Prisma – estudo psíquico-fisiológico* (1895). Neste livro Menezes buscava identificar dois tipos distintos de alienação mental. O primeiro tipo, chamado por ele de “loucura científica”, seria aplicado aos casos em que se podia identificar uma lesão cerebral como causa da alienação. Quando este quadro clínico pudesse ser determinado, a loucura seria resultado de um estado patológico do cérebro. No entanto, o autor também buscava tratar dos casos em que não se podia detectar nenhum tipo de lesão cerebral que explicasse a causa da loucura. Segundo ele, constatado este fato, ficaria claro que a loucura não era resultado apenas de um caso patológico invariável, mas sim um fenômeno de duplo caráter: um material, que indicaria alguma lesão no corpo físico do alienado, e um imaterial, nos casos em que não houvesse lesão. A esse tipo de alienação mental em que nenhum tipo de lesão podia ser detectada, Menezes e os espíritas denominavam de “loucura por obsessão”.

Para Bezerra de Menezes, assim como para os espíritas em geral, o cérebro não era visto como o órgão “produtor” do pensamento, e sim apenas o órgão “transmissor” deste. Como afirmava, já na introdução do livro: “(...) *o pensamento é pura função da alma ou espírito, e, portanto, que suas perturbações, em tese, não dependem de lesão do cérebro*” (Menezes, 2002, p. 7). Para o kardecismo, o “corpo espiritual” era o responsável por animar e controlar o “corpo físico”; dessa forma, para os espíritas, quando algo afetava a origem natural do pensamento – o espírito – este poderia se apresentar perturbado e incompreensível. Neste caso, como o espírito é entendido como um corpo imaterial, a fonte da perturbação só poderia ser também de natureza imaterial, o que levava o autor a afirmar que a loucura: “(...) *pode ser, também, resultante da ação fluídica de Espíritos inimigos sobre a alma ou Espírito encarnado no corpo*” (Menezes, 2002, p. 9).

O autor de *A Loucura sob Novo Prisma* afirmava que, para os casos de loucura produzida por lesão cerebral, ele não tinha nada a acrescentar, e que dela deveria se encarregar a medicina oficial. Por outro lado, para os casos de loucura por obsessão, ele procurava indicar qual seria a causa, apresentar os sintomas, oferecer os elementos para um diagnóstico diferencial e apontar qual a melhor forma de tratamento.

Para curar a possessão espiritual dos pacientes alienados, Bezerra de Menezes propunha que fosse realizada uma “doutrinação” do espírito obsessor, que por vingança ou inimizade procurava prejudicar o obsidiado; para isso considerava necessária a realização de uma sessão de desobsessão. Nessa sessão era primeiramente invocado o “guia espiritual” do paciente, que tinha a função de identificar o espírito obsessor. No estágio seguinte, os médiuns presentes na sessão esperavam que a “entidade obsessora” se manifestasse através da sua incorporação entre um deles. Quando se manifestava, o atormentador era solicitado a fornecer informações diagnósticas, através da representação das dores e aflições pelas quais ele sofria e que o levava a atacar o obsidiado. Após esse momento, os médiuns e o presidente da sessão iniciavam um tratamento moralizante do obsessor, com o intuito de demovê-lo de suas ações e inculcar-lhe um sentimento de piedade e compreensão para com o obsidiado. Atingida esta etapa e realizada a doutrinação do obsessor, a cura era declarada (Menezes, 2002).

Ao se aproximar de escolas de pensamento que se desenvolveram fora dos meios acadêmicos, como a homeopatia e o mesmerismo, que se preocupavam em compreender os mecanismos de adoecimento do ser humano, o espiritismo conseguiu produzir um corpo conceitual próprio para explicar a relação entre saúde, doença e loucura que tornava estes fenômenos inteligíveis para a população brasileira do período, fato que explica a enorme frequência com que era procurado o serviço do receituário mediúnico da FEB. Para se ter uma idéia, segundo o *Reformador*, somente no ano de 1914 foram aviadas mais de 640.000 receitas de remédios homeopáticos, distribuídos pela farmácia da instituição, e que eram prescritas pelos médiuns receitistas. Como forma de comparação, no ano compromissal de 1912 – 1913 a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro aviou pouco mais de 710.000 receitas².

Outro ponto a ser destacado com relação à bibliografia acerca da história do espiritismo no Brasil é que, como resultado do fato de as principais teorias espíritas acerca do processo de adoecimento e de cura de um indivíduo terem sido desenvolvidas em meados do séc. XIX, juntamente com o estabelecimento da proibição da prática do espiritismo pelo Código Penal de 1890, fizeram com que a maior parte dos textos sobre história do espiritismo no Brasil se concentrassem no período que vai do final do séc. XIX até as primeiras décadas do séc. XX. No entanto, a prática desenvolvida por grupos espíritas de construir instituições para tratamento de alienados que utilizavam técnicas de desobsessão mediúnica se manteve comum até meados do séc. XX. Em sua tese de doutorado intitulada *Medicina e Religião no espaço hospitalar* (2004), em que busca compreender as relações entre diferentes agentes terapêuticos que nos dias de hoje utilizam simultaneamente terapias religiosas e médicas numa instituição hospitalar dirigida por um grupo espírita em São Paulo, Rodolfo Puttini aponta para o fato de que, somente neste estado foram criadas, entre os anos de 1930 à 1950, instituições para o tratamento de alienados dirigidas por grupos espíritas em sete municípios paulistas (Puttini, 2004, p. 74). Devido a fatores próprios da imagem da loucura produzida pelo universo cultural brasileiro, enquanto outras práticas de cura espiritual foram gradativamente sendo abandonadas pela população durante a primeira metade do séc. XX como, por exemplo, a do receituário

² Dados retirados do livro *Assistência Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil). História e Estatística*. Rio de Janeiro. Tipographia do “Anuario do Brasil”, 1922.

mediúnico cujo serviço foi encerrado pela FEB em 1942, após um declínio gradual e constante da procura por receitas aviadas pela instituição a partir da década de 1920, os grupos espíritas continuaram a construir e a inaugurar instituições que ofereciam um tratamento espiritual da loucura até meados do séc. XX.

Naquele período de nossa história, a psiquiatria se encontrava situada numa posição marginal em relação ao restante do campo médico, encontrando entreves para explicar o funcionamento de grande parte dos transtornos mentais de acordo com a lógica da medicina organicista e anatomofisiológica (Venancio, 2003; Medeiros, 1977). Com isso, o campo da medicina mental se encontrava relativamente vulnerável a teorias concorrentes que conseguissem produzir uma explicação para os processos de enlouquecimento que, mais do que a cura, pudessem oferecer um sentido para o fenômeno da loucura e da doença dentro do universo cultural nacional. Nesse sentido, nem mesmo os médicos se encontravam imunes aos discursos produzidos fora ou em oposição ao conhecimento acadêmico, como era o caso da doutrina espírita e de sua explicação para os processos de adoecimento e de cura dos indivíduos.

Desta forma, este trabalho se propõe a investigar como foi construída, no Brasil, uma forma de terapêutica e de saber de orientação kardecista sobre a loucura, tomando também como aspecto a ser investigado a percepção e o posicionamento da classe médico-psiquiátrica diante desse saber, que era, e ainda é embora que de forma menos contundente, seu concorrente pela hegemonia do tratamento da loucura e do louco. Destaco, neste estudo, os pontos de aproximação e de afastamento que podem existir entre as estratégias de atuação dessas duas propostas de intervenção sobre este mesmo objeto.

Nesse sentido, este trabalho se propõe a investigar o modelo espírita de definição e tratamento da loucura e os efeitos que esta produção conceitual produziu no interior da própria classe médica. Também pretendo analisar como se deu o estabelecimento de instituições destinadas à internação de alienados, dirigidas por associações de doutrina espírita e possuidoras de um modelo próprio de tratamento.

Ao propor a investigação do problema social gerado pela loucura e pelo louco, pretendo enfatizar o seu aspecto multidimensional, isto é, enquanto fato social capaz de criar diferentes análises e soluções conceituais por grupos heterogêneos de atores sociais que irão inscrevê-la dentro de seus sistemas próprios de significação e de entendimento.

Mesmo possuindo modelos explicativos diferenciados, estes grupos apresentam uma mesma capacidade de produzir intervenções, desenvolver políticas, administrar instituições de internamento e tratamento, mobilizar diferentes setores da sociedade civil e estabelecer alianças com o poder público.

Com o objetivo de realizar uma análise mais consistente sobre este tema realizou-se um recorte histórico e geográfico que situa este trabalho dentro de alguns parâmetros. Desta forma, o período a ser pesquisado concentra-se na primeira metade do século XX, na região do sudeste brasileiro. Foi durante a primeira metade do século XX que o debate entre médicos favoráveis e contrários ao espiritismo ocorreu de forma mais intensa, tendo sido publicado um maior número de trabalhos de natureza acadêmica, e também de artigos de jornais, onde os atores sociais envolvidos procuravam apresentar e defender seus pontos de vista acerca da perniciosidade, da validade ou das possíveis contribuições que a utilização do referencial terapêutico proveniente das formulações espíritas poderia oferecer ao saber médico acadêmico em relação à loucura, sendo particularmente escassos os textos produzidos sobre este tema antes e depois deste período proposto.

Com relação ao recorte geográfico, embora tenha sido possível observar a fundação de instituições espíritas para o tratamento de enfermos e alienados em outros estados do Brasil fora da região sudeste, como, por exemplo, o Hospital Espírita de Porto Alegre inaugurado em 1926, foi possível identificar que o estabelecimento destas instituições ocorreu de forma mais acentuada na região sudeste. Também foi entre os médicos localizados nesta região, particularmente nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, que o debate em torno do espiritismo tomou maior fôlego.

Com relação à estrutura geral da tese, esta foi organizada em três seções de dois capítulos cada. Na primeira seção, procurou-se reconstruir a trajetória de constituição tanto da psiquiatria quanto do espiritismo de orientação kardecista, além de ser analisada a recepção das teorias e dos postulados provenientes de ambos os campos no território brasileiro, na passagem do século XIX para o XX.

No primeiro capítulo dessa seção, procuramos realizar uma análise do nascimento da psiquiatria européia e dos fatores sociais, políticos, culturais, técnicos e institucionais que levaram um determinado grupo de médicos a se dedicarem ao estudo da loucura e do louco de forma a constituírem uma nosografia, uma etiologia e uma forma de tratamento

específico para as perturbações mentais. Como o objetivo deste trabalho não é realizar uma análise exaustiva da constituição da psiquiatria moderna, optou-se pela seleção de alguns personagens-chave e das contribuições que os mesmos ofereceram à consolidação do campo da medicina mental tanto na Europa como no Brasil. Procuramos demonstrar também como foi realizada a recepção brasileira às principais teorias psiquiátricas provenientes, principalmente, do continente Europeu, e a forma como elas participaram do debate acerca da construção de um projeto de nação no Brasil.

No segundo capítulo, procuramos analisar como se deu o surgimento do movimento espiritualista moderno nos Estados Unidos e na Europa e, particularmente, da doutrina espírita desenvolvida em território francês por Alan Kardec, visto que foi o espiritismo de orientação kardecista que se desenvolveu de forma mais intensa no Brasil. Ênfase especial foi dada à visão de mundo e de corpo produzidas pelo espiritismo, bem como à sua forma especial de entendimento e tratamento da loucura. Por fim, observamos como foi realizada a aproximação conceitual entre o espiritismo e outras escolas do pensamento europeu, particularmente o mesmerismo e a homeopatia, que também se desenvolveram fora do círculo acadêmico.

Já no terceiro capítulo, o primeiro da segunda seção, procurou-se realizar uma análise do debate desenvolvido entre os médicos opositores e os favoráveis ao espiritismo kardecista. Foram analisados os textos publicados por médicos pertencentes aos dois grupos envolvidos nesse debate, além das discussões ocorridas no interior das sociedades médicas brasileiras, principalmente nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, sendo que o objetivo foi o de observar como se deu o desenvolvimento das elaborações argumentativas apresentadas por ambos os grupos como forma de validar seus diferentes pontos de vista.

No quarto capítulo, realizamos uma descrição dos principais métodos de tratamento derivados do espiritismo – os passes espirituais, o receituário mediúnico e as sessões de desobsessão – que foram desenvolvidos pelos grupos espíritas nacionais. Devido à ênfase colocada no caráter caritativo de sua doutrina, os grupos espíritas brasileiros procuraram constantemente produzir instituições que pudessem oferecer algum tipo de tratamento para as enfermidades que atacavam grande parte da população brasileira no período. Normalmente desenvolvendo técnicas de cura derivadas das formulações espíritas acerca dos processos de saúde e de adoecimento dos indivíduos, estas instituições foram

constantemente atacadas pelos médicos opositores ao espiritismo. Neste capítulo, enfocamos especialmente a análise dos relatos de caso dos pacientes internados no Sanatório Espírita de Uberaba, feitas pelo médico Inácio Ferreira em seus livros, como forma de avaliar como os preceitos da doutrina espírita eram utilizados para informar os métodos de tratamento desenvolvidos naquela instituição.

Na terceira seção deste trabalho será realizada uma análise mais detalhada do sanatório Espírita de Uberaba. O quinto capítulo realiza uma ligeira análise da história do município de Uberaba, procurando-se enfatizar quais os fatores econômicos, políticos, sociais e culturais que podem nos ajudar a compreender como se deu o processo que levou ao surgimento de uma instituição de tratamento de alienados desenvolvida por grupos espíritas numa cidade do Triângulo Mineiro, observando-se também como se deu a organização do movimento espírita nesta região do interior do Brasil.

Finalmente, no sexto e último capítulo, analisamos os prontuários de internamento do Sanatório Espírita de Uberaba. O objetivo específico desta etapa do trabalho foi o de analisar como as estratégias terapêuticas espíritas eram transportadas para o interior de uma instituição de tratamento de alienados. Demonstramos o modo como a doutrina espírita foi conjugada às práticas psiquiátricas, sendo utilizada para balizar e informar os profissionais que atuavam no interior do Sanatório, servindo como referência na utilização dos métodos de tratamento da loucura empregados cotidianamente no interior daquele estabelecimento. Após esta etapa, seguem as considerações finais.

Capítulo 1 – O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA E SUA INTRODUÇÃO NO BRASIL.

1.1 O nascimento da psiquiatria.

O médico alienista francês Philippe Pinel é normalmente considerado o fundador da psiquiatria moderna (Shorter, 1997; Bercherie, 1989). Mesmo tendo atuado numa época em que outros médicos e filantropos, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, procuravam defender a necessidade de uma reformulação humanitária da assistência aos loucos, Pinel foi alçado a um papel de destaque na história da psiquiatria por ter introduzido uma distinção metodológica fundamental em relação aos seus pares quando introduziu a observação e o registro sistematizado dos quadros de alienação mental dos pacientes colocados sob seu cuidado (Ackerknecht, 1968).

Simpatizante do movimento revolucionário francês de 1789, Pinel foi nomeado, em agosto de 1793, médico das enfermarias do Hospital de Bicêtre, que naquela época, seguindo a tradição comum dos Hospitais Gerais europeus, abrigava entre sua população desempregados, mendigos, vagabundos, desordeiros, sífilíticos e insanos. No período anterior à Revolução Francesa já havia se tornado uma prática comum dos diretores dos Hospitais Gerais a nomeação de médicos para atuarem nessas instituições, tendo como objetivo tratar das doenças que atingissem essa diversificada população de internos (Foucault, 1999). Esses médicos deveriam visitar regularmente cada uma das casas utilizadas para o internamento dessa grande população de marginais. No entanto, segundo Foucault: *“O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”* (Foucault, 1999, p. 49).

De acordo com o Édito Real que criou o Hospital Geral de Paris em 1656, ficava determinado, pelo seu artigo XIII, que os diretores deste estabelecimento passavam a ter o poder de autoridade, direção, administração, comércio, polícia, jurisdição, correção e punição, tanto internamente quanto externamente ao asilo, sobre todos os pobres de Paris. Como forma de oferecer garantias a esse poder, o mesmo Édito, em seu artigo XII,

colocava à disposição da direção do estabelecimento uma razoável quantidade de instrumentos coercitivos, como por exemplo, golas de ferro, prisões e celas, para que sua autoridade pudesse ser plenamente exercitada (Foucault, 1999, p. 49).

A criação do Hospital Geral, seguido da criação de estabelecimentos similares na Europa, como as *Workhouses* inglesas, estava ligada às políticas de forte repressão da mendicância que se espalharam pelo continente europeu durante os séculos XVII e XVIII. O esfacelamento da ordem feudal e o desenvolvimento do capitalismo mercantil tiveram como resultado um aumento do fluxo de pessoas que se deslocaram do campo para os centros urbanos em busca de trabalho. No entanto, as exigências colocadas pelas nascentes manufaturas não puderam ser cumpridas pela maioria das pessoas que, desempregadas, passaram a abarrotar as cidades, constituindo uma ameaça à ordem pública. Como forma de resolver este problema o poder central destas nações européias procurou estabelecer uma larga rede de repressão aos indigentes, que passaram a ser vistos como uma constante fonte de ameaça à ordem social. Resende, ao analisar o mesmo período histórico, comenta que, na França, os trabalhadores que se recusavam a trabalhar recebiam o mesmo tratamento dos soldados desertores. Na Inglaterra do final do século XV, os ociosos podiam ser punidos com a prisão a troncos, onde deveriam permanecer acorrentados por três dias e noites (Resende, 1997, p. 24).

Acompanhando Foucault, Resende aponta para o fato de que o controle social da loucura realizado na Europa, durante essa fase de sua história, estaria ligado à instituição de medidas legislativas validadas pelo poder soberano da monarquia. Essas medidas se referiam à repressão da ociosidade e da mendicância e tiveram como resultado a criação das casas de correção, dos hospitais gerais e das *Workhouses*. Como era difícil ao louco se encaixar no processo produtivo da nascente manufatura ou em algum outro tipo de atividade laboriosa, ele era indiscriminadamente recolhido a essas instituições como mais um inválido para o trabalho, sendo, assim, associado à classe dos vagabundos e ociosos.

Com a crise do sistema monárquico no final do século XVIII, juntamente com os movimentos do iluminismo e do liberalismo econômico, a validade do internamento da mendicidade nesses grandes estabelecimentos de reclusão passou a ser questionada. Tornava-se necessário defender a liberdade individual dos sujeitos, ao mesmo tempo em

que, para os objetivos econômicos do liberalismo, era importante que a população pudesse se empregar livremente no mercado de trabalho. Os hospitais gerais passaram a ser então duplamente criticados, tanto por serem uma representação do poder despótico do monarca e um atentado às liberdades individuais dos cidadãos, quanto pelo fato de servirem de abrigo aos vagabundos e desempregados, que não deveriam contar com nenhum tipo de “assistência” pública que os encorajasse a permanecerem afastados do processo produtivo.

No entanto, o louco não se encontrava entre os beneficiados dessas críticas ao sistema asilar, já que o insano dificilmente poderia ser empregado no processo produtivo no qual as manufaturas assumiam uma importância econômica cada vez mais relevante. Por ser considerado como privado do uso da razão, o louco não estaria habilitado a gozar plenamente de sua liberdade individual enquanto não fosse livrado de sua perturbação mental. Como resultado destas características diferenciais do louco, a legalidade de sua seqüestração nestas grandes instituições de internamento nunca chegou a ser realmente questionada. Para a loucura, a manutenção do asilo continuava a ser uma necessidade.

Com a derrubada do poder monárquico pelo processo revolucionário, uma importante peça do mecanismo administrativo que regulava a internação dos alienados, a *lettre de cachet*, foi abolida. Esse dispositivo político, por ser uma representação do autoritarismo real, não poderia ser restabelecido na nova forma de organização social que deveria ser criada a partir da ruptura revolucionária (Castel, 1978).

A *lettre de cachet*, ou “ordem do rei”, era um dispositivo do poder real que podia ser outorgado por intermédio do ministro da Casa Real por meio de uma solicitação realizada tanto pela família de um alienado, como por iniciativa de alguma autoridade pública. Esse segundo grupo era constituído, em Paris, pelos chefes de polícia e, nas províncias, pelos intendententes. A autoridade pública poderia até mesmo realizar a interdição do louco por iniciativa própria quando ele perturbasse a ordem pública, mas essa interdição era provisória e só passava a ter um aspecto legal definitivo depois da obtenção da *lettre de cachet*.

Segundo Castel, a maioria dessas “ordens do rei”, nove décimos do total, era resultado de uma solicitação realizada pela família do alienado diretamente ao ministro da Casa Real. Mediante uma petição, a família apresentava as justificativas que a levava a

solicitar o internamento de um de seus membros, mais comumente um perturbador da ordem familiar. Se a solicitação fosse atendida, o insano se tornava uma espécie de prisioneiro de sua família:

O poder real desempenhava, assim, um duplo papel. Munido das prerrogativas do executivo ele intervinha para salvaguardar a ordem pública contra as perturbações causadas pelos insanos. Porém, freqüentemente ele era intermediário e um regulador no exercício do poder correcional das famílias (Castel, 1978, p. 23).

O internamento de alienados também poderia ser realizado por meio de solicitações dirigidas ao Poder Judiciário. Nesta situação, as famílias solicitavam o internamento a um juiz, que se encarregaria de recolher testemunhos, interrogar os autores da solicitação e, por fim, interrogar o próprio “acusado” acerca de sua loucura. Após a realização desse processo, o juiz poderia, ou não, decidir pelo internamento da pessoa acusada de insanidade. Devido aos altos custos envolvidos nestes processos e a publicidade dos debates, a solicitação do internamento realizada pelo Poder Judiciário era relativamente pouco empregada pelas famílias que desejassem se livrar de seus membros mais incômodos. Segundo Castel, as sequestrações de alienados realizadas pela via judiciária no Antigo Regime francês representariam em torno de 25% do total de casos (Castel, 1978, p. 24).

Pode-se ver que a abolição das *lettres de cachet*, representantes do poder e do arbítrio real, criou um importante problema político, haja vista que esse dispositivo era o principal regulador dos mecanismos de repressão da loucura na França, que possibilitava a realização de uma mediação política entre o Poder Real e outros segmentos da sociedade francesa, sendo a família o principal deles. Com a instauração da sociedade contratual, determinada pelo processo revolucionário e baseada no princípio da livre circulação de mercadorias e de homens, o insano passou a representar um problema para a nova legalidade burguesa, que havia desmontado as antigas formas de assistência pública. O dilema era constituído da seguinte forma: o indivíduo, por ser insensato, não podia ser responsabilizado judicialmente, conseqüentemente, não podia ser objeto de sanções. Devia, então, ser reeducado para ter condições de se encaixar no mercado de trabalho e no sistema produtivo. Mas, por perturbar a ordem pública, era preciso puni-lo. Como realizar esse controle e essa

tutela sem correr o risco de se cair no arbítrio e no autoritarismo, resquícios do absolutismo monárquico?

A Assembléia Constituinte, quando aboliu as *lettres de cachet*, apontou uma solução, ao determinar, em 27 de março de 1790, que:

As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogados pelos juízes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para esse fim (Castel, 1978, p. 9).

Nesse decreto, ficou legalmente estabelecido como se daria a nova forma de interdição e controle do louco pela sociedade francesa pós-revolucionária. A partir de então essa interdição seria realizada e justificada por um diagnóstico médico que determinaria a insanidade do louco, sendo esse parecer médico avalizado pelos representantes da justiça e das administrações locais. Dessa forma, tendo Pinel como seu principal representante, um setor da classe médica passou, a partir de então, a se debruçar sobre o problema da loucura, tomando para si a responsabilidade do seqüestro e tratamento da alienação, num processo que transformou gradualmente o louco em doente, a loucura em doença mental e o asilo em hospital psiquiátrico.

Para Robert Castel (1978), a medicina mental teria permitido ao Estado estabelecer uma gestão técnica dos antagonismos sociais ao apresentar essa solução para a administração da loucura ao Poder Público. Para esse autor, o conceito de administração da loucura se refere tanto à capacidade do governo de produzir soluções para o problema da legalidade do controle dos alienados, como à transformação desse problema, possibilitado pela intervenção psiquiátrica, numa “questão puramente técnica”.

Assim, o problema colocado pelo louco, configurado como um entrave para o estabelecimento de uma sociedade baseada nos conceitos do contrato social e da livre circulação de homens e de mercadorias, portanto um problema político, transformou-se num problema técnico-científico, cabendo ao médico a tarefa de realizar o diagnóstico do cidadão suspeito de ser portador de uma alienação mental e de, caso a alienação fosse confirmada, determinar o tratamento indicado, ou seja, a seqüestração do louco. Dessa forma, ocorreu um incremento do poder coercitivo do Estado, permitindo-lhe melhorar o

controle e a regulação dos grupos sociais marginais. A internação passou a ser determinada por um conhecimento técnico-científico, com valor legal – mesmo não possuindo estatuto jurídico – e, portanto, sem correr o risco de o Estado ser acusado de legislar arbitrariamente ou de ameaçar as instituições democráticas republicanas (Castel, 1978).

A partir dos pontos acima apresentados podemos perceber de forma mais clara como que a constituição da psiquiatria moderna e a construção de uma conceituação médica da loucura foram o resultado de:

(...) construções racionais, elaboradas pelo sujeito do conhecimento num determinado ponto de sua História, para responder a determinados problemas: técnicos, institucionais, sociais, político-econômicos e morais. Estas várias séries se cruzam, se interpenetram, se determinam, criando um campo problemático no interior do qual se forja um novo horizonte racional que torna possível um saber positivo sobre a loucura (Birman, 1978, p. 11).

Neste período histórico de grandes transformações sociais, o principal representante desta nova racionalidade médica da loucura foi Philippe Pinel. Filho e sobrinho de médicos, Pinel primeiramente recebeu o título de médico pela faculdade de Toulouse, tendo de lá se dirigido para Montpellier onde estudou por mais quatro anos na Faculdade de Medicina local, graduando-se em 1773, aos 28 anos de idade. Como foi relatado, Pinel foi nomeado médico do hospício de Bicêtre em 1793, instituição onde permaneceu por menos de dois anos por ter sido transferido para o hospital da Salpêtrière, onde permaneceria até a proximidade de sua morte, ocorrida em 1826. Além desses cargos públicos Pinel foi eleito membro da Academia de Ciências, em 1804, e foi membro da Academia de Medicina desde a sua fundação, em 1820. Foi também professor da Escola de Medicina de Paris, de 1794 a 1822, como professor adjunto das disciplinas de higiene e de física médica, ocupando posteriormente a cátedra de patologia interna (Oda e Dalgarrondo, 2007, p. 19).

Apesar de também ter publicado trabalhos que tratavam do desenvolvimento da clínica médica, principalmente no campo da nosografia e da semiologia das enfermidades, como no caso de seus livros *Nosografia filosófica ou o método de análise aplicada à medicina* (1798) e *A medicina tornada mais precisa e exata pela aplicação da análise* (1802), a obra mais influente de Pinel foi seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*, publicado pela primeira vez em outubro de 1800, onde ele apresenta

uma nosologia, uma etiologia e os métodos de tratamento próprios para a alienação mental (Oda e Dalgarrondo, 2007, p. 16).

Já na introdução de seu tratado, Pinel realiza uma análise crítica da história dos conceitos médicos sobre a natureza da loucura e de suas formas mais usuais de tratamento, desde os autores clássicos até o final do século XVIII. Pinel era particularmente crítico ao que ele denominava de empirismo exacerbado do tratamento médico da loucura, que consistiria no uso indiscriminado de purgativos, sangrias e vomitórios, métodos derivados da teoria humoral, empregados tanto no tratamento dos alienados quanto no dos enfermos comuns: *“Sugere Hipócrates que uma barreira eterna eleva-se entre o uso empírico dos medicamentos e a verdadeira ciência médica; quero dizer o estudo aprofundado do caráter e da marcha das doenças”* (Pinel, 2007, p. 47).

Assim, afirmando ter Hipócrates como inspiração, Pinel adere à idéia de que as enfermidades seriam o resultado direto de reações salutares desenvolvidas pelo corpo contra agentes perturbadores de seu equilíbrio natural. Como resultado destas proposições, Pinel vê a crise como uma etapa fundamental do desenvolvimento natural da doença, cabendo ao médico principalmente observar o seu desenrolar normal, intervindo o mínimo necessário neste processo, que culminaria com o retorno do organismo do enfermo à normalidade.

Essa formulação fica mais clara quando analisamos as considerações feitas por Pinel acerca da mania periódica regular, uma de suas categorias de alienação mental, caracterizada por ele como uma doença que possuiria um curso natural de desenvolvimento que terminaria por restabelecer a saúde do sujeito. Nos casos em que a cura total não ocorria, este fato era atribuído à existência de algum vício orgânico do paciente. Como resultado destas formulações de origem hipocrática, Pinel compreendia que os acessos de mania eram fundamentalmente salutares, afirmando que quando a crise era:

(...) plena de energia; excita-se frequentemente um ardor cego e uma agitação incoercível; o entendimento é arrastado por essa espécie de movimentos salutares e combinados. As funções do entendimento alteram-se, muitas delas ao mesmo tempo ou só parcialmente, e algumas vezes redobram sua vivacidade. É no meio desta tormenta tumultuosa que cessam as afecções gástricas ou abdominais, após uma duração mais ou menos prolongada; a calma se sucede e conduz geralmente a uma cura tão sólida quanto fora violento o acesso, conforme demonstram as observações reiteradas (Pinel, 2007, p. 95).

Outra importante influência para as elaborações de Pinel foi o trabalho desenvolvido pelo naturalista francês Georges-Louis Leclerc, o Conde de Buffon (Bercherie, 1989, p. 32). Baseando-se em seus métodos de observação, Pinel propunha que a classe médica passasse a adotar uma metodologia científica de trabalho, derivada do modelo da história natural, como uma estratégia para estabelecer uma conceituação moderna, racional e científica da loucura, que consistiria na observação e no registro detalhado dos fenômenos naturais. Como consequência dessas proposições, Pinel procurava se certificar de que seu tratado médico dedicado à loucura seguisse essas mesmas diretrizes e possuísse: “(...) *um certo progresso nas idéias, uma liberdade prudente e, sobretudo, o espírito da ordem e da pesquisa, que reina em todas as partes da história natural*” (Pinel, 2007, p. 68 e 69).

De forma similar à relação que o naturalista estabelecia com o mundo natural, registrando detalhadamente suas observações dos fenômenos naturais, Pinel defendia a proposição de que os hospitais e os hospícios passassem a ser compreendidos como os laboratórios fundamentais da classe médica, percebendo-os como os locais onde ela poderia realizar suas observações analíticas, de modo a estabelecer a história natural do desenvolvimento das doenças e determinar qual o tratamento mais apropriado para todas as espécies de enfermidades que atingiam a humanidade:

(...) é sobretudo nos hospitais e nos hospícios que a observação pode estender seus domínios, fazendo progressos sólidos na história e no tratamento de algumas doenças pouco conhecidas, já que podemos contemplá-las nesses lugares sob todas as suas formas e, reunindo fatos particulares, alcançar as verdadeiras características das espécies (Pinel, 2007, p. 98).

A proposta realizada por Pinel de utilização dos mecanismos da história natural para a observação da alienação mental, também tinha como finalidade estabelecer critérios objetivos de análise que permitissem ao saber médico realizar uma diferenciação dos diversos quadros clínicos da loucura, que até então eram usualmente reunidos sob o termo genérico da alienação mental: “*É um termo feliz, este de alienação mental, para expressar em toda sua extensão as diversas lesões do entendimento; mas importa antes de tudo analisar suas diversas espécies, considerá-las separadamente*” (Pinel, 2007, p. 161).

Essa tarefa de diferenciação era realizada a partir do agrupamento por similitude dos diferentes sintomas observados pelo médico durante a evolução do quadro clínico dos

pacientes. O resultado deste trabalho foi a elaboração, por parte de Pinel, de uma nosografia sintomatológica da loucura, onde as diferentes espécies de alienação mental foram agrupadas e descritas em cinco classes distintas: a melancolia, a mania sem delírio, a mania com delírio, a demência e o idiotismo (Pinel, 2007).

A primeira espécie de alienação descrita por Pinel em seu tratado é a melancolia, caracterizada pelo delírio exclusivo do enfermo sobre um objeto ou sobre uma idéia delirante, ou sobre um conjunto de objetos, que dominariam por completo a atenção e a vida mental do sujeito, mantendo-se a funcionalidade de todas as demais faculdades do entendimento humano. A dominação da idéia delirante poderia levar a um gradual estado de abatimento e de consternação, produzindo uma amargura do caráter e, em casos extremos, podendo chegar à total misantropia (Pinel, 2007, p. 170).

A segunda espécie é a mania sem delírio, que seria marcada por seu caráter contínuo, produzindo acessos periódicos de furor instintivo. Neste tipo de mania não ocorreria nenhuma alteração sensível das funções do entendimento humano, ou seja, não ocorreriam prejuízos do raciocínio, da percepção, da memória, da imaginação e do julgamento. O paciente seria tomado apenas por perversões das funções afetivas, com a manifestação de impulsos cegos de furor gerando atos violentos, sem a ocorrência de nenhuma idéia delirante que os justificasse (Pinel, 2007, p. 174).

A terceira classe seria compreendida pelas manias com delírio, que poderiam ser contínuas ou periódicas, apresentando retornos regulares ou irregulares dos acessos mentais. Ela seria marcada, tanto no aspecto físico quanto no aspecto mental do paciente, por uma viva excitação nervosa, com a ocorrência de lesões em uma ou várias funções do entendimento humano, e com a presença de emoções alegres ou tristes, extravagantes ou furiosas (Pinel, 2007, p. 177).

A quarta espécie de alienação mental era composta pela demência, caracterizada pela alternância ou rápida sucessão de idéias isoladas e do pensamento, com demonstrações de emoções superficiais, inadequadas e incoerentes, movimentos desordenados que aparentam uma falta de propósitos claros. Ela seria acrescida por atos contínuos de extravagância, incapacidade de se perceber os objetos através da mediação dos sentidos humanos. A faculdade de julgamento era prejudicada ou abolida, e o paciente apresenta o que Pinel caracterizou como uma “espécie de existência automática” (Pinel, 2007, p. 181).

Por fim, a quinta classe de alienação mental seria o idiotismo, descrita por Pinel como uma quase total obliteração das faculdades mentais e afetivas. Nela, o paciente apresentaria por vezes devaneios simples, com a manifestação de sons semi-articulados, muitas vezes não ocorrendo qualquer manifestação de idéias ou de alguma atividade mental aparente. Alguns seriam mansos, enquanto outros estariam sujeitos a acessos de cólera (Pinel, 2007, p. 186).

Além de seu quadro nosográfico, Pinel também estabeleceu uma etiologia da alienação mental, onde postulava uma concepção mista acerca das causas da loucura. Esta poderia ser o resultado tanto de fatores morais – como as paixões intensas e prolongadas, ou a experimentação de excessos de todos os tipos, decorrentes de uma educação pernicioso – quanto de causas físicas, derivadas de afecções hereditárias ou de doenças sistêmicas – como pancadas violentas na cabeça ou perturbações funcionais da região epigástrica.

Em sua tentativa de estabelecer as possíveis causas anatomopatológicas da alienação mental, Pinel realizou uma série de estudos anatômicos referentes à conformação do crânio e do cérebro de pacientes alienados, procurando observar se era possível estabelecer uma correlação entre alterações do formato do crânio com as classes específicas da alienação mental descritas em sua nosografia (Pinel, 2007, p. 149). Embora Pinel tenha chegado a perceber a existência de uma relação entre certas deformidades do crânio com determinados estados da alienação mental, particularmente com a demência e com o idiotismo, ele reconhecia que esta particularidade não era encontrada na maioria dos casos de loucura, notando que não havia uma deformidade aparente nos ossos do crânio ou lesões orgânicas anatomicamente identificáveis no cérebro de grande parte dos pacientes alienados (Pinel, 2007, p. 72).

Segundo Bercherie, Pinel reagiu à opinião médica mais corrente de sua época que procurava explicar a loucura como o resultado de uma lesão material do cérebro, rejeitando realizar uma ampliação generalizada para todo o universo das alienações mentais de resultados encontrados a partir da investigação de alguns casos isolados (Bercherie, 1989, p. 43). O alienista francês teria concluído então que, com exceção dos casos de idiotismo congênito, em que a malformação crânio-encefálica lhe parecia freqüente, a grande maioria dos casos de loucura encontrava-se isentas de lesões orgânicas do cérebro. Como conseqüência desta dificuldade de estabelecer uma etiologia anatomopatológica da loucura,

Pinel passou a se dedicar ao estudo mais sistemático do que ele considerava como as principais causas da alienação mental, os fatores morais.

Para Pinel os principais fatores morais da loucura, que estariam sempre em constante interação, seriam as paixões intensas e os excessos de todo o tipo. Nesse sentido, a alienação mental era caracterizada pelo alienismo francês do início do século XIX como uma incapacidade do sujeito de regular suas paixões, fato que o levaria a cometer todo tipo de excesso com o objetivo estrito de satisfazer cegamente seus impulsos, o que o levaria a apresentar comportamentos anti-sociais e anti-normativos (Birman, 1978, p. 33).

Utilizando como base o trabalho do médico britânico Alexander Crichton sobre a economia animal, Pinel postulava a idéia de que as paixões humanas, como o medo, o terror, a alegria e a tristeza, quando experienciadas de forma intensa ou contínua poderiam produzir uma perturbação das funções da economia animal, funções estas que tinham o papel de garantir a conservação de existência individual de um organismo e a perpetuação da sua espécie, através da reprodução e da proteção da prole (Pinel, 2007, p. 53).

No entanto, afastando-se das considerações de Crichton, Pinel atentava para o fato de que as características da vida em sociedade do homem europeu ampliariam o escopo das necessidades que poderiam ser percebidas pelos sujeitos como fundamentais para uma plena satisfação de sua existência. Desta forma, analisando os aspectos sócio-culturais que poderiam produzir um agravamento das paixões, Pinel afirmava que:

O autor inglês poderia ter acrescentado que a vida social e a imaginação ardente estendem quase sem restrições a esfera das necessidades relativas à existência, acabando por fazer entrar aí a estima dos homens, as honras, as dignidades, as riquezas, a celebridade e são esses desejos factícios que, sempre irritados e tão raramente satisfeitos, dão lugar freqüentemente à inversão da razão (...). Uma sensibilidade moral levada ao excesso torna tão insuportáveis os sofrimentos mais leves quanto as menores privações do prazer, e daí vem a extrema vivacidade dos desejos e as paixões mais violentas, caso se lhes coloque um obstáculo (Pinel, 2007, p. 54 e 55).

Numa outra tentativa de demonstrar como o meio social poderia exercer uma influência direta sobre as paixões humanas, relacionando suas turbulências a uma maior freqüência entre a população de casos de perturbação mental, Pinel chegava a afirmar que nenhuma outra época poderia ter sido considerada mais propícia para o estudo da mania e do papel das paixões no processo de produção da alienação mental do que o período da Revolução Francesa (Pinel, 2007, p. 76).

Como resultado dessas formulações acerca do papel preponderante desempenhado pelas paixões e pelos excessos nos processos de produção da alienação mental, a teoria alienista francesa do começo do século XIX postulava que a forma mais eficaz de se prevenir a loucura se daria através de um exercício constante da vontade, que funcionaria como uma instância reguladora da afetividade impedindo que um afeto considerado normal se transformasse numa paixão. Desta forma, o tratado de Pinel procurava apresentar os mecanismos de uma pedagogia da moral, que tinha como objetivo permitir ao sujeito discernir os afetos salutareos daqueles que poderiam levar ao desenvolvimento de um desequilíbrio mental, estabelecendo regras de temperança que pudessem garantir uma regulação apropriada da economia animal, vista como uma medida fundamental para a manutenção de uma vida mental saudável:

Que diferença imensa há entre esses ímpetos brincalhões de uma alegria convulsiva e as afeições calmas e profundas que se originam do exercício das virtudes domésticas, o cultivo dos seus talentos, sua aplicação a algum grande objeto de utilidade pública, o espetáculo imponente e majestoso das belezas da natureza (...). A alegria, como todos os meios de excitação nervosa, pode tornar-se perigosa por excessiva intensidade e produzir lassidão extrema, um estado de languidez, desfalecimentos, síncope ou uma apoplexia funesta (Pinel, 2007, p. 60).

Como forma de tratar dos casos em que essa perturbação dos afetos tivesse levado ao desenvolvimento de um quadro de alienação mental, Pinel defendia a utilização de um método terapêutico próprio, designado de *tratamento moral*, relatando em seu tratado os casos em que ele deveria ser empregado e descrevendo seus princípios fundamentais. Também eram apresentadas as estratégias que deveriam ser empregadas pelo alienista para conduzir os loucos a um pleno restabelecimento da razão.

Como vimos, Pinel asseverava que as turbulências descontroladas do ambiente social poderiam exercer uma forte influência sobre as paixões humanas, facilitando a formação nos indivíduos de um quadro de desequilíbrio mental. Assim, o confinamento e o isolamento do enfermo dentro do espaço asilar eram compreendidos como fundamentais para sucesso do sistema terapêutico de Pinel, pois possibilitavam o afastamento do alienado do ambiente tumultuado da vida cotidiana. Além disso, o isolamento asilar poderia oferecer melhores garantias de segurança tanto para o louco quanto para a sociedade, garantindo

ainda ao alienista o acesso a um ambiente controlado onde poderia realizar suas observações científicas de forma mais eficaz (Pinel, 2007).

A própria forma de organização interna do espaço asilar era vista como terapêutica por Pinel, podendo mesmo ser organizada a partir das espécies da loucura registradas por sua nosografia. Desta forma, os melancólicos deveriam ter acesso irrestrito às áreas limpas e agradáveis do hospício, adequadas ao cultivo de vegetais e que poderiam distrair sua atenção dos objetos mórbidos que a dominavam. Por outro lado, os maníacos em fúria e em “estado de extravagância”, como denominados por Pinel, seriam encaminhados para as áreas mais recolhidas do asilo, em locais silenciosos e sombrios, para que suas manifestações não atrapalhassem as atividades cotidianas da instituição, bem como para mantê-los num ambiente livre de estímulos que pudessem excitar sua imaginação (Pinel, 2007, p. 190).

O ambiente controlado do asilo também possibilitaria a plena realização do domínio físico do alienado nos momentos em que ocorressem manifestações de ataques de furor maníaco, períodos em que seus afetos descontrolados poderiam levá-lo a cometer todo tipo de “excesso” e a dar livre expressão a seus “caprichos extravagantes”. Nesse sentido, a função do asilo de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse o louco à razão através da imposição de uma forte disciplina interna e pela repressão controlada de suas manifestações de anormalidade, num ambiente ordenado e afastado das paixões da vida cotidiana (Oda e Dalgarrondo, 2007, p. 27). Para Pinel, o regime do tratamento moral tornava necessária a existência, no interior do asilo, de:

(...) um aparato impositivo que possa agir fortemente sobre sua imaginação [do alienado], convencendo-o de que toda resistência será vã; este é um dos grandes segredos dos hospícios que mantém a ordem, prevenindo acidentes funestos em casos imprevistos, concorrendo de forma poderosa para a cura da mania (Pinel, 2007, p. 87).

De acordo com os princípios do tratamento moral, a simples contenção física do paciente era vista como extremamente salutar para o seu tratamento, tendo como principal objetivo levar a vontade destemperada do alienado a um estado de submissão à vontade impositiva e controladora do alienista. Esta característica pode ser facilmente observada a partir da análise de um trecho de um relato de caso apresentado por Pinel, onde o mesmo afirmava que, durante o tratamento de um paciente maníaco, havia sido obrigado a:

(...) recorrer à força para fazê-lo [o paciente] entrar em sua cela à noite; ele está tão furioso que recorreremos às mais fortes amarras. Deixamo-lo assim exalar, nos dias seguintes, sua impetuosa fúria; sempre com extrema cólera; sempre com acessos de furor (...). Oito dias se passam neste estado violento, parecendo enfim entrever que ele não era senhor dos seus caprichos. Pela manhã, durante a ronda do chefe, assume o tom mais submisso (Pinel, 2007, p. 109).

Além das amarras e das camisas-de-força utilizadas para a contenção dos alienados, outros mecanismos terapêuticos propostos por Pinel para serem empregados nos momentos de acessos de furor maníaco dos pacientes incluíam a utilização de banhos, das duchas, do ópio, da cânfora e de outros medicamentos antiespasmódicos (Pinel, 2007, p. 96).

É preciso salientar, no entanto, que embora Pinel proponha a observância de uma disciplina estrita no interior do espaço asilar, defendendo a imposição firme de mecanismos de controle para a subjugação da vontade e das idéias delirantes dos alienados, o alienista francês mantém uma postura crítica com relação ao uso indiscriminado da força, como era comumente aplicada pelo corpo de funcionários dos hospícios de alienados como, por exemplo, o recurso a agressões físicas e ao uso de correntes de metal para conter os pacientes (Pinel, 2007, p. 111). Desta forma, para Pinel o exercício da força e da dominação só poderia ser empregado quando existisse uma justificativa terapêutica para tanto e que fosse, desta forma, validada pela sanção do médico alienista.

Como podemos observar o tratamento moral era apresentado por Pinel como sendo um conjunto de medidas terapêuticas que tinham a função de atuar diretamente sobre os afetos e sobre as funções do entendimento do alienado, com o objetivo de fazê-lo retornar à normalidade. Para que isso ocorresse o hospício era transformado em uma micro-sociedade normativa e pedagógica que, através da utilização de estratégias terapêuticas de dominação e intimidação, deveria ensinar ao alienado as formas adequadas de empreender suas atividades cotidianas no mundo social, respeitando as regras impostas pela vida coletiva (Birman, 1978, p. 372). Por fim, este processo terapêutico deveria ser conduzido por um médico alienista que exercesse plenamente sua autoridade no interior da instituição de tratamento, utilizando-se de inteligência e sabedoria para conseguir impor sua vontade racional sobre a vontade turbulenta do alienado, sem que fosse necessário o recurso a uma violência desmesurada, através da conjugação da firmeza irredutível com a filantropia humanitária (Pinel, 2007, p. 196).

O principal continuador da obra de Philippe Pinel foi seu discípulo Jean-Étienne Esquirol. Nascido em Toulouse no ano de 1772, Esquirol iniciou seus estudos nesta cidade, vindo a completá-los na Faculdade de Medicina de Montpellier, mudando-se para a capital francesa em 1799. Em Paris empregou-se no Hospital de Salpêtrière onde se tornou um dos discípulos favoritos de Pinel, sendo considerado por Bercherie como seu mais fiel e ortodoxo seguidor (Bercherie, 1989, p. 48). Além disso, Esquirol teria sido o principal articulador da lei francesa de 1838, em vigor até hoje, que reconhecia o direito à assistência e a atenção médica dos alienados.

Da mesma forma que Pinel, Esquirol definia a loucura como uma afecção cerebral caracterizada por distúrbios da sensibilidade, da inteligência ou da vontade. Embora considerasse que a alienação era o resultado de causas orgânicas tanto quanto causas morais, ele atribuía a essas últimas uma clara predominância, determinando que a loucura moral seria o resultado de um descontrole das paixões que levavam a produção de afecções cerebrais. Como resultado de sua definição da loucura, Esquirol argumentava que o emprego das técnicas do tratamento moral, da forma como foram preconizadas por Pinel, seria o método terapêutico mais eficaz para o combate à alienação mental. Ainda seguindo os passos de Pinel, Esquirol também propunha que a medicina mental empregasse as estratégias de observação e descrição das espécies utilizadas nas ciências naturais para que fosse possível se estabelecer uma nosografia apurada das perturbações mentais (Pacheco, 2003, p. 153).

Foi realizando trabalhos de aprofundamento no campo específico das observações clínicas que Esquirol deu sua maior contribuição ao campo da psicopatologia. Considerado um excelente observador, suas descrições clínicas são apresentadas de uma forma mais complexa que as de Pinel, sendo que ele ainda levou adiante a tarefa de analisar e distinguir em diferentes espécies os diversos quadros clínicos da alienação mental. Realizando adaptações ao quadro nosográfico proposto por Pinel, Esquirol ordenou a sua classificação psiquiátrica em quatro grupos distintos de alienações mentais: a idiotia, a demência, a mania e as monomanias.

Na categoria das idiotias permaneceram os quadros pinelianos de idiotia congênita ou adquirida desde a infância, que eram consideradas incuráveis. A idiotia adquirida na idade adulta foi agrupada por Esquirol ao grupo das demências. Nesse sentido, ele deu

continuidade à divisão etiológica da alienação mental entre as derivadas de uma causa orgânica claramente observável – como as idiotias congênitas, em que os alienados apresentavam vícios de conformação do cérebro – dos distúrbios mentais funcionais – que seriam derivados das perturbações das paixões. Esquirol chega mesmo a considerar que a idiotia não poderia ser considerada uma forma de loucura propriamente dita, já que ela: *“(…) não é uma doença, é um estado em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram ou não puderam desenvolver-se o bastante”* (Esquirol, apud Bercherie, 1989, p. 50).

A categoria das demências foi dividida por Esquirol em duas formas clínicas. Uma aguda e passível de cura, e uma forma crônica raramente curável e que compreendia tanto a demência senil como a demência crônica. Também caracterizou a demência como um enfraquecimento geral das faculdades cerebrais ligada a uma supressão da atenção voluntária.

Com relação à mania, ele a descreveu como um quadro de delírio total acompanhado de exaltação e caracterizando-a como uma alteração generalizada das funções do entendimento humano, como o raciocínio, a atenção e o julgamento. Desta forma, Esquirol excluiu desta classe a mania sem delírio de Pinel, que foi transformada em monomania.

Por fim, Esquirol criou a grande classe das monomanias, que agrupava todas as perturbações mentais que produzissem transtornos apenas parciais das funções do entendimento humano, com o paciente apresentando apenas uma afecção específica que constituía a enfermidade enquanto que suas outras funções mentais eram conservadas de forma inalterada. Esquirol agrupava nessa categoria tanto a melancolia, por ele rebatizada de lipemania, como a mania sem delírio de Pinel, o que o levou a declarar que o delírio parcial das monomanias poderia ter uma forma alegre ou uma forma triste. Assim, segundo Esquirol:

A monomania (...) divide-se naturalmente em monomania propriamente dita, cujo sinal específico é um delírio parcial com uma paixão excitante ou alegre, e em monomania caracterizada por um delírio parcial e uma paixão triste e opressiva (Esquirol, 2003, p. 159).

Desta forma, podemos notar como que, em linhas gerais, as posições de Esquirol em relação à alienação mental apresentavam uma grande conformidade de parâmetros com os postulados de Pinel, muito embora ele tenha apresentado uma reordenação da nosografia

pineliana de grande valor clínico e que serviu de referência à classe psiquiátrica por pelo menos um quarto de século (Bercherie, 1989, p. 52).

Durante essa preleção inicial, procuramos demonstrar como era definida a loucura de acordo com as formulações dos dois principais nomes do alienismo francês da primeira metade do século XIX. De um modo geral, foi possível observar como que a loucura era compreendida como sendo o resultado tanto de causas orgânicas quanto morais. As causas físicas estavam normalmente relacionadas aos casos de idiotia e de demência, quadros clínicos em que era possível estabelecer uma relação mais direta entre os sinais sintomatológicos da alienação e uma conformação defeituosa da caixa craniana ou do cérebro do paciente. Já as causas morais da alienação, vistas como predominantes em relação às causas orgânicas, poderiam ser derivadas tanto de paixões intensas e descontroladas como pela experimentação de todos os tipos de excessos que seriam motivados por costumes irregulares e hábitos perniciosos.

Devido à dificuldade de se determinar as bases anatomopatológicas da alienação mental, a nosografia psiquiátrica era normalmente estabelecida a partir da observação dos sintomas clínicos da alienação, esses sinais manifestos da loucura eram então agrupados de acordo com a sua similitude em classes específicas.

Por fim, o tratamento era aplicado com o objetivo de reconduzir o alienado à normalidade a partir da submissão de suas paixões à vontade racional do médico alienista. O hospital psiquiátrico desempenhava um papel de fundamental importância para que a cura do paciente pudesse ser alcançada, permitindo que o alienista dispusesse de um ambiente controlado para realizar suas observações clínicas e, assim, determinar qual tratamento seria o mais indicado para cada caso específico da alienação mental. Além disso, permitia realizar o afastamento do alienado do ambiente tumultuado da vida cotidiana, criando uma micro-sociedade normativa que teria a função de reeducar o paciente para que este pudesse controlar os seus afetos de uma maneira socialmente adequada.

No entanto, apesar da grande influência apresentada pelo trabalho de Pinel e Esquirol, o saber psiquiátrico europeu ainda passou por uma série de transformações de relevo durante a segunda metade do século XIX. Uma das mais importantes foi a incorporação do conceito de degeneração ao campo das teorias psiquiátricas.

Embora o conceito de degeneração não fosse estranho aos círculos acadêmicos europeus do século XIX, tendo Buffon já defendido a noção de que as espécies animais poderiam apresentar um processo de degeneração, tornando-se enfraquecidas e estéreis como uma consequência da exposição a ambientes inóspitos, a teoria da degeneração ganhou uma nova roupagem com a publicação, em 1857, do *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales* de Benedict-Augustin Morel.

Nascido na cidade de Viena em 1809, onde seu pai, um provedor do exército de Napoleão, havia temporariamente fixado residência, Morel iniciou sua educação num internato em Luxemburgo onde foi praticamente criado por um abade. A forte influência da religião católica em sua vida fez com que ele optasse por ingressar num seminário no início de sua adolescência. Este contato com a doutrina católica iria influenciar profundamente sua produção acadêmica posterior. Após abandonar o seminário, Morel mudou-se para Paris onde deu continuidade à sua educação, vindo a se formar em medicina no ano de 1839. Em 1841 foi empregado no hospício de Salpêtrière, onde se tornou assistente de Jean-Pierre Falret. Por fim, em 1856, foi enviado ao asilo de Saint-Yon assumindo o cargo de diretor da instituição, onde permaneceu até sua morte, ocorrida em 1873. Foi durante a época em que era diretor do asilo de Saint-Yon que Morel publicou suas obras mais influentes, o já citado *Tratado das Degenerescências*, de 1857, e o seu *Traité des maladies mentales*, publicado em 1860 (Serpa Júnior, 1998).

À época da publicação do *Tratado das Degenerescências*, o campo da psiquiatria se encontrava numa posição delicada em relação ao restante do conhecimento médico. Apesar de a medicina mental ter sido a disciplina responsável pela transformação da loucura em uma doença mental, ela encontrava dificuldades de se enquadrar na racionalidade médica do período, que cada vez mais se encontrava firmemente ancorada nos avanços da anatomia patológica. Este ramo da pesquisa médica gradualmente se transformava na base fundamental sobre a qual estavam se assentando tanto a clínica médica quanto a etiologia das enfermidades. Como aponta Birman: “(...) a doença mental propriamente dita não se enquadrou nas explicações lesionais, que se tornaram os princípios racionais que começaram a se estender para o conjunto das enfermidades tratadas pela Medicina somática” (Birman, 1978, p. 31).

Enquanto o restante da medicina passava a desenvolver uma nosografia das enfermidades baseada numa etiologia anatomopatológica, o alienismo de meados do século XIX continuava a produzir uma classificação sintomatológica da loucura, baseada nos sinais externos da alienação mental e derivada do modelo oferecido pela história natural. A frustração resultante da incapacidade de adequação da psiquiatria ao modelo utilizado pelo restante da medicina pode ser ilustrada a partir da seguinte afirmação de Esquirol: “*Neste ponto, cada um espera que nós vamos indicar a sede da loucura, que vamos fazer conhecer a natureza e a sede da lesão orgânica, do qual a loucura é a revelação. Nós estamos ainda bem longe desse fim*” (Esquirol, apud Birman, 1989, p. 56).

A tendência de se procurar reduzir os fenômenos mentais e as funções do entendimento humano a mecanismos corporais e anatômicos era resultante de uma tentativa da psiquiatria de se filiar a tradição acadêmica derivada das ciências da vida, que durante séculos vinham gradualmente procurando explicar os fenômenos da vida como sendo o resultado de mecanismos naturais derivados das leis da física e da química (Roger, 1986).

A predominância dada pela psiquiatria à observação dos sintomas mentais da loucura como o principal método de identificação e classificação das alienações mentais, característica que tornava este saber carente de uma precisão objetiva, fazia com que a medicina mental de meados do século XIX tivesse que levar em consideração os aspectos psicológicos e filosóficos dos fenômenos mentais, fato que a colocava numa posição de pseudociência que acabava por estabelecer uma disputa entre a psiquiatria e outros campos de saber. Podemos citar como exemplo, o caso da escola filosófica espiritualista francesa, que propunha que os mecanismos produtores dos fenômenos mentais obedeciam a leis puramente psicológicas, sendo que estas leis poderiam ser conhecidas através da introspecção, o que tornava desnecessária uma investigação médica dos fenômenos da mente (Serpa Júnior, 1998, p. 105).

Como resultado destas adversidades, a psiquiatria ocupava uma posição marginalizada em relação ao restante do saber médico. Como exemplo para este ponto, podemos citar o fato de que, durante boa parte do século XIX a psiquiatria se desenvolveu fora do meio acadêmico, não fazendo parte da formação regular dos médicos franceses até o ano de 1877, data em que foi criada a cadeira de patologia mental da Faculdade de Paris. Até esta data, o ensino da psiquiatria ocorria exclusivamente nos hospitais psiquiátricos, em

aulas práticas ministradas pelos alienistas e muitas vezes abertas à participação do público leigo (Serpa Júnior, 1998, p. 103).

Devido aos fatores expostos acima, o campo das ciências médicas, e particularmente os psiquiatras, acolheram com grande entusiasmo a teoria da degeneração de Morel. De uma maneira geral, a teoria da degeneração postulava, em sua concepção mais ampla, a existência de um tipo humano primitivo perfeito, que devido a uma série de fatores ambientais, sociais, físicos e morais, estaria sofrendo um processo gradual de decadência progressiva, transmissível hereditariamente aos descendentes, sendo que esta degradação progressiva só poderia ser revertida a partir da aplicação de uma estratégia de intervenção que cumprisse rigidamente as regras da higiene física e moral (Bercherie, 1989; Serpa Júnior, 1998).

Esta reformulação do conceito da degeneração, que originalmente estava ligada à idéia de Buffon da decadência de uma espécie animal como resultado de sua exposição a um ambiente hostil, foi transplantada para o campo da medicina, produzindo uma conceituação da degeneração como deterioração dos tecidos orgânicos, fenômeno que faria com que os órgãos saudáveis fossem gradualmente transformados em tecidos mórbidos (Bercherie, 1989; Serpa Júnior, 1998).

Esse registro “bio-antropológico” da teoria da degeneração também era utilizado por Morel para explicar a diversidade sócio-cultural encontrada entre os diferentes grupos humanos. Segundo esta interpretação, a capacidade que certas sociedades humanas apresentariam para a elaboração de culturas mais ou menos desenvolvidas estaria diretamente relacionado ao menor ou maior grau de degeneração física e moral de seus membros (Birman, 1978, p. 53).

Como foi dito anteriormente, a formação católica de Morel foi uma constante fonte de influência na produção de seus trabalhos acadêmicos. Neste sentido, a idéia da existência de um tipo primitivo perfeito estava intimamente associada à idéia cristã da expulsão da criação divina do paraíso, e Morel fazia questão de deixar clara a fundamentação teológica de todo o seu raciocínio:

A existência de um tipo primitivo que o espírito humano se compraz em constituir no seu pensamento como a obra-prima e o resumo da criação, é um outro fato tão conforme às nossas crenças que a idéia de uma degenerescência da nossa natureza é inseparável da idéia

de um desvio desse tipo primitivo, que traria em si mesmo os elementos de continuidade da espécie (Morel, apud Serpa Júnior, 1998, p. 41).

Assim, podemos notar como que concepções provenientes tanto do campo da ciência positiva quanto da religião e da especulação metafísica iriam ser conjugados por Morel para servir de fundamentação para sua teoria da degeneração.

Segundo Morel, a degeneração seria perceptível na espécie humana a partir da presença de estigmas físicos e morais que poderiam ser mais ou menos típicos. Mesmo que de forma um tanto vaga, Morel lista no seu tratado alguns dos caracteres físicos que seriam característicos da degeneração como a altura, formato do crânio, constituição da pele e dos cabelos e formato dos olhos, bem como qualquer tipo de deformidade física apresentada por um indivíduo. Já os caracteres fisiológicos da degeneração seriam observáveis em relação ao temperamento e a fertilidade dos sujeitos, já que a esterilidade era compreendida como um traço típico dos estágios mais avançados da degeneração. Por fim, também são apresentados os caracteres morais da degeneração, como a baixa capacidade intelectual, as inclinações morais e, principalmente, a loucura (Serpa Júnior, 1998, p. 42 e 43).

Ao instituir que a degeneração produziria uma deterioração mórbida dos tecidos orgânicos e que a loucura seria uma das suas principais formas de manifestação, detectável através de estigmas físicos observáveis, Morel reduziu o alienado mental à condição de um degenerado. Segundo Serpa Júnior, a partir de então, foi aberta a possibilidade de aplicação das formulações conceituais provenientes das ciências positivas na psiquiatria, levando-a a se aproximar do restante da ciência médica e das ciências biológicas além de, finalmente, permitir o estabelecimento de uma fundamentação orgânica para a loucura (Serpa Júnior, 1998, p 31).

A outra grande novidade possibilitada pela teoria da degeneração foi o estabelecimento de uma nosografia etiológica da loucura. Segundo Bercherie, embora tivessem ocorrido tentativas anteriores de elaboração de uma classificação etiológica da alienação mental, estas ainda teriam conservado, no plano clínico, uma nosologia similar àquela proposta por Esquirol (Bercherie, 1989, p. 108). Rompendo com a tradição dos sintomas da nosologia e da nosografia, Morel irá propor que a classificação das perturbações mentais passasse a ser organizada em função das causas da loucura e não mais em função dos sintomas clínicos ou dos desvios intelectuais ou morais dos pacientes.

Dando continuidade ao seu trabalho de desenvolvimento da teoria da degeneração e sua aplicação ao campo da medicina mental, Morel publicou, em 1860, o seu *Traité des maladies mentales*, onde procurou abandonar a nosografia esquiroliana. Desta forma, ele retirou o caráter organizador das categorias da mania, da melancolia e das monomanias, reduzindo-as à condição de meros sintomas da alienação mental. Segundo Morel, estes fenômenos não deveriam ser compreendidos como entidades mórbidas independentes, fato que justificaria sua utilização como um parâmetro definidor de uma classificação psiquiátrica, devendo ser considerados apenas como meros sintomas de uma entidade mórbida principal, resultante de um processo degenerativo. Nesse sentido, o delírio passava a ser compreendido como o sinal mais visível de um distúrbio das funções fisiológicas ou de uma lesão orgânica (Bercherie, 1989, p. 115). Morel propõe então uma classificação etiológica das moléstias mentais que comportava seis categorias: as alienações hereditárias, as alienações mentais por intoxicação, a alienação determinada pela transformação de certas neuroses, as loucuras simpáticas e a demência (Serpa Júnior, 1998, p. 112).

As causas da degeneração que poderiam levar ao desenvolvimento da alienação mental eram amplas e variadas, mas elas eram divididas por Morel em duas classes gerais: as causas predisponentes gerais e as causas predisponentes individuais, sendo que ambas ainda eram divididas entre as causas físicas e as causas morais.

Entre as causas gerais se encontrariam a hereditariedade, as influências religiosas, a civilização, as influências políticas, os costumes e a educação, as influências do clima, do solo e da higiene, a idade, o sexo e o estado civil. No entanto, deve-se levar em consideração que, dentre essas categorias, papel de destaque era dado por Morel à hereditariedade, considerada uma das peças fundamentais da doutrina da degenerescência. Segundo Morel os desvios mórbidos mais sutis que viessem a ocorrer num organismo eram passíveis de serem transmitidos hereditariamente para sua prole, num grau de agravamento progressivo que tornava cada geração subsequente mais incapaz que a anterior, produzindo uma decadência física e moral cada vez mais acentuada que tinha como destino final o cretinismo e a esterilidade.

Já as causas predisponentes individuais seriam as produtoras das verdadeiras aptidões para as doenças mentais, estando englobadas pela constituição psíquica e somática do indivíduo. Sendo apresentadas em um numero elevado, as causas predisponentes

individuais englobavam tanto causas físicas – como as febres, as infecções, a gravidez e a menstruação – quanto causas morais – como o pavor, as grandes decepções amorosas, a miséria, a solidão e o isolamento. Para Morel, essas causas predisponentes, dependendo da forma como estariam arranjadas num indivíduo, poderiam levar ao desenvolvimento de lesões ou de distúrbios mórbidos funcionais no organismo, que por sua vez produziriam a alienação mental (Serpa Júnior, 1998, p. 110). Vale ressaltar que as causas predisponentes da degeneração eram sempre tratadas sob o ponto de vista das relações inseparáveis que existiriam entre as causas físicas e as causas morais. Para Morel, era impossível tratar a questão da degenerescência sob um ponto de vista exclusivo, fosse ele físico ou moral.

Por fim, a teoria da degeneração também produziu uma mudança significativa no enfoque que passou a ser dado ao tratamento da alienação mental. Como a loucura era entendida como mais uma das diversas manifestações da degeneração, seu tratamento não deveria diferir das propostas terapêuticas apresentadas por Morel a todas as outras espécies da degenerescência e que estavam centradas nas indicações curativas e regeneradoras da higiene física e moral (Serpa Júnior, 1998, p. 51).

Como vimos, entre as causas predisponentes gerais e individuais apresentadas por Morel, espalhava-se uma ampla gama de fatores – ambientais, sociais, físicos e morais – que poderiam desencadear um processo degenerativo gradual. Dessa forma, o campo de atuação do alienista sofreu uma forte dilatação, resultante da amplitude e variedade de fatores presentes na vida cotidiana dos indivíduos, que passaram a ser encarados como possíveis produtores da degeneração. Conseqüentemente, ao lado da utilização dos métodos mais tradicionais do tratamento psiquiátrico, como a utilização de duchas e banhos frios, e da manutenção do tratamento moral na forma como fora proposta por Pinel, passou a ganhar força a interpretação de que o alienista deveria extrapolar sua atuação para fora do asilo, passando a ocupar-se também da higiene e da profilaxia dos aspectos físicos e morais da degeneração, contribuindo para a moralização da massa de degenerados que povoava o ambiente social. Assim, segundo Serpa Júnior:

Reunindo as observações que Morel faz acerca das novas dimensões que devem assumir a terapêutica, nos seus dois “Tratados”, constata-se que a ordem que originalmente deveria imperar no asilo, como um dos princípios do tratamento moral, é transposta para a escala da vida social. Os alienistas não são mais apenas implicados com a saúde mental dos pacientes que estão sob os seus cuidados no interior do asilo, mas devem assumir um compromisso com a saúde pública (Serpa Júnior, 1998, p. 121)

Após esta formulação inicial apresentada por Morel, uma das principais contribuições para o desenvolvimento da teoria da degeneração junto ao campo da psiquiatria foi realizada pelo psiquiatra Valentin Magnan. Filho de um marceneiro e nascido na cidade francesa de Perpignan em 1835, Magnan iniciou seus estudos em medicina na faculdade de Montpellier, continuando-os em Lyon e vindo a concluí-los em Paris. Foi aluno de Jules Baillarger e de Jean-Pierre Falret, recebendo o título de médico em 1866, aos 31 anos de idade. Foi nomeado médico-chefe do asilo de Sainte-Anne em 1887, considerado à época um dos mais modernos hospitais para o tratamento de alienados da França, onde permaneceu até o fim de sua carreira. Gradualmente, Magnan foi se tornando uma figura conhecida no meio psiquiátrico francês, chegando a ser considerado, ao final do século XIX, uma autoridade incontestável no campo de estudo das degenerações mentais (Coffin, 2003, p. 122).

Um primeiro ponto de diferenciação de Magnan em relação à Morel foi a retirada do caráter teológico do conceito da degeneração, transformando-o então num fenômeno exclusivo do campo das ciências biológicas. Nesse sentido, Magnan definia a degeneração da seguinte forma:

A degeneração é o estado patológico do ser que, em comparação com seus geradores mais imediatos, é constitucionalmente diminuído na sua resistência psico-física e só realiza incompletamente as condições biológicas da luta hereditária pela vida. Esta diminuição, que se traduz por estigmas permanentes, é essencialmente progressiva, salvo regeneração intercorrente; quando esta não acontece, culmina mais ou menos rapidamente na aniquilação da espécie (Magnan, apud Serpa Júnior, p. 139).

Pode-se notar no trecho citado acima que Magnan abordava a teoria da degeneração a partir de uma perspectiva já claramente influenciada pela biologia evolutiva darwinista e sua noção de sobrevivência do mais apto. Também podemos observar como Magnan caracterizava a degeneração como um desvio patológico de um indivíduo e não como um estado regressivo da espécie. Desta forma, a idéia do tipo original perfeito de Morel é descartada por ser considerada cientificamente inconcebível, já que para Magnan a evolução conduziria os membros de uma espécie a um grau sempre maior de perfectibilidade. Conseqüentemente, esta perfectibilidade deveria ser procurada não no

passado, mas sim no futuro da espécie, desde que nenhum obstáculo se interpusesse em seu avanço invariável rumo ao progresso (Serpa Júnior, 1998, p. 140).

Da mesma forma que para Morel, segundo Magnan as causas da degeneração seriam diversas e variadas, sendo divididas em duas classes de influências: as influências hereditárias e as influências adquiridas ou acidentais. Este tipo de distinção era importante por permitir a diferenciação entre os grupos dos hereditários e dos degenerados, na medida em que ela indica que os degenerados, ou seja, os que desenvolveram a degeneração durante o curso a sua existência, não seriam o produto de uma má-conformação congênita sendo, portanto, passíveis de serem submetidos a um tratamento regenerativo.

Como a preocupação de Magnan era a utilização do conceito de degenerescência para a compreensão dos processos de produção da alienação mental, as causas da degeneração também estariam relacionadas à etiologia da loucura. Conseqüentemente Magnan também a realizou uma divisão etiológica da loucura. Segundo Serpa Júnior, Magnan teria separado a alienação mental em dois grandes grupos: as alienações que acontecem nos hereditários e nos predispostos, por um lado, e as alienações acidentais na vida de um sujeito normal, por outro (Serpa Júnior, 1998, p. 141).

Embora Magnan admitisse que teria sido mais satisfatório realizar uma nosografia inteiramente etiológica da loucura, ele terminou por optar pela realização de uma classificação mista, contendo elementos etiológicos, anatomopatológicos e sintomatológicos, segundo Coffin, em uma tentativa de se adequar às querelas científicas e de atender a todas as necessidades do conhecimento psiquiátrico de sua época (Coffin, 2003; Bercherie, 1989).

Em sua classificação de 1882, Magnan procurou separar seu quadro nosográfico em dois grandes grupos, constituídos pelo grupo dos “estados mistos” e o grupo das “psicoses ou da loucura propriamente dita”. Os estados mistos, que compreenderiam as enfermidades mentais, situadas entre a patologia geral e a psiquiatria, reuniam os distúrbios mentais que tinham origem em alguma lesão orgânica do cérebro, como a paralisia geral, a demência senil e as lesões cerebrais focais. Contendo também as neuroses – como a histeria e a epilepsia, as intoxicações – como o alcoolismo e o saturnismo e, por fim, o cretinismo.

As psicoses ou as loucuras propriamente ditas foram divididas em dois grandes grupos, sendo o primeiro formado pela loucura dos degenerados. Já o segundo grupo

comportaria as psicoses que se desenvolveram em indivíduos predispostos para a loucura, mas que não apresentavam estigmas físicos da degeneração e cuja tara psíquica permaneceria latente. Este segundo grupo englobaria as classes psiquiátricas da mania e da melancolia, as loucuras intermitentes e o delírio crônico de evolução sistemática (Bercherie, 1989, p. 150 e 151).

O delírio crônico de evolução sistemática era um dos grandes eixos organizadores da classificação de Magnan, já que foi a partir dele que os outros quadros de delírios dos degenerados foram comparados em suas descrições clínicas e classificatórias. O que caracterizava esta psicose era o seu longo processo de desenvolvimento, que poderia durar de vinte a trinta anos, segundo Magnan, demonstrando uma longa resistência do enfermo à morbidade da doença, indicada por uma progressão regular e metódica dos sintomas que ofereceria uma evolução dividida em quatro etapas sucessivas bem demarcadas, compostas por um período de incubação, um período de perseguição, um período de grandeza e culminando na etapa final em que o indivíduo seria reduzido a um estado de demência (Oda e Dalgalarondo, 2000, p. 142).

Magnan afirmava que o delírio crônico de evolução sistemática apresentava-se com uma grande variação do conteúdo do delírio. Essa característica seria um resultado da influência direta que fatores como o meio social, a época histórica e a educação teriam sobre o conteúdo do delírio. Desta forma, era a estrutura geral de desenvolvimento da enfermidade, e não seus conteúdos, que definiam a entidade clínica e sua categoria classificatória (Bercherie, 1989, p. 153 e 154).

O delírio crônico de evolução sistemático permitia a Magnan utilizar o conceito de degeneração para explicar como um estado degenerativo poderia se instalar em um indivíduo predisposto que não apresentava, a princípio, nenhum estigma físico da degeneração, com a enfermidade desenrolando-se em estados cada vez mais avançados de decadência mórbida que atingiriam seu clímax com o desenvolvimento de um estado demencial no paciente.

Outro aspecto importante que pode ser observado na descrição apresentada por Magnan sobre o quadro clínico do delírio crônico sistemático relaciona-se a forma como ele foi categorizado, sendo apresentado como um quadro clínico de evolução contínua que fora isolado em seus estágios estruturais progressivos, formando assim uma entidade

mórbida precisa (Bercherie, 1989, p. 157). Este modelo de constituição de uma entidade mórbida a partir de sua evolução clínica seria uma das principais características do quadro nosográfico criado por Kraepelin.

Nascido em 1856, Emil Kraepelin iniciou seus estudos em medicina na cidade Würzburg. Foi discípulo de Wilhelm Wundt, tendo realizado um estágio em seu laboratório de psicologia experimental no ano de 1876. Apresentou sua tese na Universidade de Munique em 1878. No ano de 1886 assumiu o cargo de professor na Universidade de Tartu, na época conhecida como Universidade de Dorpat, uma das mais antigas e renomadas instituições de ensino do continente europeu e localizada onde atualmente é a Estônia, sendo ainda apontado para dirigir a clínica médica daquela universidade. Posteriormente, em 1891, foi convidado a ocupar a cadeira de psiquiatria na Universidade de Heidelberg. Finalmente, em 1917, fundou o Instituto Germânico para Pesquisa Psiquiátrica, onde procurou implementar seu projeto de transformar a clínica psiquiátrica numa disciplina médica baseada na ciência natural (Moreira e Peixoto, 1905; Pacheco, 2001).

A maior contribuição de Kraepelin para o campo da psiquiatria foi a elaboração do seu *Tratado de Psiquiatria*, considerado um dos pilares da psiquiatria moderna (Pereira, 2001, p. 127). Publicado pela primeira vez no ano de 1883, este tratado psiquiátrico foi editado oito vezes até o ano de 1915. Nesta obra, Kraepelin se utilizava do método tradicional de análise semiológica das patologias mentais para realizar a construção de entidades nosológicas precisas em conjunção a um sistema classificatório. Nesse sentido, o método de classificação por ele empregado estava baseado na observação e descrição dos quadros clínicos dando, no entanto, especial atenção à evolução das enfermidades mentais.

Por considerar que os avanços ocorridos no campo da anatomia patológica, bem como nos campos da etiologia e da clínica, eram insuficientes para oferecer isoladamente uma fundamentação segura para a elaboração de uma classificação psiquiátrica precisa, Kraepelin se propôs a utilizar os recursos oferecidos conjuntamente por estes três campos da medicina para a elaboração de sua nosografia. Ao realizar a apresentação da tradução para o português do quadro nosográfico presente na sétima edição do tratado de Kraepelin, os psiquiatras brasileiros Juliano Moreira e Afrânio Peixoto fazem a seguinte observação acerca da estratégia de organização nosológica desenvolvida por Kraepelin:

Em sua excelente introdução a parte clínica de seu tratado analisa ele as bases sobre as quais tem sido estabelecidas as classificações de moléstias mentais: a anatomia patológica, as causas e os sinais clínicos; mostra a insuficiência dessas bases tomadas isoladamente e conclui que somente o quadro de conjunto dos casos clínicos seguidos em sua evolução do começo ao fim da moléstia pode fornecer elementos necessários ao seu agrupamento com os fatos análogos (Moreira e Peixoto, 1905, p. 205).³

Desta forma, Kraepelin se propunha a descrever a “história natural” das enfermidades mentais através da observação semiológica de sua evolução clínica, recorrendo às análises etiológicas e anatomopatológicas quando estas se mostrassem pertinentes. Em seus trabalhos se pode notar sua preocupação em analisar a evolução e o desfecho do processo mórbido, bem como observar a realização de uma descrição minuciosa dos fatos clínicos através da narrativa de casos exemplares que, serviriam para estabelecer uma nosografia precisa das doenças mentais (Kraepelin, 2001).

Por fim, no campo propriamente etiológico, Kraepelin realizou na sexta edição de seu tratado (1899) uma distinção considerada clássica entre as doenças mentais de origem endógena, que seriam constitucionais e congênitas, daquelas que teriam uma origem exógena, que seriam adquiridas durante a vida do indivíduo e teriam uma origem degenerativa (Bercherie, 1989; Oda e Dalgarrondo, 2004). Segundo Bercherie, no entanto, elas não formavam pares opostos de causalidade, devendo ser consideradas como grupos seqüenciais em que a predominância passava progressivamente de um elemento causal para o outro (Bercherie, 1989, p. 169). Nesse sentido, embora rejeite tanto a classificação de Morel quanto sua definição da degeneração como causa exclusiva da alienação mental, é possível notar a influência do pai da teoria da degeneração na etiologia de parte das patologias mentais apresentadas por Kraepelin em seus tratados.

Durante esta etapa do trabalho procurou-se realizar uma revisão resumida de alguns dos principais autores e teorias que influenciaram a formação do campo psiquiátrico brasileiro e internacional durante pouco mais de um século, do período que vai do final do século XIX até o início do século XX. Observamos as causas políticas, econômicas, sociais, culturais e técnicas que levaram a emergência de uma preocupação propriamente médica da loucura, bem como os esforços dos atores sociais envolvidos neste processo em adequar o conhecimento alienista e psiquiátrico aos outros ramos do conhecimento médico e das

³ Em todas as citações de textos anteriores à primeira metade do século XX, foi realizada apenas uma atualização ortográfica, mantendo-se a sintaxe como no original.

ciências naturais. Utilizando prioritariamente o método de observação clínica, estes atores procuraram construir quadros nosográficos precisos, determinar a etiologia da alienação mental e indicar as formas mais eficazes para o seu tratamento, numa tentativa, nem sempre bem sucedida, de produzir uma inteligibilidade acerca do fenômeno do enlouquecimento que o reduzisse a uma racionalidade médica. Vejamos agora como se deu o processo de construção de uma atenção médica da loucura no Brasil e as possíveis influências exercidas por esses autores e suas teorias na formação do campo psiquiátrico brasileiro.

1.2 A formação da psiquiatria no Brasil.

Segundo os autores da história da psiquiatria no Brasil, uma preocupação propriamente médica do problema da assistência e da administração social da loucura aparece pela primeira vez no Brasil, no relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1830 (Engel, 2001; Machado, 1978; Oda e Dalgarrondo, 2006). Nesse documento era feita uma denúncia das formas de tratamento oferecidas ao louco pelo poder público na cidade do Rio de Janeiro. Nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, onde parte dessa população era recolhida, os loucos ficavam acorrentados em celas expostas aos passantes, chegando-se a utilizar o “tronco dos suplícios” como forma de punir os mais agitados. Além disso, o hospital da Santa Casa era considerado insalubre e inadequado para atender a grande demanda por seus serviços que era requisitada pela população necessitada da capital do Império. O relatório também denunciava o fato de os alienados se encontrarem espalhados por várias instituições, como as casas de correção e o Asilo de Mendicidade, que não estavam equipadas para oferecer o tipo de atendimento exigido pela sua condição particular. Assim, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro levantava a necessidade de construção de um estabelecimento destinado exclusivamente à reclusão dos alienados, onde eles pudessem receber um tratamento de acordo com os preceitos médicos e científicos do período, necessidade resumida na palavra de ordem que lançava a campanha pela construção de um hospício de alienados: aos loucos o hospício (Amarante, 1982).

Os médicos da Sociedade de Medicina começaram a criticar fortemente a forma como os loucos eram tratados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Seguindo essa

tendência, o Dr. Luiz Vicente De-Simoni publicou, em 1839, um artigo na Revista Médica Fluminense, intitulado *Importância e Necessidade da Criação de um Manicômio ou Estabelecimento Especial para o Tratamento de Alienados*, no qual criticava a forma como os loucos eram tratados na Santa Casa (Teixeira, 1997, p. 52). Defendendo a necessidade de se oferecer um atendimento médico apropriado para essa categoria de sujeitos, De-Simoni descreveu vividamente como deveria ser organizado o funcionamento de um moderno hospício de alienados:

(...) local espaçoso, arejado, no meio do campo, com ruas de árvores para o livre exercício dos doidos e com água corrente para os banhos frios, que são de tanta necessidade no curativo da loucura! Ali não há prisões, nem pancadas, nem divertimento para os visitantes e curiosos; há, pelo contrário, vigilância ativa e inteligente de guardas fiéis, sob a direção de médicos caritativos (De-Simoni, apud. Machado et al., 1978, p. 379).

Pode-se observar claramente na proposta do Dr. De-Simoni a influência das formulações de Pinel e Esquirol acerca da necessidade de se recolher o alienado a uma instituição que permitisse a realização do seu afastamento de uma meio social turbulento. Além disso, sua crítica às formas violentas de se lidar com a loucura aliada a sua recomendação de que louco deveria ser tratado por médicos caritativos e funcionários vigilantes assemelhavam-se às recomendações feitas por Pinel sobre o tipo de comportamento que deveria ser empregado profissionais encarregados do tratamento direto dos alienados (Pinel, 2007).

No entanto, não eram apenas desejos caritativos que incentivavam os médicos a reivindicarem a criação do hospício. Em 1835, reforçando a argumentação da necessidade do poder público realizar um maior controle das populações e dos espaços urbanos, Xavier Sigaud, um dos médicos fundadores da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, publicou um artigo no *Diário de Saúde da Sociedade de Medicina* intitulado *Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro*. Nesse artigo, apesar de indicar problemas ligados à manutenção de alienados abastados em casas particulares, apontava que as principais questões relacionadas às atribuições da Câmara Municipal no tocante aos alienados diziam respeito ao livre trânsito deles pelas

ruas da cidade, realizando também críticas acerca da situação em que se encontravam os loucos recolhidos ao hospital da Santa Casa de Misericórdia (Apud Teixeira, 1997).

Dessa forma, os loucos merecedores de receberem a tutela do Estado por meio do internamento em instituições por ele criadas ou financiadas, eram principalmente os classificados como indigentes e que não possuíam recursos suficientes para serem tratados privadamente por suas famílias. Sigaud se perguntava: *“Por que medidas a Câmara Municipal pode prevenir a presença de doidos nas ruas? Por que meios coercitivos pode impedir que eles sirvam de divertimento aos que transitam?”* A resposta ele mesmo oferecia: *“Só existe um: é a fundação de um hospício de doidos, ou o estabelecimento de uma casa de saúde, primeiramente em ponto pequeno, e que gradualmente se vá aumentando”* (Sigaud, apud Teixeira, 1997, p. 51).

Como foi visto na França, a criação dos hospícios foi o resultado de um processo político de reformulação da figura do louco – e do indigente, transformado em cidadão – por meio da criação de instituições democráticas e liberais que, se terminam por reinscrever o louco num espaço de internamento, passaram a fazê-lo a partir da produção do seu estatuto de enfermo que necessitava de cuidados médicos. No Brasil, por outro lado, a criação do hospício foi o resultado de acordos realizados entre as elites como forma de reforçar o poder imperial que se encontrava enfraquecido após a conturbada fase da Regência (Teixeira, 2000, p.84 e 85). Esta diferença entre as experiências francesa e brasileira de constituição do hospício como uma espaço privilegiado de reclusão e tratamento da loucura também é ressaltada por outros autores: *“A trajetória que culminou com o decreto de 1841 foi uma sucessão de sugestões aceitas, bem encaminhadas e sancionadas pela instância máxima do governo imperial”* (Machado, 1978, p. 429).

Segundo Heitor Resende, as circunstâncias que levaram a emergência da loucura e do louco à situação de problema social, que justificavam as propostas de criação de instituições especiais com a função de controlá-los e assisti-los, estão relacionadas com a necessidade social de reprimir grupos de indivíduos que não puderam se adaptar à ordem social e econômica brasileira de meados do século XIX (Resende, 1997). Esses grupos eram constituídos principalmente pelos homens livres e pobres que, devido à onipresença da mão-de-obra escrava e da conseqüente definição do trabalho como atividade pejorativa, não se mostravam dispostos a se sujeitar a qualquer tipo de atividade produtiva, podendo

ser caracterizados como uma anomalia e como uma ameaça à lógica do sistema de trabalho escravagista. Esses grupos formavam o que Caio Prado Jr. (1983) denominou de “*a casta numerosa dos vadios*”. Como podemos ver, essa situação guarda mais semelhanças com o cenário social que levou à constituição dos hospitais gerais e às *Workhouses* na Europa do século XVII, em que grupos sociais marginais passam a ser vistos como uma ameaça à paz social e uma constante fonte de desordens, do que com o contexto republicano francês pós-revolucionário.

Alguns autores ressaltam que, diferentemente da Europa do século XVII, o Brasil de meados do século XIX vivia em plena vigência de uma sociedade rural pré-capitalista que, teoricamente, seria pouco discriminativa em relação à experiência da loucura (Medeiros, 1977). Essa particularidade seria explicada pela característica do desenvolvimento acelerado da cultura cafeeira que, a partir de meados do século XIX, produziu uma crescente concentração de terras nas mãos de grandes proprietários rurais, principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Essas grandes propriedades, que privilegiavam o emprego da mão-de-obra escrava, acabaram por levar à destruição das pequenas propriedades rurais, que produziam gêneros alimentícios de consumo local ou atendiam ao mercado interno das províncias. Assim, os pequenos proprietários:

(...) eram às vezes englobados, pelo latifúndio, mas em outras vezes, transformavam-se em ‘trabalhadores livres’ que procuravam as cidades que a pequena indústria incipiente não conseguia incorporar. Daí se tornavam candidatas à doença mental e aos hospícios que iam aumentando a sua população (Saide, 1980, p. 51).

Dessa forma, a “casta dos vadios” tornava-se gradualmente uma fonte de alarme para as elites urbanas e sua turbulência era uma fonte constante de preocupação para as autoridades públicas. Holloway, ao realizar um estudo das atividades policiais na cidade do Rio de Janeiro durante o século XIX, mostra que de um total de 1.676 prisões realizadas durante o ano de 1850, em 1.057 dos casos, os presos foram definidos como homens livres, ou seja, 63,1% do total de detentos. Essa mesma proporção sobe para 71,2% em 1865 (Holloway, 1997).

Incumbida da tarefa de reprimir a vadiagem, a polícia passou a recolher nas prisões essa população de vadios que, espalhando-se pelas cidades à cata de seu sustento,

transformou-se em uma fonte constante de ameaça à ordem social constituída e em obstáculo ao crescimento econômico. Prisões, casas de correção, asilo de mendicidade e porões da Santa Casa de Misericórdia tornaram-se os locais privilegiados de internamento e reclusão dessa população marginal.

No entanto, essa “casta dos vadios” não formava uma população homogênea, podendo-se encontrar, entre seus membros, a filiação a numerosos subgrupos, cada um deles sendo possuidor de características específicas. Assim é que, nas populações das prisões brasileiras, podiam-se encontrar os criminosos – subdivididos ainda entre condenados ou não – os bêbados, os arruaceiros, os mendigos e os loucos.

Vejamos quais eram as características especificadas desse último subgrupo: “*Nas ruas, a presença dos doidos se fará notar pelos seus grotescos andrajos, seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações dos passantes*” (Resende, 1997, p. 35). Devido às particularidades deste subgrupo da grande “casta dos vadios”, desde a década de 1830 alguns setores da classe médica nacional passaram a reivindicar a necessidade de que fossem criadas instituições especiais que pudessem ser encarregadas de realizar a exclusão social específica do louco.

As solicitações da medicina encontraram ressonância nas preocupações do provedor-geral da Santa Casa, José Clemente Pereira, que assumira o cargo em 1838. Surgia então uma figura com a influência política necessária para dotar a capital do Império com uma instituição específica para o recolhimento e assistência dos alienados. Político conservador, Clemente Pereira era uma importante liderança política do Império. Gestor da maioria do Imperador, deputado eleito por três Estados, ministro do Império no primeiro ministério e ministro da Guerra no Gabinete da Maioridade, foi ainda senador pelo Pará e presidente do Tribunal do Comércio (Machado, 1978).

Ao assumir a provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Clemente Pereira passou a propor mudanças em todos os estabelecimentos administrados pela Irmandade da Misericórdia. Como parte do projeto de reorganização das instituições assistenciais da Santa Casa, passou a propor a construção de um hospital onde pudessem ser internados os loucos que se encontravam precariamente recolhidos no hospital da Santa Casa (Oda e Dalgalarrondo, 2006, p. 39).

No entanto, o tom de sua crítica à situação dos alienados estava mais ligado a uma preocupação filantrópica do que propriamente médica. Ao comentar a situação das pacientes alienadas internadas no hospital da Santa Casa em seu Relatório de 1839, Clemente Pereira afirmava sentir:

(...) inexplicável aflição por nada ter podido fazer em benefício destas infelizes! Vivem encarceradas em estreitos cubículos, privadas de toda e qualquer vista, que até a do céu lhes é vedada, e do ar necessário para a vida, recebendo apenas uma escassa luz emprestada. Assim as desgraçadas vão caminhando para o cemitério, definhadas, tísicas ou hidróficas! (Pereira, apud Machado. 1978, p. 427).

Utilizando-se da posição de influência em que se encontrava, Clemente Pereira iniciou seus esforços com o objetivo de dotar a cidade do Rio de Janeiro de um hospício de alienados: com o apoio da Academia Imperial de Medicina criou uma subscrição pública, elaborou um projeto para arrecadar fundos que seriam destinados à construção do estabelecimento e encaminhou solicitações ao Imperador pedindo pela construção do hospício a ser administrado pela Santa Casa (Oda e Dalgarrondo, 2006, p. 39).

Atendendo às solicitações de José Clemente Pereira, em 18 de julho de 1841, pelo Decreto nº 82, o Imperador Pedro II aprovou a construção do hospício, batizando-o com seu próprio nome, tendo sido determinado, no mesmo Decreto, que a instituição ficaria sob a administração do provedor da Santa Casa de Misericórdia. Mais de dez anos depois, em 5 de dezembro de 1852, o hospício foi finalmente inaugurado, embora as obras tenham prosseguido até 1855 (Teixeira, 1997).

A partir do que foi exposto acima, pode-se constatar que a produção de uma instituição hospitalar brasileira que atendesse especificamente à população de alienados apresenta poucas similaridades com a experiência européia, particularmente a francesa. No Brasil, a constituição do hospício estava ligada apenas ao processo de controle social das populações urbanas marginais, não tendo também sido o resultado de um amplo debate político que tivesse como objetivo validar o estabelecimento de instituições democrático-burguesas. Foram essas características que levaram Manoel Teixeira a declarar: “*O Hospício nasce, no caso brasileiro, com cara de hospital geral europeu do século XVIII*” (Teixeira, 1997, p. 47).

No entanto, é importante ressaltar que, em mais um registro da influência do alienismo francês na elaboração das políticas nacionais de assistência aos alienados, o Hospício de Pedro II foi construído dentro de normas arquitetônicas consideradas apropriadas para a aplicação de uma terapêutica concebida a partir das recomendações do tratamento moral proposto por Pinel, sendo que seus estatutos foram organizados de acordo com o modelo definido pela Lei francesa de 1793, que havia sido originalmente elaborada por Esquirol (Oda e Dalgalarrondo, 2006, p. 39).

Por outro lado, como indica Teixeira, embora ocorresse no período uma significativa divulgação das noções do alienismo francês entre a classe médica brasileira o funcionamento asilar no Brasil precede o início de uma atividade psiquiátrica especializada formal e com reconhecimento institucional. Quando da inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852, as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia possuíam apenas uma cátedra de medicina-legal, sendo que a cadeira de clínica psiquiátrica e de moléstias mentais só viria a ser efetivamente criada em 1882, como resultado da reforma realizada na organização do ensino médico nacional (Teixeira, 2000, p. 86). Desta forma, não poderia ser inteiramente apropriado concluir que no Hospício de Pedro II fosse desenvolvida uma atividade psiquiátrica formal, já que não existiam psiquiatras formados no Brasil.

É necessário destacar também que durante as primeiras décadas de funcionamento do hospício de Pedro II, a administração ficou sob a responsabilidade das irmãs de caridade da Ordem de São Vicente de Paulo, que haviam sido transferidas do Hospital da Santa Casa para o estabelecimento poucos dias após sua inauguração. A esse grupo inicial foi posteriormente acrescentado um grupo de irmãs portuguesas, trazidas para o Brasil por Clemente Pereira para auxiliarem nas atividades internas da instituição. Originalmente as irmãs de caridade tinham como função fiscalizar o trabalho dos enfermeiros, as enfermarias, as salas de trabalho, a rouparia, a cozinha e a despensa. No entanto, gradualmente, as religiosas passaram a controlar totalmente o funcionamento da nova instituição (Machado, 1978).

O Regimento Interno de 1858 determinava que a responsabilidade pela administração do serviço econômico e a direção das enfermarias ficaria a cargo das irmãs de caridade. Tal fato iria levar o médico Dr. Nuno de Andrade, diretor do Hospício entre 1881 e 1882, a

tecer reiteradas críticas ao poder excessivo conferido às irmãs, o que acabava por lhe tolher a autoridade de clínico no interior do estabelecimento (Teixeira, 1997, p. 66).

Como resultado dessa situação, a classe médica passou a criticar energicamente a administração do Hospício e a ordem das irmãs de caridade, utilizando, inclusive, meios públicos, como jornais, numa tentativa de minar a influência que as irmãs exerciam na instituição.

O principal crítico desse modelo de organização interna do Hospício de Pedro II foi o médico e alienista, auto-intitulado “O Pinel Brasileiro”, João Carlos Teixeira Brandão. Formado em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, iniciou seu trabalho clinicando em Barra Mansa, de 1878 a 1880. No entanto, gradativamente, Teixeira Brandão começou a se interessar pelo tema da alienação mental, viajando para a Europa, onde se aperfeiçoou por conta própria na sua passagem pela Alemanha, França e Itália. Foi membro da Sociedade Médico-Psicológica de Paris e era alinhado às doutrinas médicas francesas (Oda e Dalgalarrodo, 2006).

Ao retornar para o Brasil, o Dr. Teixeira Brandão iniciou sua campanha para a reformulação do tratamento dos alienados no Brasil, com ataques direcionados principalmente à administração da Santa Casa e às Irmãs de Caridade. Para tanto, publicava artigos em jornais não especializados, nos quais criticava a ausência de um verdadeiro tratamento moral no Hospício, sua superlotação, a violência a que os doentes eram submetidos e a inexistência de qualquer registro estatístico ou trabalhos científicos. Além dessas críticas, Brandão também fez graves denúncias sobre o fato de o Hospício apenas admitir doentes pagantes, os que enlouqueciam no hospital da Santa Casa ou os apadrinhados de seu provedor (Teixeira, 1997, p. 69).

No ano de 1883, Teixeira Brandão passou a ocupar a cátedra de psiquiatria e moléstias mentais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo o primeiro titular da cadeira aprovado por concurso público. No ano seguinte, Teixeira Brandão foi nomeado médico do Hospício de Pedro II com o apoio do Barão de Cotegipe, que na época ocupava os cargos de provedor da Santa Casa e de presidente do Conselho de Ministros. Teixeira Brandão redigiu o famoso texto *Os Alienados no Brasil* em 1886, onde enumerava suas denúncias e apresentava suas reivindicações pela decretação de leis que amparassem os alienados e estabelecessem definitivamente uma direção médica do estabelecimento.

Contando com o apoio do provedor da Santa Casa, Teixeira Brandão foi nomeado diretor do Hospício de Pedro II em 1887, iniciando as remodelações administrativas que levariam à retirada do poder das Irmãs de Caridade e à afirmação da agenda médica para o Hospício. Uma primeira vitória de Teixeira Brandão nesse período foi a expulsão de um grupo de aproximadamente cinquenta órfãs que viviam no Hospício sob os cuidados das irmãs e auxiliando-as no serviço interno (Teixeira, 1997).

No entanto, foi somente com a proclamação da República, em 1889, que os médicos ganharam definitivamente o controle da administração do Hospício. Uma das primeiras medidas do Governo Provisório do Marechal Deodoro da Fonseca foi a aprovação do Decreto nº 146 A, de 11 de janeiro de 1890, que desanexava o Hospício de Pedro II da administração da Santa Casa, transformando-o em estabelecimento público com financiamento estatal e, ao mesmo tempo, mudava seu nome para Hospício Nacional de Alienados para adequá-lo à nova ordem política (Teixeira, 1997; Machado, 1978).

Logo em seguida, em 15 de fevereiro de 1890, foi aprovado o Decreto nº 206 A, que criou o serviço de assistência médico-legal de alienados da Capital Federal, formado pelo Hospício Nacional e pelas colônias de alienados de Conde de Mesquita e de São Bento, diretamente subordinadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. As colônias, situadas na Ilha do Governador, foram fundadas naquele ano e tinham como princípio terapêutico o emprego do trabalho como a principal medida de recuperação dos alienados. Ao serviço médico-legal também caberia o socorro aos enfermos alienados que necessitassem de auxílio público. Pelo Hospício Nacional, passariam todos os doentes admitidos pelo serviço e seriam internados os alienados pensionistas, enquanto as colônias ficariam destinadas exclusivamente à internação dos indigentes. O mesmo Decreto determinava que a direção do serviço seria ocupada por médicos (Machado, 1978).

Teixeira Brandão, já diretor do Hospício quando da proclamação da República, foi mantido no cargo e, posteriormente, em junho do mesmo ano, assumiu a direção da Assistência Nacional aos Alienados. Médico, republicano, liberal e anticlerical, Teixeira Brandão era a figura ideal para assumir a direção do serviço perante a nova ordem estabelecida pelo Governo Republicano de laicização dos serviços públicos. Em sintonia com a nova ordem, uma das primeiras medidas de Teixeira Brandão foi a expulsão das irmãs de caridade do asilo, substituindo-as por enfermeiras leigas (Saide, 1980).

Desta forma, com a proclamação da República, a colonização médica do Hospício pôde ser finalmente realizada em sua plenitude, mais de quarenta após a inauguração daquela instituição. Ao analisarem a história da institucionalização dos asilos para alienados no Brasil, iniciada a partir de meados do século XIX, Oda e Dalgalarrodo apontam para o fato de que não existia uma presença significativa de médicos nestes estabelecimentos até o período final do Império. Somente no início do século XX, com alguma dificuldade, os médicos teriam conseguido afastar as administrações leigas dessas instituições e que normalmente encontravam-se ligadas às Santas Casas ou a ordens religiosas (Oda e Dalgalarrodo, 2005, p. 986).

Na Bahia, por exemplo, o Asilo de João de Deus havia sido criado por iniciativa da direção da Santa Casa de Misericórdia de Salvador em 1874. No primeiro período de funcionamento do asilo, este ficou sob a responsabilidade de uma direção médica que havia sido indicada pela provedoria da Santa Casa. Após uma série de atritos entre a classe médica baiana e a provedoria da Santa Casa, esta decidiu pela demissão do diretor, Dr. Anísio Circundes de Carvalho, estabelecendo em seu lugar uma direção leiga para a instituição. Essa direção leiga permaneceu à frente do asilo até 1912, ano em que o governo do estado tomou para si a responsabilidade de administração do asilo (Jacobina, 1982).

Era neste estabelecimento que outro médico que viria a exercer uma forte influência na formação da psiquiatria no Brasil, Raimundo Nina Rodrigues, realizava informalmente suas observações clínicas, que posteriormente seriam utilizadas para ilustrar seus argumentos em numerosos artigos em que procurava debater as relações existentes entre a formação racial, a degeneração, a alienação mental, a criminalidade e o projeto de formação da nação brasileira.

Nascido no Maranhão em 1862, Nina Rodrigues iniciou sua formação médica na Faculdade de Medicina da Bahia transferindo-se para a Faculdade do Rio de Janeiro quase ao final do curso, onde obteve o grau de doutor no ano de 1887. Em 1889 foi admitido como professor adjunto da cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia. Foi uma figura de grande influência na formação de vários médicos de relevo nacional como, por exemplo, Afrânio Peixoto e Arthur Ramos. Nina Rodrigues tem seu nome associado à formação de três campos de conhecimento no Brasil: a antropologia, a medicina legal e a psiquiatria. Foi influenciado pela teoria da degenerescência de Morel e,

principalmente, pela reformulação dessa teoria realizada por Magnan, sendo um importante divulgador da obra deste alienista francês no Brasil (Oda, 2000, p. 139).

A influência da teoria da degenerescência entre a intelectualidade brasileira havia criado um sério problema para o projeto de construção da identidade nacional no final do século XIX. Nos textos acadêmicos europeus que tratavam deste tema o Brasil era constantemente citado como o exemplo ideal da degeneração que ocorreria em países tropicais constituídos por uma população mestiça (Stepan, 2004, p. 336). Como o negro e o mestiço eram considerados primitivos e degenerados em relação ao homem branco europeu, os intelectuais brasileiros se viram obrigados a refletir sobre o possível destino de uma nação mestiça e tropical. Se por um lado existiram intelectuais que propunham o branqueamento da raça brasileira pela supressão do elemento negro através de um processo gradativo de miscigenação com o branco, considerado racialmente superior, esse otimismo parcial não parecia afetar Nina Rodrigues, que ao apoiar Magnan considerava o mestiço como a sede de todo desequilíbrio orgânico e social (Facchinetti, 2001).

Considerando que o cruzamento de raças diferentes implicaria sempre na degeneração física e mental dos seus descendentes, sendo ainda passível que esta degeneração fosse acentuada por fatores ambientais, Nina Rodrigues se recusava a crer na viabilidade do projeto de diluição progressiva do elemento negro entre a população brasileira, além de considerar questionável qualquer tentativa de desenvolvimento de uma civilização avançada num país formado por uma raça mestiça, degenerada e física e mentalmente desequilibrada. A crença no caráter pernicioso da miscigenação e a consideração de que o mestiço seria invariavelmente um indivíduo potencialmente degenerado e mentalmente desequilibrado pode ser observada na seguinte afirmação de Nina Rodrigues:

A mistura do sangue da raça branca com o da raça negra cria, em proveito dos mestiços, uma situação particular, ao lhes conferir uma indiscutível superioridade intelectual sobre os negros puros; de outro lado, neles agrava consideravelmente as condições de degenerescência psíquica (Rodrigues, 2004, p. 162).

Assim, segundo as concepções de Nina Rodrigues, o negro e o índio eram primitivos, o branco se degenerava por não conseguir se adaptar ao clima tropical e o mestiço, embora

pudesse ser intelectualmente superior ao negro, era instável e degenerado (Oda, 2004, p. 150).

Um claro exemplo dessas formulações e da influência que a psiquiatria de Valentin Magnan exercia sobre a obra de Nina Rodrigues pode ser encontrado em seu texto *A loucura epidêmica de Canudos* (Rodrigues, 2000). Publicado originalmente em 1897, este artigo foi elaborado pouco antes da conclusão do conflito de Canudos. Neste artigo, Nina Rodrigues realiza uma descrição minuciosa da história de vida de Antonio Conselheiro com o objetivo de avaliá-la em comparação com o modelo de desenvolvimento proposto por Magnan para o delírio crônico sistemático de Magnan. Para alcançar esse objetivo, ele realiza uma divisão da vida de Antonio Conselheiro em quatro fases, que seriam correlatas à evolução do delírio crônico sistemático conforme definido por Magnan (Rodrigues, 2000).

Demonstrando outros pontos de concordância com o alienista francês, Nina Rodrigues considerava que a estrutura de evolução do quadro clínico do paciente é que caracterizaria a enfermidade, e não seus conteúdos, visto que estes podiam variar de acordo com o meio em que o enfermo havia sido criado. Nesse sentido Nina Rodrigues afirmava que: *“É examinada por esse prisma que a caracterização do delírio de Antonio Conselheiro, no terceiro período da sua psicose progressiva, reflete as condições sociológicas do meio em que se organizou”* (Rodrigues, 2000, p. 146).

O artigo também procurava caracterizar a beligerância dos seguidores de Antonio Conselheiro, denominados de jagunços por Nina Rodrigues, como o resultado da manifestação de instintos atávicos e primitivos, que seriam característicos dos mestiços, onde os impulsos selvagens dos negros e índios se encontrariam precariamente refreados pela sua miscigenação com elementos da raça branca. Estas manifestações atávicas poderiam ainda se desenvolver mais facilmente como resultado do meio em que o indivíduo estivesse inserido. Desta forma: *“O jagunço é produto tanto mestiço no físico, que reproduz os caracteres antropológicos combinados das raças de que provém, quanto híbrido nas suas manifestações sociais, que representam a fusão inviável de civilizações muito desiguais”* (Rodrigues, 2000, p. 151).

Desta forma, podemos observar em Nina Rodrigues um propagador dos conceitos de degeneração, inicialmente formulados Morel, bem como das implicações que estes

conceitos poderiam ter quando aplicados ao campo psiquiátrico a partir da reformulação realizada por Magnan, além de ser um adepto das proposições do racismo científico (Oda e Dalgarrondo, 2004, p. 156). Ao compartilhar as produções conceituais desses autores europeus e transpondo seu arcabouço teórico para a realidade constitucional da população brasileira, relacionando a capacidade intelectual dos indivíduos a fatores como raça, miscigenação e degeneração, Nina Rodrigues apontava para a inviabilidade do projeto de construção de uma nação civilizada no Brasil.

Um dos principais contestadores das posições de Nina Rodrigues no campo psiquiátrico brasileiro foi o médico baiano Juliano Moreira. Nascido na Bahia em 1873, Juliano Moreira era mulato e proveniente de uma família com escassos recursos financeiros. Realizou sua formação na Faculdade de Medicina da Bahia onde obteve o título médico em 1891, aos dezoito anos de idade, com a apresentação da tese *Sífilis maligna precoce*. Cinco anos após sua formatura foi admitido na Faculdade de Medicina da Bahia como professor substituto da cadeira de Psiquiatria e Moléstias Mentais. Durante uma passagem pela Europa para se tratar de uma tuberculose, Juliano Moreira participou de cursos de psiquiatria e visitou asilo na França, Alemanha, Inglaterra, Itália e Escócia (Venancio e Facchinetti, 2005, p. 357).

Após retornar ao Brasil, Juliano Moreira assumiu a direção da Assistência aos Alienados e a gestão do Hospício Nacional de Alienados no ano de 1903, permanecendo no cargo de diretor do Hospício Nacional de Alienados até o ano de 1930. Defendeu e foi um dos principais responsáveis pela aprovação da lei de 1903, que reformulou a assistência aos alienados no Brasil. Mesmo não pertencendo aos quadros oficiais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ele recebia nas dependências do Hospício Nacional os internos para o ensino de psiquiatria, tendo desempenhado uma importante influência na formação de um considerável número de profissionais que viriam a ter participação marcante em diversas áreas da medicina brasileira, como por exemplo, Antonio Austregésilo, Franco da Rocha, Ulysses Vianna, Heitor Carrilho e Henrique Roxo (Oda e Dalgarrondo, 2001, p. 127).

Juliano Moreira foi ainda o principal responsável pela mudança de filiação do campo da medicina mental brasileira, afastando-a do alienismo francês e ao mesmo tempo em que realizava uma aproximação com a psiquiatria alemã. Embora Teixeira Brandão já houvesse

iniciado uma aproximação conceitual com a psiquiatria alemã, ao se utilizar, por exemplo, de algumas das categorias de distúrbios mentais apresentadas por Kraft-Ebing em seu modelo de classificação das doenças mentais de 1880 (Oliveira, 2003, p. 93), é somente com Juliano Moreira que essa aproximação irá realizar-se de forma direta (Oda e Dalgalarrodo, 2007, p. 43).

Membro fundador da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, em 1905, Juliano Moreira utilizou seu principal veículo de propaganda, os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, como um dos principais mecanismos de divulgação das concepções da escola psicopatológica alemã de Kraepelin (Oda e Dalgalarrodo, 2001, p. 127).

Foi através da primeira edição dos *Arquivos*, em 1905, que Juliano Moreira e Afrânio Peixoto publicaram o artigo *Paranóia e síndromes paranóides*. Este artigo pode ser utilizado como exemplo das divergências apresentadas por Juliano Moreira em relação aos conceitos de raça, miscigenação, degeneração e loucura, na forma como os mesmos eram interpretados por Nina Rodrigues. Mesmo que em nenhum momento do texto Juliano Moreira e Afrânio Peixoto cite diretamente o médico maranhense, a discordância entre os autores é explícita e facilmente identificável.

No texto propriamente dito, após discorrerem sobre a falta de consenso e uniformidade nos instrumentos de classificação da paranóia, os autores realizam uma crítica irônica do que eles consideram a utilização abusiva da teoria da degeneração conforme formulada por Morel e Magnan. Embora não venham a negar a existência da degeneração eles restringem acentuadamente sua influência. Assim. Segundo Moreira e Peixoto:

Esta doutrina de degeneração, desde que se apresentou a Morel, e veio nos tempos recentes se assenhorear da psiquiatria, não encontrou ainda senão submissões irrefletidas, que se vão sucessivamente imitando, por que é mais fácil pensar com os outros do que observar consigo mesmo. Longe de nós, seja dito logo, negar-lhe a verdade incontestável: ela existe, ela é profunda. A ela se deve grande parte de nossas misérias. Mas (...) a austeridade com que lhe esfumaçam as conseqüências, permitindo de um lado supor degenerada toda a raça humana, marcando-lhe, do outro, como destino inelutável, o hospital, o manicômio, a prisão, a esterilidade e a extinção, fazem crer que chegamos ao *finis hominis* irremediável (Moreira e Peixoto, 2001, p. 137).

Além dessa crítica direta à baixa especificidade científica do conceito de degeneração que acompanhava uma discussão bastante contemporânea na psiquiatria européia (Coffin,

2003), Juliano Moreira e Afrânio Peixoto também realizam uma crítica ao uso indiscriminado do conceito de hereditariedade como um instrumento de explicação etiológica para a quase totalidade das enfermidades, atribuindo a fatores psicossociais a primazia na produção das síndromes paranóides:

(...) a herança que explica a degeneração e outros malfeitos mais parece ter sido gravada de imaginárias culpas. Não há muito tempo todas as doenças eram hereditárias (...). Esquecemo-nos por completo do meio em que vivemos uma vida inteira de combates e reações incessantes, para tudo atribuir a umas tantas metafísicas da biologia ainda sem provas. A não ser compreendendo na expressão herança aquele sentido (sociológico), que mais pondera na gênese do adultério que a biológica, a não ser talvez estendendo mais ainda o conjunto de condições físicas e sociais ambientes (...), somos forçados a fazer aqui umas tantas restrições ao sentido estreito do conceito, sobre o assunto que nos ocupa (Moreira e Peixoto, 2001, p. 137).

É importante ressaltar que a crítica geral a esses conceitos – degeneração e hereditariedade – era resultante de sua freqüente utilização de forma pouco rigorosa, com cada um destes conceitos sendo utilizados indiscriminadamente para oferecer uma explicação etiológica de praticamente qualquer tipo de comportamento anti-social ou desviante, sem que existisse uma base científica que comprovasse a influência específica destes fatores para o real processo de produção de patologias mentais da população brasileira. Mas o ponto a ser destacado é que essas argumentações ilustram o processo de distanciamento das doutrinas da escola psicopatológica latina, particularmente a francesa, realizado pelos autores.

Segundo Oda e Dalgarrondo, outra demonstração da crescente aproximação do campo da medicina mental brasileira em relação à escola psiquiátrica alemã poderia ser observada a partir da análise dos textos escolhidos para publicação no primeiro ano de funcionamento dos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*. De acordo com estes autores a opção por publicar textos como *A classificação das moléstias mentais do Prof. Kraepelin* (Moreira e Peixoto, 1905); *A loucura maníaco-depressiva* (Peixoto, 1905); *Sobre a psicose maníaco-depressiva* (Franco da Rocha, 1905) e a tradução de um capítulo da obra *Die Psychiatrie*, publicada por Kraepelin em 1904, além de outros exemplos, ilustrariam a preocupação dos psiquiatras brasileiros em propagar o modelo de classificação psiquiátrico desenvolvido por Kraepelin (Oda e Dalgarrondo, 2001, p. 126).

No entanto, a influência alemã não ficaria restrita a publicação de artigos que procuravam reproduzir as observações e classificações alemãs das categorias da alienação mental ou a traduções de textos de psiquiatras alemães. Assim, segundo Venancio (2001) e Oliveira (2003), quando o Dr. Antonio Austregésilo propôs, durante uma reunião da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Ciências Afins que fosse criada uma comissão, com a finalidade de elaborar e apresentar um projeto nacional de classificação das doenças mentais para que este pudesse ser utilizado como uma base conceitual para a orientação das observações e dos registros estatísticos realizados nos hospitais psiquiátricos nacionais, o modelo classificatório adotado pela comissão formada pela Sociedade possuía uma clara influência da nosografia kraepeliniana (Venancio, 2001; Oliveira, 2003).

Além dessas reformas no campo propriamente teórico, que tinham como objetivo modernizar o campo da medicina mental no Brasil através de uma aproximação com a escola psiquiátrica alemã, Juliano Moreira também procurava ressaltar em seus textos a necessidade de que fosse realizada uma reforma na prática asilar nacional. Quando assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados procurou implantar essas reformas através da remodelação do corpo clínico da instituição, contratando especialistas em clínica médica, ginecologia, pediatria, oftalmologia, odontologia e neuropsiquiatria, procurou realizar uma melhoria na formação de enfermeiros e instalar laboratórios de anatomia patológica e de bioquímica (Oda e Dalgarrondo, 2001; Facchinetti, 2004).

Ao rejeitar a acentuada relevância que era dada ao conceito de raça e de hereditariedade como principal modelo explicativo para o quadro de degeneração e atraso apresentado pela população brasileira e, por outro lado, procurando enfatizar os aspectos psicossociais das patologias mentais e dos comportamentos anormais, Juliano Moreira atentava para a possibilidade de construção de um modelo de nação fundado no ideal de igualdade entre os indivíduos, alcançável pela elaboração de um projeto de regeneração nacional que tivesse como eixo organizador a melhoria das condições educacionais e a implantação de reformas sociais que levassem a uma melhoria do quadro de saúde da população brasileira. Nesse sentido, como aponta Venancio:

A adoção da ciência psiquiátrica de inspiração alemã coadunava-se assim com uma política consistente, de caráter preventivista, em que a atenção ultrapassava a atenção para com o indivíduo, adentrando o espaço social para sua normalização – uma normalização

diferenciada, entretanto, daquela produzida pela psiquiatria alienista (Venancio, 2003, p. 891).

Como resultado dessas transformações no campo teórico, a partir dos anos 20 o foco de atuação da psiquiatria brasileira iria deslocar-se no sentido de procurar realizar uma aproximação com os programas higienistas, através da formulação de propostas específicas ligadas ao campo da higiene mental (Facchinetti, 2004a). Um dos instrumentos criados para sustentar esse projeto preventivista foi a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada pelo médico psiquiatra Gustavo Reidel, em 1923, na cidade do Rio de Janeiro e que contava com o apoio de grande parte da elite médica brasileira do período, inclusive Juliano Moreira, que foi seu presidente de honra (Costa, 1989, p. 77).

A política assistencial fundada no ideário da higiene mental procurou elaborar campanhas de higiene mental junto à população, bem como reivindicar a criação de serviços ambulatoriais que pudessem atender preventivamente os potenciais pacientes das instituições psiquiátricas brasileiras, sendo que as principais propostas da Liga Brasileira de Higiene Mental para a realização desse projeto de regeneração do povo brasileiro eram: criação de colônias para o internamento de epiléticos e reformatórios para alcoólatras, projeto de assistência familiar, esterilização de degenerados, controle pré-nupcial e repatriação de imigrantes alienados (Costa, 1989).

Um das conseqüências desse novo modelo de atuação da medicina mental nesse período teria sido o abandono da defesa do grande hospício como modelo de assistência psiquiátrica, passando-se a dar prioridade à atuação preventivista como uma tentativa justamente de diminuir a superlotação observada nesses estabelecimentos, que passaram a ser criticados pela sua baixa efetividade terapêutica. Essa tendência só seria parcialmente abandonada a partir da gestão de Aduino Botelho, quando este assumiu, em 1941, a direção do Serviço Nacional de Doenças Mentais mudando o foco da atuação do governo federal para a condução das políticas de saúde mental que privilegiavam o modelo hospitalar associado à implantação de hospitais-colônia aliado ao atendimento ambulatorial.

No entanto é importante salientar que apesar de todas essas realizações, como a mudança de referencial teórico da psiquiatria nacional aliada a criação de sociedades científicas, como a Liga Brasileira de Higiene Mental ou a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, que produziram uma mudança de enfoque para as

políticas de saúde mental, a psiquiatria continuava a ocupar uma posição marginal em relação ao restante da medicina (Almeida, 2007; Medeiros, 1977; Venancio, 2003).

Uma possível explicação para esse baixo prestígio da psiquiatria frente aos outros campos do conhecimento médico esteja relacionada à forma como estava organizado o ensino de psiquiatria (Keide, 2000). Embora a cadeira de Psiquiatria e Moléstias Mentais tenha sido criada em 1881, as aulas eram ministradas no Pavilhão de Observação do Hospício Nacional, sendo facultativas e destinadas aos alunos do sexto ano de medicina. Além disso, a duração era de apenas um semestre e não havia exames para avaliar o aproveitamento dos alunos, apenas a frequência às aulas era exigida. Segundo Venancio:

Na condição de especialidade médica, a formação do psiquiatra estava bastante atrelada à prática desenvolvida na instituição (Hospício Nacional), e foi no hospício que a Faculdade de Medicina buscou psiquiatras para o ensino no espaço acadêmico (produzindo) uma marginalização social da psiquiatria no âmbito do conhecimento médico (Venancio, 2003, p. 892).

Esta situação só seria parcialmente contornada com a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), que desatrelou a pesquisa psiquiátrica científica da assistência aos alienados, decretando a autonomia da produção acadêmica em relação à produção de políticas públicas da área de saúde mental. Outra medida que visava valorizar o ensino da psiquiatria junto ao corpo acadêmico da Faculdade de Medicina foi a reforma empreendida por Maurício de Medeiros, em 1946, quando o curso de psiquiatria passou a ser ministrado em dois semestres, com frequência obrigatória e a realização de exames finais (Venancio, 2003, p.896).

Segundo Venancio, a criação do IPUB, fundado em 1938, foi marcada por uma tentativa de enfatizar o aspecto científico da produção acadêmica psiquiátrica, visto que, até então, a psiquiatria nacional teria estado fortemente atrelada ao caráter público e assistencial da medicina mental. Utilizando como modelo o Instituto Germânico para Pesquisa Psiquiátrica, fundado por Emil Kraepelin, o IPUB tinha como principal objetivo afiançar o estabelecimento de vínculos mais estritos entre o campo das pesquisas psiquiátricas e as ciências naturais e biológicas, sendo que essa aproximação seria implementada a partir da utilização de instrumentos de pesquisa e de tratamento da loucura

que permitissem comprovar os aspectos fisiológicos e anatomopatológicos dos distúrbios mentais, salientando sempre a dimensão orgânica da loucura do delírio.

Era no sentido de reforçar essas diretrizes que Henrique Roxo, primeiro diretor do IPUB, procurava destacar qual seria a finalidade das pesquisas realizadas no Instituto:

Os assuntos escolhidos serão preferencialmente aqueles que possam esclarecer pontos obscuros da psiquiatria, concorrer para que se disponha de um tratamento mais eficiente das psicopatias, comprovar as alterações bioquímicas que nestas existam, solucionar problemas obscuros da química biológica, demonstrar quais alterações anátomo ou histopatológicas existentes nas doenças mentais (Roxo, apud Venancio, 2003, p. 895).

Assim, a psiquiatria nacional continuava a perseguir o projeto de realizar, de forma definitiva, a redução dos fenômenos mentais aos sistemas fisiológicos e a loucura à mecanismos anatomopatológicos que seriam os produtores das enfermidades mentais, numa tentativa de se vincular ao campo das ciências naturais que, por seu lado, já haviam estabelecido que os fenômenos da vida seriam determinados por leis naturais derivadas do campo das ciências físicas, químicas e biológicas.

No entanto, é importante salientar que embora a psiquiatria tenha realizado um grande esforço conceitual para imprimir uma perspectiva científica e fisicalista ao seu campo de saber, numa tentativa de se distanciar da caracterização da loucura como um fenômeno de natureza moral, tão presente nas formulações originais dos fundadores do alienismo, o aspecto moral da loucura era continuamente reintroduzido na prática psiquiátrica como resultado do fato de a eficácia do tratamento ser sempre estabelecida pela sua capacidade de reintroduzir o louco ao convívio social normalizado.

Capítulo 2 – A CONSTITUIÇÃO DO ESPIRITISMO KARDECISTA E A SUA INTRODUÇÃO NO BRASIL.

2.1 O espiritismo kardecista e sua introdução no Brasil.

É costume remontar as origens do espiritismo moderno a uma série de eventos ocorridos em 1848 nos Estados Unidos da América. Nesse ano, uma família de camponeses que acabara de se estabelecer em Hydesville, uma aldeia da região de Rochester, no interior do estado de New York, começou a ser incomodada por ruídos de pancadas nas paredes e de objetos sendo arrastados. Kate e Margaretta, filhas adolescentes do casal Fox, chegaram à conclusão de que os ruídos seriam produzidos por alguma espécie de entidade inteligente. Fazendo perguntas em voz alta e estipulando códigos de batidas para as respostas (uma pancada para “não”, duas para “sim”), as irmãs Fox aprenderam a se “comunicar com a entidade”, que teria se revelado ser o espírito de um homem que fora assassinado naquela casa cinco anos antes, e cujo cadáver teria sido enterrado na adega pelo assassino. Tanto na América quanto na Europa do período, manifestações ruidosas atribuídas a espíritos estavam longe de se constituir como uma novidade. O caso das irmãs Fox provavelmente não teria gerado grande repercussão se não fosse pelo fato de elas terem inventado um código, uma forma de linguagem rudimentar, para se comunicar com os “espíritos”, fato aparentemente inédito até então.

As experiências de comunicação com “o outro mundo” percorreram velozmente a América do Norte e espalharam-se por todos os continentes. Nos Estados Unidos, a difusão do espiritismo foi auxiliada pela curiosidade da imprensa e também pelas demonstrações públicas que as irmãs Fox passaram a fazer em vários estados. Começaram a aparecer novos médiuns e novas modalidades de comunicação espiritual eram ensinadas. Segundo Vasconcelos, um número da revista norte-americana *The Spiritual Magazine*, publicada em 1960, apresentava ao leitor a variedade de métodos de comunicação espiritual que existia então. Havia manifestações espirituais através de raspões e pancadas em mesas, por meio de sons e da movimentação de corpos sólidos, através da “escrita automática” e de desenhos e pinturas (Vasconcelos, 2003, p. 95). Registravam-se igualmente comunicações verbais sob transe, relatos de clarividência, clariaudição, incorporação integral e até

manifestações musicais, visuais e táteis suscitadas por médiuns e perceptíveis para as pessoas aparentemente desprovidas de faculdade mediúnica. Desde o início da popularização dessas manifestações foram levantadas suspeitas sobre a fidedignidade das mesmas, e mesmo quando os fenômenos eram considerados dignos de crédito, surgiam várias hipóteses acerca de sua origem.

A hipótese espiritista, aquela que imediatamente se colocou frente às manifestações e que se espalhou com elas, era uma das hipóteses de compreensão dos fenômenos, a mais difundida de todas, mas não a única em circulação. Além disso, era uma hipótese passível de ser aceita sem exigências de teorização e flexível o suficiente para poder ser enquadrada em diversas teorias acerca da natureza e da identidade dos espíritos. Na Grã-Bretanha, à semelhança daquilo que ocorreu nos Estados Unidos, com exceção das crenças na sobrevivência da personalidade dos indivíduos após a morte e da capacidade dos espíritos de se comunicarem com os vivos, o espiritismo, tal como se organizou na segunda metade do século XIX, não desenvolveu um credo único que fosse abraçado por todos os tipos de espíritas britânicos. Já na França, segundo Vasconcelos, o kardecismo teria elaborado uma teodiceia própria, tornando-se mais exclusivista e anticlerical (Vasconcelos, 2003, p. 96).

O que se definiu como o espiritismo kardecista foi criado por Allan Kardec, por batismo Denizard Leon Rivail. Nascido em Lyon outubro de 1804, Rivail fez seus primeiros estudos na sua cidade natal e posteriormente se formou como pedagogo junto a Jean-Henri Pestalozzi, educador liberal e protestante, inspirado nas doutrinas de Rousseau e na importância que este dava à educação infantil. Rivail radicou-se em Paris depois de 1820, onde escreveu uma série de manuais de instrução acadêmica e obras didáticas, trabalhou como tradutor e como professor de cursos particulares, concentrando seus investimentos na área das ciências naturais e exatas. Falava diversas línguas e dava aulas de fisiologia, astronomia, química e física.

Na década de 1850, Rivail travou contato com as sessões em torno das mesas girantes e falantes, práticas que reuniam frequentadores dos salões de toda a Europa em busca de mensagens obtidas a partir de pancadas e movimentos produzidos por objetos que pareciam obedecer a alguma força misteriosa e autônoma. Havia duas correntes principais de explicação para o fenômeno: a dos que acreditavam realmente na influência dos espíritos e a dos que julgavam que fosse uma decorrência da ação do fluido magnético, concebido por

Mesmer⁴ no final de século anterior. O fato é que as mesas girantes e falantes foram alvo do interesse de magnetizadores, místicos e ocultistas, além de se constituírem em um dos passatempos prediletos do período. Um grupo de amigos, já convencidos da realidade dos fenômenos, pediu a Rivail que estudasse o teor das comunicações obtidas em suas sessões. Dada a sua formação, Rivail se aproximou do assunto com ceticismo. Mesmo assim, ele se entregou a essas investigações durante o ano de 1856, contando para isso com a ajuda de alguns médiuns, ou seja, indivíduos a quem se reconhecia a capacidade de transmitir com fidelidade as mensagens enviadas por “espíritos”, e que também eram obtidas através dos fenômenos das mesas girantes e de outros objetos. Sobre sua abordagem dos fenômenos, Kardec comentou que:

Apliquei a esta ciência, como tinha feito até então, o método da experimentação; nunca elaborei teorias preconcebidas; eu observava atentamente, comparava, deduzia as conseqüências: dos efeitos procurava ir às causas [...] era necessário pois, atuar com circunspeção, e não levianamente, ser positivista e não idealista, para não embarcar em ilusões (Kardec, apud Araia, 1996, p. 40).

Nesse sentido, podemos observar como Kardec se propôs a estudar os fenômenos das mesas falantes a partir de uma perspectiva positivista e experimental, o que fez com que seus seguidores viessem a considerar a doutrina espírita como uma explicação racional e científica para experiências que até então se encontravam relegadas ao campo das superstições e do sobrenatural.

Além de se movimentarem sem uma causa aparente, as mesas também respondiam a perguntas. Para Rivail, descartada a hipótese de fraude, a origem das respostas não poderia estar nas próprias mesas. Após realizar diversos estudos, chegou à conclusão de que os fenômenos eram resultado da ação de espíritos: *“O trabalho que havia se iniciado como um favor, converteu-se – em função de indicações de ‘entidades espirituais’ – em uma missão [de vida] e Rivail transformou-se em Allan Kardec, pseudônimo que adotou pelo resto de sua vida”* (Giumbelli, 1997, p.57).

Em 1857 foi publicado o *Livro dos Espíritos*, obra inaugural do espiritismo kardecista, que expõe as comunicações espirituais organizadas e sistematizadas em forma de perguntas e respostas. Em termos de conteúdo, o livro apresenta-se a um só tempo como

⁴ Falaremos com mais detalhes sobre Mesmer e sua teoria mais adiante.

uma demonstração da existência de “entidades espirituais” e como um conjunto de ensinamentos revelados por “espíritos elevados e puros”, versando sobre a imortalidade da alma, a natureza dos espíritos e suas relações com os homens, a existência de Deus, a pluralidade das vidas e dos mundos habitados, e as leis morais que regeriam o presente e o futuro da humanidade (Giumbelli, 1997, Silva, 2005).

No entanto, a explicação sugerida por Kardec para os fenômenos que inquietavam os salões europeus não era nem única, nem exatamente original. Entre aqueles que aceitavam o estatuto positivo dos fenômenos, as explicações se dividiam entre a ação de energias humanas e, a exemplo de Kardec, a intervenção de entidades inteligentes, mas incorpóreas.

Contudo, pelo menos na França, foi *O Livro dos Espíritos* que capitalizou a maior parte das atenções, ganhando defensores e críticos fervorosos. Visando dar expressão às adesões e fazer frente a doutrinas rivais, Kardec e alguns amigos lançam, em 1858, a *Revue Spirite* apresentada como um “jornal de estudos psicológicos”. Alguns meses mais tarde foi fundada a Société Parisienne des Études Spiritiques, voltada para o recebimento e o estudo de comunicações derivadas de intervenções espirituais. A *Revue Spirite* tornou-se uma referência internacional para os simpatizantes das idéias contidas no *Livro dos Espíritos*, publicando casos que comprovariam a existência dos espíritos e dos fenômenos de comunicação espiritual, além de artigos de diversos colaboradores, entre os quais figuravam o escritor Victor Hugo, o dramaturgo Victorien Sardou e o astrônomo Camille Flammarion.

Kardec publicou outras obras, das quais quatro delas são consideradas fundamentais por seus seguidores: *O Livro dos Médiuns* (1861), que trata da fenomenologia espírita em suas variedades e condições de ocorrência, *O Evangelho segundo o espiritismo* (1864), uma leitura dos ensinamentos de Jesus Cristo enfatizando seus preceitos morais; *O Céu e o Inferno* (1865), onde é desenvolvida a noção de causalidade das penas e recompensas divinas; e *A Gênese – os milagres e as predições segundo o espiritismo* (1868), que trata da doutrina em geral e enfatizando sua abordagem científica (Giumbelli, 1997).

Desta forma, Kardec produziu uma doutrina que procurava se basear em preceitos científicos e estabelecia uma filosofia moral com os seguintes pressupostos: a existência de Deus, a imortalidade da alma, a crença na reencarnação, na pluralidade dos mundos habitados e na capacidade de manifestação física de entidades espirituais. A idéia de

evolução também é fundamental. Extrapolada para o mundo espiritual, a teoria evolucionista transparece no preceito segundo o qual os indivíduos deveriam passar por várias etapas evolutivas até chegarem à perfeição espiritual e passassem a ser considerados “espíritos de luz”. Apresentava-se como uma doutrina que tentava conciliar o racionalismo com a crença na sobrevivência individual do espírito em seu progresso infinito, procurando explicar os fenômenos espíritas de acordo com a ciência (Kardec, 2003).

Nesse contexto, o espiritismo representaria uma alternativa de conciliação e de síntese, proposta como a refutação experimental das credences religiosas sem os erros da ciência puramente materialista. É importante deixar claro que essa definição não leva em conta “religião” e “ciência” apenas como forças que movem a humanidade, em suas hesitações e progressos, mas também como a identificação concreta de opositores intransigentes à novidade apresentada pela nova doutrina. Para Giumbelli: “(...) a idéia de uma doutrina que se constitui ao mesmo tempo enquanto conciliação e enquanto reação ao que identifica como ‘ciência’ e como ‘religião’ é central na definição desse discurso” (Giumbelli, 1997, p. 69).

O espiritismo de orientação kardecista foi introduzido no Brasil a partir da segunda metade do século XIX, exatamente em um momento em que várias outras correntes de idéias, originárias da Europa, invadiam a intelectualidade nacional. Por volta de 1860, *O Livro dos Espíritos* passou a fazer parte da bagagem de viajantes e imigrantes franceses que aportavam no Brasil. Particularmente depois de 1815, os franceses e suas idéias foram recebidos com grande hospitalidade e expectativa fazendo com que sua influência fosse sentida nas academias, nas artes, na política e mesmo nos costumes da elite, num processo que Gilberto Freyre (2003) chamou de “europeização” do Brasil (Freyre, 2003).

Assim, na Bahia, em 17 de setembro de 1865, foi fundado o primeiro centro espírita de que se tem notícia, denominado Grupo Familiar do Espiritismo (João do Rio, 1976, p. 156). Esse grupo era dirigido pelo Dr. Luiz Olímpio Teles de Menezes, professor e jornalista baiano que, além de organizar o primeiro grupo de estudos sobre o espiritismo no Brasil, foi quem traduziu o primeiro livro espírita a ser impresso no país, sendo também o fundador do primeiro jornal de divulgação da nova doutrina, apropriadamente chamado de *O Eco d’Além Tumulo* (1869). Já entre os primeiros espíritas baianos encontram-se dois

médicos: Dr. Joaquim Carneiro de Campos, filho do Marquês de Caravelas, e o Dr. Guilherme Pereira Rabelo (Damazio, 1994, p. 66).

Já no Rio de Janeiro, segundo Damazio, dentre os introdutores do espiritismo destacaram-se Casimir Lieutaud, Adolphe Hubert e Madame Collard. Casimir Lieutaud era diretor do Colégio Francês, estabelecimento de ensino dos mais conceituados na Corte, localizado na atual Rua Sete de Setembro. Foi Lieutaud quem publicou o primeiro livro de divulgação do espiritismo impresso no Rio de Janeiro, em 1860: *Les Temps sont Arrivés*. Adolphe Hubert era editor do *Courrier du Brésil*, jornal de oposição ao governo de Napoleão III e de tendência anticlerical, cuja redação era um local de encontro da colônia francesa e de discussões sobre os mais variados temas. Já Madame Perret Collard teria se revelado uma médium psicógrafa, figura que seria encarregada de receber as comunicações das entidades espirituais e indispensável às sessões espíritas (Damazio, 1994, p. 102).

Dentre os acontecimentos relevantes na história da doutrina espírita no Rio de Janeiro destaca-se a fundação do primeiro centro espírita da capital do Império, e segundo do país, a Sociedade de Estudos Espíritas – Grupo Confúcio – em 2 de agosto de 1873 que, segundo seus estatutos, era dedicado ao: “(...) estudo dos fenômenos relativos às manifestações espíriticas, bem como o de suas aplicações às ciências morais, históricas e psicológicas” (apud Wantuil, 2002, p. 121). Deve-se a esse grupo as primeiras traduções integrais de quatro das cinco mais importantes obras de Allan Kardec. Os livros foram lançados pela editora Garnier, sendo que *O Livro dos Espíritos*, *O Livro dos Médiuns* e *O Céu e o Inferno*, em 1875 e *O Evangelho segundo o espiritismo*, em 1876. Todos os livros foram traduzidos pelo médico homeopata Joaquim Carlos Travassos. Também relevante para a história do espiritismo no Brasil foi a fundação da FEB – Federação Espírita Brasileira – no dia 2 de janeiro de 1884, quando foi eleita também a sua primeira diretoria. Nessa época já existiam dezenas de centros espíritas atuando no Rio de Janeiro, dentre os quais são destacados pelos autores da história do espiritismo no Brasil os grupos Sociedade Acadêmica Deus, Cristo e Caridade (1879), o Grupo Espírita Fraternidade (1880), o Grupo Espírita Humildade e Fraternidade (1881) e o Grupo dos Humildes (1880) (Damazio, 1994; Giumbelli, 1997; Wantuil, 2002). Em torno ou ao lado desses grupos proliferavam muitos outros, sendo que alguns possuíam uma natureza mais pública enquanto outros eram mais privados, organizados quase sempre na residência de um dos diretores. Dentre os membros

fundadores da FEB é possível detectar pelo menos um médico, o Dr. António Pinheiro Guedes. Médico homeopata, ele foi sócio-fundador da Sociedade de Estudos Espíritas Deus, Cristo e Caridade, e apoiou sua transformação em Sociedade Acadêmica, quando a instituição passou a funcionar em um prédio situado à atual Praça da República. Pinheiro Guedes dirigiu o Centro de União Espírita do Brasil, órgão criado na própria Sociedade Acadêmica, numa primeira tentativa de centralizar o movimento espírita no país (Damazio, 1994, p. 113).

Como se pode notar, as idéias espiritualistas modernas, e o kardecismo em particular, foram introduzidos no Brasil por parte de sua elite letrada. Entre os pioneiros no estudo e divulgação das idéias espiritualistas encontravam-se jornalistas, advogados, educadores e médicos. Dentre os representantes da classe médica alguns tiveram papel de destaque na organização e direção de instituições espíritas, muitas das quais se engajaram na criação de serviços de saúde, que tinham como objetivo prestar assistência e tratamento a enfermos e alienados, além de terem publicado livros e artigos em que procuravam propagandear as descobertas da doutrina de Alan Kardec tanto para o público leigo como para o restante da classe médica. A preocupação apresentada pelos seguidores do kardecismo em organizar instituições que oferecessem tratamento aos problemas de saúde da população estava relacionava-se ao fato de esta doutrina ter estabelecido uma teoria que, ao procurar determinar a natureza da relação existente entre o espírito e o corpo, acabou por elaborar um modelo explicativo próprio para os estados de saúde e adoecimento dos sujeitos.

2.2 O mundo e o corpo segundo o espiritismo.

O espiritismo de orientação kardecista postulava, e ainda o faz, a existência de um universo dualista. Na sua concepção, Deus criou não apenas o mundo material, onde vivemos o nosso dia-a-dia, mas dois mundos ou planos de existência. O mundo material ou visível, que nos é familiar, e o mundo espiritual ou invisível, que é um mistério para nós. Segundo a doutrina, este mundo invisível, povoado pelos espíritos que o habitam, representa uma dimensão dinâmica que é responsável por nossas experiências no mundo visível, dando-lhes forma, sentido e substância.

A doutrina postula ainda que os corpos espirituais foram criados antes do universo e que esses espíritos viveriam no mundo invisível. O espiritismo defende a idéia de que cada espírito, ao ser criado, começa um longo percurso de desenvolvimento, tanto moral quanto intelectual, que deverá levá-lo à perfeição. Essa noção de progresso dos espíritos em direção à perfeição é o ponto central do sistema de crenças espíritas. Para evoluir, porém, os espíritos do mundo invisível precisam participar do mundo visível. O mundo material é visto como uma sala de aula, freqüentada pelos espíritos com o objetivo de enfrentar desafios e passar pelas provações e pelos sofrimentos do mundo material, sendo que essas experiências são entendidas como necessárias para o seu desenvolvimento espiritual. Segundo o Dr. Pinheiro Guedes:

[o espiritismo é] um fanal no seio das trevas que nos cercam; porque, desvendando o mistério de como se opera o nosso progresso intelectual e moral, pelo processo da reencarnação ou sucessão das vidas corpóreas; demonstrando a preexistência e sobrevivência da alma humana, rarefaz, adelgaça o véu que oculta à nossa vista uma série de vidas, cada qual menos luminosa, menos limpa de erros, faltas, vícios e crimes; o que nos faz compreender por que o mundo é uma escola, onde devemos aprender a amar ao próximo como a nós mesmos; e como a reencarnação é uma necessidade, pois que a vida corpórea é um meio de reparação (Guedes, 1955, p. 38).

As experiências de infortúnio e de sofrimento são de particular importância para a doutrina espírita, já que toda e qualquer dificuldade por que passe um sujeito durante sua vida é entendida como uma provação, que deve ser por ele enfrentada com resignação e humildade para que possa evoluir espiritualmente, além de serem vistas como uma oportunidade de se redimir, nesta existência, de faltas e pecados cometidos em encarnações anteriores. Nesse sentido, a experiência do adoecimento é normalmente entendida como uma punição aplicada sobre o sujeito com o objetivo de fazê-lo saldar uma dívida espiritual contraída através de alguma falta cometida em uma vida anterior, punição esta que deve ser aceita pelo sujeito com uma atitude que demonstre sua submissão à justiça divina:

A dor, o sofrimento, a moléstia - ninguém o contestará, ninguém tentará, sequer, pô-lo em dúvida -, são contingências da vida inerentes à criatura; são conseqüência inevitável, quase necessária da luta do vivente com a Natureza (...). A dor material ou moral, um sofrimento qualquer é, desgraçadamente, uma necessidade da vida, sem isso não haveria progresso (Guedes, 1955, p. 22 e 23).

Os espíritos desceriam periodicamente ao mundo material com esse objetivo evolutivo, existindo muitas lições que devem ser aprendidas antes que um espírito alcance o estado de perfeição. Sempre que um espírito deseje avançar no caminho da evolução espiritual ele deve retornar ao mundo material, onde passará por uma nova existência procurando avançar no seu desenvolvimento espiritual:

Sabe-se hoje; e isso é racional, cala na consciência, sente-se que deve ser assim: é o próprio espírito quem escolhe, após demorado estudo na vida espírita - durante a desencarnação - e busca, segundo suas necessidades - de ordem moral e intelectual, o país, a sociedade, a família, os seus progenitores, tudo enfim quanto deva e possa concorrer para o seu progresso (Guedes, 1955, p. 42).

Como se pode observar, para o espiritismo seria o próprio indivíduo que escolheria, antes de sua encarnação, qual o tipo de existência que ele levará, determinando ainda todas as provações e sofrimentos pelos quais deverá passar para que possa expiar suas faltas passadas e aprender as lições necessárias para o prosseguimento de sua evolução espiritual. Nesse sentido, para o kardecismo o sujeito seria sempre o próprio responsável por qualquer tipo de infortúnio ou dificuldade que viesse a enfrentar durante a vida. Como aponta o próprio Kardec no *Livro dos Espíritos*:

Ele próprio [o espírito desencarnado] escolhe o gênero de provas por que há de passar e nisso consiste o seu livre-arbítrio (...). Dando ao espírito a liberdade de escolher, Deus lhe deixa a inteira responsabilidade por seus atos e das conseqüências que estes tiverem (Kardec, 2003, p. 171).

Seguindo essa lógica de pensamento, o espiritismo se propunha a explicar até mesmo fenômenos como a desigualdade social e as diferenças culturais encontradas entre os diferentes grupos sociais. A característica diversificada das sociedades humanas era entendida como um resultado natural das discrepâncias existentes entre os níveis de evolução espiritual, e que podiam ser encontrados tanto entre os indivíduos de uma determinada sociedade quanto entre grupos sociais diferenciados. Dessa forma, indivíduos e grupos sociais passavam a ser avaliados a partir de uma escala espírita de moralidade fundamentada nos valores cristãos das sociedades ocidentais, como demonstrado na seguinte afirmação de outro médico espírita, o Dr. Wantuil de Freitas:

A educação dos povos e as leis de cada país divergem de acordo com o grau intelectual dos seus habitantes. Não seriam boas as leis liberais das Terras Brasileiras aplicadas a algum povo inculto da África. Cada povo e cada época necessita de leis especiais, todas elas, porém, girando em torno do mesmo princípio - o bem da coletividade (Freitas, 1938, p.126).

Para a doutrina espírita, quando acaba a vida, o espírito “desencarna”, voltando ao plano espiritual, onde permanecerá até decidir encarnar mais uma vez como forma de reiniciar o ciclo evolutivo. No entanto, os espíritos não são obrigados a absorver as lições a que são expostos já que são dotados de livre-arbítrio, o que lhes dá a possibilidade de rejeitar qualquer experiência porque passem durante uma determinada encarnação (Greenfield, 1992). Como resultado dessa crença, em conjunção com o conceito da imortalidade do corpo espiritual, uma encarnação isolada por que passa um espírito, dentre suas várias visitas regulares ao mundo material, possui uma importância espiritual relativa; ela não é tão importante quanto o próprio processo de evolução que, para os espíritas, fatalmente durará inúmeras existências: *"Somente o Espiritismo (...) prova que a Vida Material não passa de um minuto marcado no relógio da Eternidade!"* (Ferreira, 1946, p. 32).

Quando retorna para o plano invisível, depois de cada encarnação, o espírito não precisa mais do corpo que utilizava durante a sua vida. Ao desencarnar, ele descarta este corpo sendo que o espírito assumirá outro corpo da próxima vez que voltar ao mundo material. O corpo material, por ser temporário, possui um caráter secundário e inferior quando comparado ao espírito, que é eterno, podendo ser visto como uma casca, que pode ser usada e descartada quando o espírito não precisa mais dela. Segundo o Dr. Inácio Ferreira, o corpo:

É a carcaça humana, a matéria destrutível e que por alguns anos serviu de envoltório para *alguma* coisa, algo que não morre, que sobrevive a essa matéria e que lhe dera vida (...). Essa *alguma coisa* é que os cientistas ainda não conseguiram escarpelar, não conseguiram devassar com as suas objetivas e nem tão pouco isolar em seus tubos e nas suas composições culturais. (...). É a *alma*, é o *espírito*, que abandona essa matéria pútrida e continua a viver em outros planos, levando, consigo, os mesmos sentimentos e as mesmas características (Ferreira, 1941, p. 89 e 90).

Embora os espíritas rejeitem a idéia de uma religião formal e prefiram descrever seu sistema de crenças como uma filosofia ou uma ciência, eles definem progresso e desenvolvimento em termos de padrões cristãos de moralidade, considerando Cristo como o

espírito mais evoluído que já apareceu no planeta e como um exemplo de alguém que conseguiu alcançar a perfeição espiritual. Os espíritas aceitam os seus ensinamentos e os usam como padrão de conduta e de comportamento:

Para o homem, Jesus constitui o tipo da perfeição moral a que a Humanidade pode aspirar na Terra. Deus no-lo oferece como o mais perfeito modelo e a doutrina que ensinou é a expressão mais pura da lei do Senhor, porque, sendo ele o mais puro de quantos têm aparecido na Terra, o Espírito Divino o animava (Kardec, 2003, p. 308).

Em termos físicos, o espiritismo identifica suas duas ordens de realidade, mundo material e espiritual, em relação às suas respectivas densidades, sendo que a densidade corresponde inversamente ao grau de desenvolvimento espiritual. O plano espiritual é visto como mais avançado que o plano material. Tudo no plano espiritual, inclusive os espíritos, é feito de materiais de densidade mínima, enquanto que no plano material, os corpos e os objetos possuiriam uma densidade relativa muito maior.

Existe, entretanto, a matéria etérea e sutil, a que chamamos de fluido, que é imponderável, apesar de ela ser o princípio da matéria pesada (...). A matéria, qual a entendemos [presente no mundo material], é ponderável e sujeita às leis da gravidade (Kardec, 2003, p. 59 e 60)

Por possuírem maior densidade, os corpos encontrados no plano material são percebidos como grosseiros e inferiores ao serem comparados com as entidades que habitam o plano espiritual. É importante salientar que, para o espiritismo, mesmo o mundo material é povoado por “planetas” ou “esferas” possuidoras de densidades físicas diferentes, sendo estas baseadas no grau de evolução dos espíritos que habitam aquele planeta. Quanto mais evoluídos os espíritos, menos denso é o mundo em que eles escolhem encarnar.

Para funcionar no mundo material, um espírito precisa de um corpo de densidade apropriada ao planeta que escolheu. Para o espiritismo, a criação de corpos materiais é um processo biológico natural do mundo material, que é, entretanto, influenciado pelo espírito no plano imaterial. Uma vez que o corpo é concebido biologicamente, o espírito se acopla ao feto recém-formado. Este processo de acoplamento é realizado através de uma mediação, efetuada pelo perispírito, entre o corpo físico e o corpo espiritual:

Sabe-se hoje que o espírito assiste, preside à formação do seu corpo; transfundindo-se, consubstanciando-se nele pelo *perispírito*, - corpo anímico -, molécula a molécula, órgão por órgão, durante a gestação, até completar a evolução fetal (Guedes, 1955, p. 42).

Para permitir suas encarnações periódicas no plano material, os espíritos foram criados com uma extensão semi-material e fluídica chamada de perispírito. Quando encarna, o espírito se acopla ao corpo por meio desta substância. Como o corpo material é entendido como inferior ao corpo espiritual, este não teria capacidade de interagir diretamente no mundo material e animar o corpo físico ao qual encarna, criando-se a necessidade da existência de uma substância intermediária que permitiria a interação entre os corpos físico e espiritual (Kardec, 2003, p. 85). Uma vez feito isso, segundo o espiritismo, uma relação simbiótica se estabelece entre o espírito e o corpo que este usará pelo resto de sua encarnação. O estado de saúde de um sujeito, para o espiritismo, seria alcançado quando o espírito se encontra acoplado harmonicamente com o corpo físico através do perispírito. Conseqüentemente, as enfermidades seriam o resultado de algum fator que perturbasse essa relação:

O espiritismo é ciência profunda, vasta, eclética, cujo estudo fornece conhecimentos, não só sobre o homem espiritual, mas também sobre o homem corpóreo; e ensinamentos de ordem moral e de ordem intelectual. (...). Ele nos faz compreender melhor o mecanismo das funções, não só das psíquicas ou mentais, mas, também das orgânicas ou vitais; e as relações da alma com o corpo, cujas perturbações são causas predisponentes e até determinantes de estados mórbidos (Guedes, 1955, p. 27).

Essas perturbações da relação entre o corpo espiritual e o corpo material poderiam ser causadas por uma diminuição da energia vital. A energia ou fluido vital seria uma substância produzida pelo espírito e utilizada pelo perispírito para animar o corpo material. Devido ao fato de essa energia não ser homogênea entre todos os seres humanos, podendo também variar durante a vida de uma pessoa, ela poderia ser encontrada de forma mais ou menos abundante em diferentes sujeitos. Sua escassez é considerada o fator determinante do falecimento e sua manipulação poderia influenciar o estado de saúde dos indivíduos, explicando o fenômeno dos passes mediúnicos aplicados pelos praticantes do espiritismo:

A quantidade de fluido vital não é absoluta em todos os seres orgânicos (...). Alguns há, que se acham, por assim dizer, saturados desse fluido, enquanto outros o possuem em quantidade apenas suficiente (...). A quantidade de fluido vital se esgota. Pode tornar-se insuficiente para a conservação da vida, se não for renovada (...). O fluido vital se transmite

de um indivíduo a outro. Aquele que o tiver em maior proporção pode dá-lo a um que o tenha de menos e em certos casos prolongar a vida prestes a extinguir-se (Kardec, 2003, p. 77).

Por fim, como o corpo material é entendido como um instrumento para a manifestação do corpo espiritual neste plano de existência, qualquer tipo de deficiência deste corpo físico poderia influenciar a capacidade do corpo espiritual de perceber o mundo e de agir sobre ele de forma apropriada, mesmo que o próprio corpo espiritual não apresentasse qualquer imperfeição. Assim, para o espiritismo, uma lesão cerebral somente prejudicaria a capacidade do espírito de expressar o seu pensamento de forma apropriada, sendo que a própria capacidade do espírito de raciocinar não ficaria prejudicada. Neste caso ocorreria o que os espíritas denominavam de “loucura por lesão cerebral”. Por outro, lado, também existiriam casos em que os transtornos físicos ou mentais poderiam ser o resultado da ação de espíritos desencarnados, que estariam atuando sobre a energia vital ou o corpo espiritual de um indivíduo:

A matéria e a imperfeição dos órgãos podem dificultar a manifestação do Espírito. O idiotismo e a loucura são, muitas vezes, resultantes de órgãos desmantelados ou não desenvolvidos. Dizemos muitas vezes, porque a loucura pode ser produzida por um obsessor do espaço, que, neste caso, poderá ser afastado e o doente se curará (Freitas, 1948, p. 21 e 22).

Como resultado, muitas das desordens físicas e psíquicas que afetam os indivíduos são entendidas pelo espiritismo como resultado de algum tipo de intervenção de “espíritos desencarnados” diretamente sobre o corpo espiritual do sujeito acometido por essas desordens. Dito de outra forma, a loucura e alguns tipos de enfermidades teriam suas origens, para os espíritas, na ação de entidades que se encontrariam localizadas no plano imaterial (Greenfield, 1992).

2.3 A influência do Magnetismo Animal e da Homeopatia para a elaboração dos conceitos espíritas de saúde e doença.

Como vimos, para o kardecismo cada pessoa seria composta por três elementos principais, que seriam os mesmos elementos constituintes do Universo. Primeiramente

existiria um corpo espiritual. Este corpo seria entendido como uma partícula da “inteligência universal” e, para os espíritas, seria comumente conhecido como o espírito. Este elemento seria a verdadeira sede das emoções, da consciência e do pensamento, e não deixaria de existir com a morte física do sujeito. Em seguida, existiria um elemento de natureza semi-material, também chamado de perispírito, que se juntaria ao elemento espiritual de forma a permitir que este último pudesse atuar sobre o corpo material, entendido como por demais grosseiro para que o espírito sozinho tivesse a capacidade de exercer alguma ação sobre ele. Finalmente, o corpo físico ou corpo material, de natureza inferior, entendido como mero instrumento de atuação do espírito na sua passagem pelo plano material (Kardec, 2003).

Segundo Kardec, então, existiria um mundo que permaneceria invisível na maior parte do tempo, habitado por entidades espirituais que se manteriam em estreito contato com os vivos, já que, segundo ele, os espíritos: *“Estão por toda parte. Povoam infinitamente os espaços infinitos. Tendes muitos deles de contínuo a vosso lado, observando-vos e sobre vós atuando, sem o perceberdes”* (Kardec, 2003, p. 83). Eventualmente esse mundo invisível poderia ser percebido através da ação de médiuns, que seriam pessoas dotadas da capacidade de incorporar os espíritos ou de facilitar suas manifestações físicas. Essas manifestações aconteceriam devido à capacidade inerente às entidades espirituais de manipular o perispírito ou “fluido universal”. Este elemento, que estaria colocado entre o espírito e a matéria, seria suscetível:

(...) pelas suas inumeráveis combinações com esta (a matéria) e sob a ação do Espírito, de produzir a infinita variedade das coisas de que apenas conheceis uma parte mínima. Esse fluido universal, ou primitivo, ou elementar, sendo o agente de que o Espírito se utiliza, é o princípio sem o qual a matéria estaria em perpétuo estado de divisão (Kardec, 2003, p. 60).

Segundo o próprio Kardec, o que ele chamava de fluido universal se comportaria de maneira similar ao fluido magnético de Mesmer. Os autores que tratam da história do espiritismo apontam para a existência de outras “escolas” do pensamento europeu que mantiveram uma relação direta de influência e de proximidade conceitual com a doutrina espírita, sendo que as principais dessas “escolas” teriam sido o mesmerismo e a homeopatia. Dessa forma, o espiritismo poderia, inclusive, ser visto como pertencente a uma tradição intelectual que se desenvolveu à margem, e muitas vezes em conflito, das

instituições acadêmicas européias dos séculos XVIII e XIX. As aproximações entre mesmerismo, hipnotismo, homeopatia e espiritismo aparentam ter se dado de muitas e variadas formas. De fato, segundo alguns autores, a homeopatia e o espiritismo teriam sido fortemente influenciados por Mesmer e seus seguidores (Damazio, 1994, p. 79. Warren, 1984, p. 60).

Franz Anton Mesmer, doutor em medicina pela Faculdade de Viena, chegou a Paris em 1778, convencido de que havia encontrado evidências da existência de um fluido magnético ultrafino e invisível que envolveria todo o universo e que penetraria em todos os corpos. A descoberta teria ocorrido após Mesmer ter utilizado imãs experimentalmente para o tratamento de casos de histeria, quando afirmou que este procedimento induzia seus pacientes a crises convulsivas que, freqüentemente, produziam uma melhora em seu quadro clínico, chegando mesmo a sua cura completa. A princípio, ele concluiu que os imãs eram os responsáveis pelas curas, mas após a realização de outros experimentos notou que conseguia atingir os mesmos resultados apenas ao friccionar a pele do paciente com os dedos, sem recorrer aos imãs. Convencido de que suas curas eram o resultado da manipulação de um fluido magnético invisível a olho nu, rapidamente Mesmer chegou à conclusão de que muitos indivíduos possuíam a capacidade inata de manipular e transmitir o fluido magnético, passando a designar essa capacidade pelo termo de magnetismo animal, que popularmente era chamado de mesmerismo numa referência ao seu descobridor (Silva, 2005, p. 15)

Como resultado de seus experimentos, Mesmer concluiu que o mundo natural seria envolto por uma substância invisível, passível de ser magneticamente manipulada, tanto por imãs como por outros corpos constituintes do mundo natural. Afirmava ainda, numa elaboração totalmente teórica, que esse fluido existiria como um meio para a ação da gravidade, visto que para ele a força gravitacional não poderia agir no vácuo (McCandless, 1992, p. 201).

A partir deste princípio, ele desenvolveu uma concepção própria de saúde e de doença: a saúde seria o estado em que este fluido magnético fluía normalmente pelo organismo dos indivíduos; a doença, por outro lado, seria resultante da ocorrência de algum nódulo ou obstáculo que impedisse o fluxo normal desta substância, o que comprometia o funcionamento harmonioso do organismo. A aplicação prática de tais concepções por

Mesmer implicou na criação de um método de cura que buscava restaurar a saúde através do restabelecimento do fluxo normal do fluido magnético no organismo. Para tanto, Mesmer e seus seguidores utilizavam-se dos dedos ou de varetas como condutores do fluido, e os apontavam para o local afetado, esperando com isso provocar uma crise no paciente em virtude da carga fluídica adicional que supostamente projetavam. A retomada do fluxo normal após a mesmerização significava a supressão do obstáculo e a volta do corpo ao equilíbrio, isto é, ao estado de saúde. De acordo com seu tratado *Mémoire sur la Découverte du Magnétisme Animal*, publicado originalmente em 1779, onde apresentava sua teoria do magnetismo animal condensada em 27 proposições básicas, Mesmer afirmava que a terapêutica por ele criada possuiria a capacidade de curar diretamente as doenças nervosas, e indiretamente os outros tipo de enfermidades.⁵

Apesar – ou por causa – da popularidade das sessões de magnetismo animal entre os parisienses, a Academia de Ciências da França passou a questionar a cientificidade do método terapêutico desenvolvido por Mesmer. Em 1784 o rei Luis XVI determinou a criação de uma comissão que deveria investigar as alegações feitas por Mesmer sobre a existência do fluido magnético. Esta comissão era composta, entre outros, pelo cientista americano Benjamin Franklin, pelo químico Antoine Lavoisier, pelo astrônomo Jean Sylvain Bailly e pelo médico Joseph-Ignace Guillotin, chegou à conclusão de que o magnetismo animal era uma prática inócua e sem base científica (Sutton, 1981, p. 388).

O principal problema apresentado pela teoria de Mesmer para a comunidade científica do período estava centrado na impossibilidade de se poder observar e mensurar o fluido magnético de uma forma científica e experimental. O modelo epistemológico da filosofia natural, ao procurar estabelecer as causas dos fenômenos naturais, aceitava a possibilidade de que o mundo efetivamente funcionasse da forma como um investigador racional demonstrasse que fosse possível (Sutton, 1981, p. 376). O problema decorrente deste tipo de elaboração conceitual derivava da possibilidade de que um determinado elemento da natureza que fosse investigado pudesse, na verdade, não se comportar do modo como era previsto pelo modelo teórico – que suas propriedades fossem, de fato, diferentes do que se apresentavam a princípio – e que mecanismos ostensivamente empíricos, como no caso das curas magnéticas de Mesmer, resultassem em sistemas teóricos vazios.

⁵ Ver Anexo 1.

Decepcionado com as conclusões apresentadas pela comissão da Academia de Ciências, Mesmer abandonou Paris em 1785, mudando-se primeiramente para Londres e posteriormente retornando a Viena. No entanto, a saída de Mesmer da França não significou o fim do mesmerismo. O tratamento realizado através da cadeia magnética continuou a ser utilizado não apenas por médicos, mas principalmente, a partir do século XIX, por magnetizadores leigos em logradouros públicos (Darnton, 1988. Damazio, 1994).

À época da revolução francesa já se teriam definido duas correntes do magnetismo: a primeira, ortodoxa e com pretensões científicas, buscava a cura dos doentes através da restauração de uma relação harmoniosa entre o organismo enfermo com o fluido magnético; a segunda era uma vertente mística, eclética e muito popular. Esta forma teve grande aceitação em toda a Europa no século XIX, especialmente na França. Em Lyon, terra natal de Kardec, a prática do mesmerismo teria estado quase sempre ligada aos cultos espiritualistas (Damazio, 1994, p. 81).

Em meados do século XIX, os massagistas mesmeristas já haviam cedido lugar aos sonâmbulos, tanto no diagnóstico, tratamento e cura do corpo, quanto nos contatos com o chamado “mundo invisível”. Por essa época, o espectro social da clientela do magnetizador havia se ampliado e sua terapêutica passou a se restringir à consulta pessoal. O operador podia, por exemplo, colocar os joelhos do paciente entre os seus e proceder à aplicação do fluido magnético sem entrar em contato direto com a região afetada. Todavia, quando o paciente entrava em transe, ou num estado de sonambulismo artificial, ele devia assumir o papel de terapeuta e fazer um diagnóstico sobre a natureza de sua própria doença e, em seguida, um prognóstico preciso. A lucidez do paciente era tida como diversa do estado amnésico do sonambulismo natural, pelo fato de ter sido induzida pelo magnetizador (Warren, 1984, p. 75).

Alguns sonâmbulos diziam poder estender sua percepção para além da cura de si mesmos, além de diagnosticar e de receitar tratamentos para enfermidades que atingiam outras pessoas, presentes ou ausentes. Quando em sono profundo, os sonâmbulos diziam se libertar das limitações do corpo físico, entrando em outra dimensão de tempo e espaço, onde a percepção se ampliava ao ponto deles se dizerem capazes de adquirir visão à distância e através de corpos opacos e de poderem fazer previsões. McCandless cita, por exemplo, o caso de um mesmerista que, num artigo

publicado em 1838 nos Estados Unidos, afirmava poder: “... *diagnosticar doenças e viajar para locais distantes no espaço e no tempo (incluindo a Europa, a lua e o Jardim do Éden antes e depois da Queda)*” (McCandless, 1992, p. 220).⁶

Embora servisse para afastar ainda mais a comunidade científica do mesmerismo, este tipo de afirmação passou a ser considerada por setores da população como a demonstração de uma capacidade de percepção espiritual do mundo físico, realizada pelo espírito do sonâmbulo hipnotizado num momento em que este se encontraria momentaneamente liberto das limitações do corpo. Kaplan afirma, por exemplo, que certas correntes do cristianismo aceitavam o mesmerismo como uma prova adicional da realidade do mundo invisível e da existência da alma (Kaplan, 1974, p. 699).

Como resultado desse desenvolvimento do mesmerismo, iniciou-se a ocorrência de reuniões onde eram recebidas comunicações de pessoas mortas, por intermédio de mesas girantes e falantes, com o auxílio de sonâmbulos, que passaram a serem vistos como médiuns. Apesar de procuradas por curiosidade ou divertimento por boa parte do público, tais sessões constituíram-se em um objeto de estudo para aqueles que enfatizavam o caráter religioso das manifestações e destacavam sua finalidade moral: o convencimento de todos da sobrevivência da personalidade em outro plano de existência após a morte.

Nos trabalhos de um dos seguidores de Mesmer, o Marquês de Puységur, podemos observar como se deu a aproximação entre o mesmerismo, a hipnose e as correntes espiritualistas modernas. Interessado na faceta extra-sensorial do estado sonambólico, o Marquês de Puységur buscou aprimorar o método do magnetismo animal ao tentar produzi-lo como uma forma de facilitar a “comunicação com o mundo dos espíritos”. Puységur afirmava que alguns de seus pacientes conseguiram desenvolver a clarividência e a telepatia, além de realizarem precognições. Seus trabalhos abriram caminho para o desenvolvimento de uma vertente mística do mesmerismo, romântica e ocultista, muito próxima das correntes espiritualistas então existentes. O resultado foi a agregação da teoria de Mesmer sobre o fluido magnético à crença espiritualista em uma religião primitiva, que

⁶ As traduções de textos em inglês ao longo desta tese são de minha autoria.

incluía elementos de panteísmo, teocracia, adoração das estrelas, astrologia e a convicção de que existiria uma hierarquia de espíritos unia o homem a Deus (Damazio, 1994, p. 80).

Já outro seguidor de Mesmer, Petetin, observou que os sonâmbulos, ao mesmo tempo em que afirmavam ter a percepção ampliada, ficavam com a sensibilidade física embotada. Petetin aprimorou o processo de indução à catalepsia, o que permitiu que extrações dentárias e cirurgias diversas pudessem ser realizadas sem dor em pacientes precipitados em estado cataléptico. A aplicação do método de induzir à catalepsia como forma de insensibilização à dor gerou enorme polêmica nos meios médicos europeus. Décadas depois, nos anos quarenta do século XIX, o médico escocês James Braid utilizou largamente o método, que denominou de hipnotismo, em intervenções cirúrgicas (Kaplan, 1974, p. 702).

Nos hospitais franceses, a técnica da hipnose foi testada com êxito, o que levou a sua apresentação à comunidade médico-científica. Em 1860, o hipnotismo alcançou respeitabilidade ao entrar para o elenco das disciplinas médicas da Academia de Ciências da França, legitimado pela aprovação dos membros da instituição. O objetivo da indução à crise mudara: se para Mesmer e seus seguidores imediatos, nas últimas décadas do século XVIII, a crise fazia parte de um processo de restabelecimento do fluxo normal do fluido magnético num organismo doente, a partir do aprimoramento da técnica que levava ao embotamento da sensibilidade física nos pacientes, o magnetismo, agora denominado de hipnotismo, passou a ser considerado um método científico e aplicável em casos onde intervenções cirúrgicas se mostrassem necessárias.

Um primeiro nível de identidade entre as concepções de espíritas e hipnólogos decorre de uma analogia possibilitada pelo reconhecimento comum de uma série de fenômenos que seriam dignos de uma explicação racional ao seu respeito. O espiritismo, ao formular suas teorias, operava um movimento até certo ponto análogo àquele realizado pelos hipnólogos: para ambos, as doutrinas mesmeristas e fluidistas eram teorias que precisavam ser superadas, mas eram também inspirações fundamentais, na medida em que consideravam os fatos por elas estudados como pertinentes e que suas teorias não podiam ser consideradas apenas superstições. Esse movimento pode ser localizado, antes de tudo, na obra do próprio Allan Kardec, que incorporou em sua teoria do mundo espiritual elementos derivados das concepções de Mesmer sobre o fluido magnético, já que este seria

uma das formas de manifestação de seu fluido universal: *“O que chamais fluido elétrico, fluido magnético, são modificações do fluido universal, que não é, propriamente falando, senão matéria mais perfeita, mais sutil e que se pode considerar independente”* (Kardec, 2003, p. 60).

De um lado, era enfatizada a insuficiência do magnetismo para explicar fenômenos, como a falta de unidade nas manifestações obtidas por um mesmo médium, que para os espíritos supunha a interferência de diferentes entidades espirituais inteligentes (Kardec, 2004d, p. 218). De outro, uma categoria central do magnetismo, a de fluido, era utilizada para o esclarecimento de aspectos fundamentais da doutrina espírita, seja quanto a sua cosmogonia, seja na constituição de uma fisiologia e de uma psicologia (entendida como o estudo das faculdades da alma) próprias, seja, ainda, na explicação dos mecanismos da “ação espiritual”. Dessa forma, o espiritismo kardecista realizava uma reinterpretação das teorias do fluido magnético de Mesmer e da hipnose:

O magnetismo humano, repudiado pelos acadêmicos de ontem e aceito pelos de hoje sob o rótulo de hipnotismo, já goza de lugar de destaque, constituindo uma especialidade, ultimamente muito espalhada - a psiquiatria - termo que, significando medicina da alma, torna a designação imprópria, visto que eles não crêem na positividade do que lhes origina o nome da profissão. Apesar de observarem que os indivíduos hipnotizados apresentam muito maior lucidez que no estado normal, e que muitos, mesmo depois de acordados, ainda obedecem cegamente às ordens recebidas durante o sono hipnótico, não querem ligar os fatos e nem sobre eles meditar, preferindo atribuir ao cérebro a faculdade de orientações inteligentes e dar à matéria o poder de reter e dirigir conhecimentos (Freitas, 1938, p. 85).

Para o espiritismo, essa permanência dos condicionamentos realizados durante uma sessão de hipnotismo só poderia ser explicada pela capacidade do médium de atuar a distância, magneticamente e através do fluido universal, sobre o espírito do hipnotizado. Allan Kardec concluiu que o fluido magnético, como entendido pelo mesmerismo, cuja manipulação permitia restabelecer a saúde de enfermos e mover objetos, não poderia ser considerado uma causa inteligente e, portanto, era insuficiente para explicar o teor das respostas oferecidas pelas mesas girantes. Para Kardec, se todo efeito tem uma causa, um efeito inteligente só poderia ter uma causa inteligente. Dessa forma, ele optou pela atuação dos espíritos como origem explicativa dos mesmos fenômenos que eram observados pelos mesmeristas adeptos de uma corrente mística.

Além disso, é interessante notar que pretensões terapêuticas revelam outro ponto de contato entre magnetistas, espíritas e hipnólogos, talvez o único em relação ao qual possamos equalizar os três sistemas de pensamento. De modo a justificar a possibilidade de operação de curas de enfermidades através da atuação de um médium, Kardec (2004d) seguia basicamente o modelo explicativo do magnetismo. A única diferença do médium curador espírita em relação ao magnetizador mesmerista está no fato de o primeiro ter seus fluidos reforçados pelos de um espírito auxiliar, ou seja, ainda era a desarmonia dos fluidos magnéticos que provocavam as enfermidades e o adoecimento do corpo, a diferença estava na crença kardecista da capacidade que os espíritos possuiriam de influenciar e auxiliar na manipulação desses fluidos:

1ª Podem considerar-se as pessoas dotadas de força magnética como formando uma variedade de médiuns?

‘Não há que duvidar.’

2ª Entretanto, o médium é um intermediário entre os Espíritos e o homem; ora, o magnetizador, haurindo em si mesmo a força de que se utiliza, não parece que seja intermediário de nenhuma potência estranha.

‘É um erro; a força magnética reside, sem dúvida, no homem, mas é aumentada pela ação dos Espíritos que ele chama em seu auxílio. Se magnetizas com o propósito de curar, por exemplo, e invocas um bom Espírito que se interessa por ti e pelo teu doente, ele aumenta a tua força e a tua vontade, dirige o teu fluido e lhe dá as qualidades necessárias’ (Kardec, 2004d, p. 217 e 218).

No Brasil, apesar da existência de médiuns curadores, foi outra modalidade de terapêutica espírita, conhecida como mediunidade receitista, que se desenvolveu com maior extensão, na qual um médium, normalmente inspirado pelo espírito de um médico, dizia conseguir diagnosticar doenças e indicar tratamentos. É fácil perceber como a mediunidade receitista representa uma alternativa ao modelo do magnetismo: neste caso, a eficácia da terapêutica residiria na administração de uma substância, normalmente um medicamento homeopático, prescrita sob a orientação de um espírito desencarnado.

Entretanto, as concepções associadas ao magnetismo eram reintroduzidas através da interpretação, aceita pelos espíritas brasileiros, sobre o tipo de atuação que os medicamentos homeopáticos teriam no restabelecimento da saúde de um organismo adoecido. A virtude terapêutica desses medicamentos não estaria colocada ao nível da

substância material, mas sim ao de uma substância fluídica, produzida através das diluições e sucussões sucessivas por que passavam as preparações dos remédios homeopáticos.

Era, portanto, enquanto um fluido, e não enquanto uma substância material, que o medicamento tornava-se eficaz, o que pressupunha que também houvesse, na fisiologia humana, uma relação correspondente entre dimensões materiais e imateriais. Assim, embora a categoria de fluido estivesse ausente da mecânica da mediunidade receiptista, ela era reintroduzida para explicar a ação dos medicamentos homeopáticos que eram receitados pelos médiuns.

A homeopatia é um tratamento médico criado por Christian Friedrich Samuel Hahnemann, médico alemão que viveu de 1755 a 1843. Apesar de ser profissionalmente conceituado, Hahnemann se sentia insatisfeito com os resultados obtidos pela medicina tradicional, que realizava seus tratamentos utilizando-se de técnicas terapêuticas desagradáveis e invasivas, freqüentemente com o recurso de sangrias, purgantes e vomitórios (Corrêa et al, 2006).

Em 1789, afastou-se do exercício da medicina e começou a fazer traduções de obras médicas. Lendo e traduzindo essas obras foi aos poucos compondo um corpo teórico próprio que discorria sobre a prática da medicina, ao qual incorporou noções metafísicas, como a da existência de uma energia vital, à prática de cura dos semelhantes pelos seus semelhantes, princípio hipocrático antigo, expresso no aforismo *Similia similibus curentur* (curam-se os semelhantes pelos semelhantes). O método baseava-se na suposição de Hahnemann de que o doente expressava seu estado pelos sintomas mórbidos que apresentava. Para curá-lo, o médico deveria prescrever uma determinada medicação que, segundo experiências prévias de Hahnemann, precipitaria os mesmos sintomas mórbidos da doença em uma pessoa saudável. Desta forma, o remédio servia para agravar rápida e levemente os sintomas apresentados pelo paciente, numa tentativa de se estimular sua energia vital a reagir e restabelecer o equilíbrio harmonioso do organismo (Warren, 1984).

Esse restabelecimento do estado de equilíbrio entre a força vital e o organismo se daria através da ingestão de substâncias químicas diluídas em doses infinitesimais, visando curar o paciente como um todo e não apenas o vetor da doença. Hahnemann defendia a idéia da existência de um princípio vital, não comprovável empiricamente por ser imaterial, mas que seria a causa explicativa da atividade que anima todo o organismo. A força vital

seria o princípio intermediário entre o corpo físico (princípio material) e o espírito (princípio espiritual) que os ligava. O estado de saúde seria aquele em que o funcionamento do corpo e do espírito se fizesse harmoniosamente, em equilíbrio com a força vital; o estado de doença seria justamente a perda dessa harmonia (Corrêa et al, 2006). Note-se como o conceito de força vital tem sua equivalência na noção de perispírito de Kardec, que é a de uma substância fluídica que relaciona o corpo e o espírito, passível de ser afetado por agentes imateriais, também fluídicos.

A partir da hipótese da constituição ternária do ser humano, Hahnemann construiu um conceito de saúde e de doença bem próximo ao de Mesmer. O estado de saúde seria aquele em que o relacionamento entre o corpo e o espírito ocorresse harmoniosamente, em equilíbrio com a força vital; o estado de doença, a perda dessa harmonia:

Quando o homem adocece, é somente a força vital imaterial e ativa por si mesma e presente em todas as partes do organismo, a única que sofre desde logo a influência dinâmica do agente morbígeno hostil à vida; unicamente o princípio vital assim perturbado pode fornecer ao organismo as sensações desagradáveis e impeli-lo às manifestações irregulares a que chamamos doenças (...) todas essas desordens patológicas não podem ser removidas pelo médico de algum outro modo que não seja o poder imaterial de medicamentos úteis e oportunos sobre a força vital, que os percebe pela faculdade sensitiva existente em todo o corpo. Assim, é somente por sua ação dinâmica sobre a força vital que os remédios deverão restabelecer, e de fato restabelecem, a saúde e a harmonia vital (Hahnemann, apud Damazio, 1994, p. 84).

Segundo Hahnemann, portanto, os remédios homeopáticos não se destinam a agir diretamente sobre o organismo, pois eles não são de natureza material. É esta substância fluídica que irá atuar no campo energético vital do paciente, reequilibrando-o e, conseqüentemente, restabelecendo a saúde do organismo adoentado.

Devido ao fato do adoecimento ser entendido como um estado de desarmonia do princípio vital de um determinado indivíduo, para a homeopatia nunca duas desordens físicas são completamente iguais, elas são sempre o resultado de um estado de desequilíbrio próprio de cada indivíduo. Mesmo quando as pessoas se mostram permeáveis a uma doença

epidêmica como, por exemplo, a varíola, cada indivíduo afetado pela doença irá manifestar sintomas agregados de forma variada, o que irá fazer com que os médicos homeopatas receitem medicamentos que sejam adequados a quadros específicos de cada enfermo (Warren, 1986, p. 94).

O conhecimento da doutrina homeopática chegou ao Brasil no começo de 1840, com a vinda do francês Bento Mure e do português João Vicente Martins. Ambos se interessavam por fenômenos magnéticos, eram espiritualistas e demonstravam uma enorme preocupação com a população pobre, especialmente com os escravos, que careciam de tratamentos médicos. A difusão da prática homeopática por Bento Mure realizou-se pela distribuição de folhetos entre comerciantes, professores, padres e fazendeiros. Mure e Vicente Martins fundaram o Instituto Homeopático do Brasil em 1842 (Warren, 1986, p. 98).

Inicialmente, ocorreram muitas disputas entre médicos alopatas e homeopatas, mas vários médicos convenceram-se dos argumentos e das curas da homeopatia. A disputa voltou a ficar acalorada, ainda na década de 1840, quando a Academia Imperial de Medicina moveu uma campanha fundamentada em acusações de várias ordens e que não usavam apenas critérios médicos contra a homeopatia. Segundo Giumbelli, os argumentos apelavam, simultânea e alternativamente, para razões de ordem jurídica (apenas o exercício da homeopatia era condenável, já que ilegal), acadêmica (a homeopatia era uma terapia inerte e nula; ou em alguns casos, seus medicamentos podiam envenenar os doentes), moral (homeopatas eram estrangeiros, de hábitos duvidosos) e política (os homeopatas eram perigosos, em função de sua ideologia socialista, para a ordem social e religiosa) (Giumbelli, 1997, p. 93).

A partir de 1860, passaram a ser freqüentes as relações entre homeopatia e espiritismo no Rio de Janeiro e na Bahia. Muitos médicos atuavam com a homeopatia apenas como doutrina médica; contudo, outros se converteram ao espiritismo, utilizando a homeopatia como um veículo para as práticas terapêuticas espíritas (Weber, 1999, p. 92).

Durante essa etapa do trabalho procurou-se observar como foram estabelecidas as relações de aproximação entre o espiritismo de orientação kardecista e outras escolas do pensamento europeu que preconizavam a existência substâncias imateriais, como o fluido magnético ou o fluido vital, para explicar os processos de adoecimento e de cura dos

indivíduos. Ao dialogar conceitualmente com essas práticas de cura os espíritas procuravam estabelecer alianças que os auxiliassem na estratégia de validação de sua própria visão de mundo, além de justificar as pretensões terapêuticas da aplicação prática dos postulados de sua doutrina. Vejamos agora como a doutrina espírita procurava explicar os mecanismos de organização das funções mentais e que procurava elucidar e oferecer um significado ao fenômeno do enlouquecimento.

2.4 Espiritismo e loucura.

De modo a justificar a realização da cura de enfermidades através da ação de um médium, o espiritismo kardecista seguia, basicamente, o modelo explicativo do magnetismo animal e da homeopatia ao tentar produzir um reequilíbrio da energia vital ou do fluido magnético do paciente. A única diferença do médium curador espírita em relação ao magnetizador mesmerista está no fato de o primeiro ter seus fluidos reforçados pela atividade de um espírito auxiliar. Dessa forma, para os seguidores do espiritismo existiriam três formas de transmissão do fluido magnético:

A transmissão dos Fluidos, de cuja existência só agora o mundo científico vem tomando conhecimento, é produzida por três modos: pelo magnetismo humano, que vem sendo largamente usado pela medicina oficial; pelo magnetismo espiritual, que é exercido pela transmissão direta dos Fluidos do Espírito desencarnado sobre o doente; e pelo magnetismo humano-espiritual, que é a transmissão dos Fluidos do Espírito combinados com o do médium (Freitas, 1938, p. 84 e 85).

Como foi comentado anteriormente, para a doutrina kardecista os espíritos desencarnados se manifestariam nos médiuns através da manipulação do fluido universal e, desta forma, estabeleceriam uma via de comunicação com o mesmo, sendo que essas manifestações poderiam ocorrer de uma forma extremamente sutil por parte dos espíritos. Segundo Kardec, ela aconteceria a todo o momento sem que as pessoas disso se dessem conta, produzindo e induzindo a quase totalidade dos nossos pensamentos: “... *a tal ponto, que, de ordinário, são eles que vos dirigem*” (Kardec, 2003, p. 246). Essa capacidade dos espíritos de manipular o fluido universal era utilizada para explicar tanto os processos de adoecimento físico dos indivíduos quanto os mecanismos que poderiam produzir a loucura.

Além desses pressupostos mais gerais sobre os processos de saúde e doença, em parte relacionados com as construções conceituais do mesmerismo e da homeopatia, o espiritismo também desenvolveu construções teóricas próprias para tentar dar sentido e explicação para fenômenos como a atividade psíquica, a inteligência, os sentimentos, a loucura e os comportamentos desviantes ou moralmente condenáveis. Devido à sua visão dualista da realidade, dividida entre o mundo material e o mundo espiritual, os espíritas teciam uma série de críticas ao que chamavam de “medicina materialista” e acreditavam que poderiam dar uma grande contribuição às artes de curar, principalmente no campo de tratamento das alienações mentais.

Kardec e seus seguidores utilizavam o termo “obsessão” para explicar a possibilidade de interferências indesejáveis ou imprevistas de espíritos desencarnados sobre o comportamento dos encarnados. A doutrina espírita estabelecia, e ainda estabelece, que o pensamento seria uma pura função da alma ou espírito e como o corpo espiritual é visto como superior ao corpo material, a inteligência e os sentimentos são entendidos como funções humanas que existiriam independentemente da constituição física do indivíduo, sendo o cérebro entendido como um órgão que apenas transmitiria o pensamento produzido pelo espírito e estando a ele subordinado (Kardec, 2003. Menezes, 2002).

Segundo os espíritas, a psiquiatria era incapaz de determinar de forma inequívoca onde estava localizada a sede da inteligência, da vontade e dos sentimentos. Essa característica seria o resultado de um processo gradativo de aprisionamento da medicina a doutrinas materialistas, que teriam reduzido o campo psiquiátrico a uma lei básica – órgão são, função perfeita; órgão enfermo, função perturbada – atrelada ao funcionamento cerebral, o que fazia com que a alienação mental fosse sempre definida como uma afecção do cérebro que impediria o livre exercício da vontade, da inteligência e da consciência. Embora os espíritas reconhecessem que este tipo de definição da loucura poderia ser aplicado a alguns casos, eles também asseveravam que existiriam outras situações que anulariam completamente semelhante afirmativa (Guedes, 1955. Menezes, 2002).

Mesmo quando a medicina procurava produzir teorias para estabelecer a localização das funções do aparelho psíquico no cérebro, para os espíritas essas explicações só faziam sentido se reinterpretadas através da doutrina espírita. Esse foi o caso da análise feita pelo Dr. Pinheiro Guedes acerca das pesquisas desenvolvidas no campo da frenologia. A

frenologia foi uma teoria bastante popular durante o século XIX que se desenvolveu com base nos estudos realizados pelo médico alemão Franz Joseph Gall. A frenologia era, ao mesmo tempo, um campo de estudo das faculdades psicológicas, uma teoria sobre o funcionamento do cérebro e um método para se tentar determinar o caráter e as habilidades pessoais, através do exame das características anatômicas do crânio dos indivíduos. Assim, os seguidores das teorias frenológicas reivindicavam poder determinar as características da personalidade e até mesmo o potencial para a criminalidade de um indivíduo a partir da leitura dos caroços e protuberâncias de seu crânio. A frenologia afirmava que o cérebro era o órgão produtor da mente e que as diferentes funções cerebrais dos sujeitos estariam localizadas em regiões específicas do cérebro. Como resultado deste princípio, a frenologia postulava que cada característica do comportamento ou da mentalidade humana teria sua representação em uma região particular do cérebro, sendo que estas áreas seriam proporcionais aos traços de personalidade de cada indivíduo. Assim, quanto mais acentuada fosse uma característica da personalidade do sujeito maior seria a protuberância da área relacionada a ela em seu crânio (McCandless, 1992).

A preocupação do Dr. Pinheiro Guedes não era a de refutar as idéias da frenologia, mas sim buscar demonstrar como essa teoria era um exemplo das relações estabelecidas entre o corpo material e o corpo espiritual, afirmando que ela só faria sentido se fosse interpretada através da perspectiva espírita. Como vimos, para o espiritismo o corpo material é inferior e subordinado ao corpo espiritual. Em decorrência dessa submissão, também o processo de formação do corpo material seria dirigido pelo corpo espiritual, já que, antes de encarnar, o espírito determinaria quais as características que deveriam ser desenvolvidas por esse corpo. Como resultado, para Pinheiro Guedes o corpo espiritual determinaria a natureza e a aparência do corpo material, impondo-se sobre este: *“Assim pois, a alma domina o corpo envolve-o todo, não está encerrada no seu interior, e até se revela na simples forma de um pé”* (Guedes, 1955, p. 40).

Para Pinheiro Guedes, os médicos que se interessavam pelas pesquisas na área da frenologia seriam testemunhas da ação e do domínio da alma sobre o corpo, vendo em Gall um precursor no estudo das relações entre o corpo espiritual e o corpo material, fazendo apenas a ressalva de que seria somente através do espiritismo que este campo de estudo

poderia tornar-se completo. Assim, para este autor a teoria frenológica só se tornaria compreensível através da aceitação dos postulados da doutrina espírita:

Por esse modo admite-se que o espírito possa transmitir; aceita-se, por que é compreensível, que ele imprime em seu corpo, igualmente com o tipo e a forma, sua feição característica, suas tendências morais e intelectuais; dando mais desenvolvimento ora aos centros afetivos, ora àqueles que servem à inteligência; de onde resulta a diferença de caráter, de gênio, e de temperamento que se observa nos indivíduos, desde a infância (Guedes, 1955, p. 43).

Era através do mesmo mecanismo de subordinação do corpo material pelo espírito que o Dr. Pinheiro Guedes se propunha a explicar o fenômeno do atavismo. Segundo ele, a explicação que a medicina acadêmica da época oferecia para o fenômeno do atavismo seria inaceitável e irracional. O atavismo se caracteriza pelo reaparecimento de alguma característica física num indivíduo de uma determinada espécie após várias gerações de ausência. No século XIX e no início do século XX, o atavismo era explicado por médicos, antropólogos e cientistas sociais como sendo características primitivas de um determinado grupo humano que reapareceriam em indivíduos de raças consideradas inferiores e menos evoluídas, sendo utilizado como um exemplo para justificar as teorias do darwinismo social. O conceito de atavismo também era central para a teoria de Lombroso sobre o criminoso nato. Lombroso, em suas pesquisas, procurava identificar características físicas que fossem comuns a criminosos, rotulando-as como atávicas, de forma a tentar determinar a origem do comportamento criminoso, classificado como primitivo.

Pinheiro Guedes não buscava contestar a associação entre o atavismo e os comportamentos ou características físicas classificadas como primitivas e encontradas em indivíduos considerados inferiores ou atrasados; mais uma vez, ele apenas afirmava que tais teorias seriam de mais fácil compreensão se fossem interpretadas através dos preceitos do espiritismo. Segundo ele:

Provada a existência da alma, ninguém de certo, porá em dúvida que é ela quem dirige o corpo, anima e domina: ela vai ser o transmissor, o veículo dos vezos e cacoetes e também das moléstias. Um espírito brutal deve ter um corpo grosseiro, adequado às suas necessidades, para estar de acordo à sua natureza. Um espírito angélico tem, não pode deixar de ter, um corpo delicado, apropriado à agudeza do seu engenho, afinado pela sutileza de seus sentimentos (Guedes, 1955, p. 39).

Assim, Pinheiro Guedes reproduzia os preconceitos raciais de sua época expressados nas teorias do campo da frenologia e do darwinismo social, explicando-as através da teoria espírita. Para o autor, os sujeitos que possuíam um corpo considerado grosseiro pelos padrões estéticos do período só poderiam ser considerados como espiritualmente atrasados e localizados numa escala inferior e atrasada do processo de evolução espiritual.

É interessante notar que, quase quarenta anos depois, quando a teoria da frenologia, e da craniometria que a ela estava relacionada, já encontravam um razoável número de críticos dentro da comunidade científica e começavam a ser consideradas como pseudociências, outro médico espírita, o Dr. Wantuil de Freitas, demonstrava compartilhar dessas alegações, tentando demonstrar que essas teorias não poderiam estar de acordo com os princípios do espiritismo, justamente pelo fato de o cérebro não ser considerado o órgão produtor do pensamento por ser esta uma característica exclusiva do espírito:

Se o cérebro fosse o órgão do pensamento e a massa cinzenta o seu laboratório, naturalmente os homens de cérebros volumosos deveriam ser mais inteligentes, como já foi apregoado; tal, entretanto, se não verifica, comprovando as estatísticas que a inteligência nenhuma relação tem com o tamanho ou a forma do cérebro (Freitas, 1938, p. 85 e 86).

Esse argumento apresentado pelo Dr. Wantuil de Freitas nos permite observar como os médicos espíritas se encontravam constantemente atualizados acerca dos debates travados no campo acadêmico em torno dos mecanismos de funcionamento das funções mentais e das teorias da área psiquiátrica. Outro ponto que merece ser destacado refere-se à plasticidade do núcleo da doutrina espírita quando aplicada ao funcionamento da mente, característica que permitia que teorias que buscavam explicar o desenvolvimento da inteligência e dos traços de personalidade, além de sua localização no cérebro, pudessem ser contestadas a partir de princípios argumentativos diversos, mas ainda assim em perfeita coerência em relação aos preceitos espíritas.

No entanto, é preciso salientar que o ponto que Pinheiro Guedes buscava ressaltar na sua análise das teorias da frenologia e do atavismo encontrava-se centrado na sua tentativa de demonstrar o princípio da submissão do corpo material ao corpo espiritual. De modo a enriquecer essa afirmação, o autor recorria também a outros exemplos, como quando passava a debater a influência das emoções no funcionamento das funções do sistema nervoso simpático, que poderiam comprometer o bom funcionamento da vida vegetativa.

Pinheiro Guedes argumentava que a vida vegetativa é o resultado do funcionamento de órgãos e sistemas que mantêm o indivíduo vivo, como a circulação e a digestão, que atuariam de forma independente da vontade do sujeito:

Estas funções, como todas as que têm por fim nutrir, reparar, conservar os órgãos, e são por isso denominadas de vida vegetativa, se exercem e operam sob o influxo direto e imediato de uma inervação que lhes é peculiar - o sistema ganglionar, também chamado o grande simpático (Guedes, 1955, p. 44 e 45).

Pinheiro Guedes questionava como que o sistema nervoso simpático, sendo um sistema autônomo e automático, que funciona à revelia da vontade do sujeito, poderia ser perturbado por fortes emoções que comprometeriam o funcionamento da vida vegetativa. Para o autor, as perturbações das funções de circulação e digestão por algum choque emocional demonstravam a necessidade da existência de outro agente, além dos nervos, que fosse capaz de compreender e transmitir os efeitos de um forte abalo emocional ao organismo. Segundo ele:

Esse outro agente é o *perispírito* (...) constituído de uma matéria etérea, parte do fluido universal selecionado e pertencente a cada esfera do mundo, e por via do qual o espírito se incorpora, consubstancia-se órgão por órgão, molécula à molécula com o seu corpo (Guedes, 1955, p. 46).

Recorrendo ao espiritismo para explicar a influência das emoções sobre o sistema nervoso simpático, Guedes postulava a idéia de que o perispírito seria o agente responsável por mediar a relação entre o corpo espiritual e o corpo material. Conseqüentemente, tendo o indivíduo passado por alguma experiência que o tivesse deixado emocionalmente transtornado, esse acontecimento produziria uma perturbação em seu corpo espiritual, entendido como a sede das emoções. Como o espírito seria incapaz de atuar diretamente sobre o corpo material, ele excitaria o perispírito, sendo esta excitação percebida pelo corpo físico do sujeito, que responderia através da alteração das funções vegetativas. Nas palavras de Guedes:

Ao embate de uma paixão violenta o espírito se conturba, comove-se; o espírito se confrange, o perispírito se contrai necessariamente, mais ou menos conforme o choque é mais ou menos violento, inesperado ou cruel; o perispírito contraindo-se diminui o seu influxo sobre a molécula material, sobre a célula orgânica, sobre o órgão, que por isso perde o calor, a energia, a atividade e até a vida. Assim, desse modo, compreende-se como uma

emoção brusca e violenta pode, não só perturbar funções, que se não exercem sob o influxo dos nervos da vida de relação, mas até aniquilar o vivente (Guedes, 1955, p. 47).

Dessa forma, paixões intensas, sofrimentos e sentimentos deprimentes resultariam em abalos emocionais que poderiam ter como conseqüência uma modificação no funcionamento dos sistemas fisiológicos que garantiam a regularidade das funções que sustentam a sobrevivência do organismo. Esse tipo de argumentação era mais uma tentativa de estabelecer a relação de subordinação do corpo físico ao espírito, entendido como a verdadeira sede de processamento das emoções.⁷

Para os espíritas, a medicina se mostrava incapaz de demonstrar de forma satisfatória a localização da inteligência e dos traços de personalidade no cérebro, como se processavam as emoções, que influências elas exerciam sobre o organismo e quais eram as causas da alienação mental. Segundo eles, todos esses fracassos eram conseqüência da insistência da medicina acadêmica em se negar a trabalhar com o conceito de “alma”.

Esse era um ponto tão controverso que, quase cinqüenta anos depois do Dr. Pinheiro Guedes apresentar seus argumentos outro médico espírita, o Dr. Inácio Ferreira, diretor do Sanatório Espírita de Uberaba, que publicou, em 1949, o segundo volume de sua obra, *Novos Rumos à Medicina*, resumiu da seguinte maneira a posição dos espíritas:

Onde estará a sede da inteligência? Da vontade? Dos sentimentos enfim? Problema que resta insolúvel, X que persiste em se tornar oculto desafiando a argúcia, o esforço e a sabedoria dos homens de ciência e dos pesquisadores (...) a Anatomia, a Fisiologia, a Frenologia, a Histologia não foram capazes de descobrir, no cérebro, a sede da loucura, a sede das perturbações para os desequilíbrios nervosos e muito menos a da alma e a dos sentimentos (Ferreira, 1949, p. 16).

Como o pensamento é um derivado direto do espírito, segundo as formulações kardecistas, a ponto de os dois se confundirem, o fato de o nosso mundo ser habitado por uma infinidade de espíritos desencarnados com a capacidade de influenciar o espírito dos encarnados, levaria os sujeitos a terem perpetuamente seus pensamentos conscientes manipulados por essas forças imateriais que poderiam, eventualmente, levá-los a apresentar um quadro de alienação mental. Segundo Kardec:

⁷ Note-se a semelhança das explicações espíritas sobre os transtornos que as paixões e as emoções intensas poderiam exercer sobre o sistema fisiológico, com as considerações de Pinel acerca da influência das paixões humanas sobre o equilíbrio das funções da economia animal.

[a] alma é um Espírito que pensa. Não ignorais que, freqüentemente, muitos pensamentos vos acodem a um tempo sobre o mesmo assunto e, não raro, contrários uns aos outros. Pois bem! No conjunto deles, estão sempre de mistura os vossos com os [dos espíritos] (Kardec, 2003, p. 246).

Segundo o kardecismo, existiriam duas formas de loucura: a loucura por lesão cerebral e a loucura que se manifestaria independente da existência de uma lesão. Como conseqüência de o pensamento ser uma função do espírito, constatando-se a presença de uma lesão cerebral apenas a capacidade do organismo de transmitir o pensamento seria afetada, produzindo um caso da loucura facilmente observável – posto que resultante de uma causa física. No entanto, mesmo os casos de loucura resultantes de uma lesão cerebral ou de uma má-formação de origem orgânica eram explicados a partir da lógica da doutrina espírita. Para os seguidores da doutrina de Kardec, este tipo de loucura ocorreria como uma conseqüência da aplicação de uma lei cármica, que determinava que as faltas cometidas em vidas passadas fossem ser expiadas em encarnações subseqüentes. Desta forma, toda e qualquer dificuldade enfrentada nessa existência por um indivíduo eram entendidas como parte das provações que um espírito encarnado deveria passar na busca pelo seu aperfeiçoamento moral e espiritual. Seria somente através do enfrentamento dessas provações que seus erros passados poderiam ser redimidos. Era essa crença que levava o Dr. Inácio Ferreira a afirmar:

Na Terra existem milhões de criaturas que, embora revestidas de sentimentos bons, verdadeiros padrões e exemplos para os demais seres viventes, não deixam, todavia, de sofrer dias amargos, tendo por únicos companheiros, as lágrimas, as dores e os tormentos, (...) sofrem as conseqüências de torturas e males que espalharam em existências passadas, destruindo felicidades, derruindo lares, espargindo dores e angústias! (Ferreira, 1949, p. 31 e 32).

Assim, nos casos em que a loucura ocorria em decorrência de uma causa orgânica ou nos casos de idiotia, as perturbações mentais do sujeito eram compreendidas como o resultado direto de faltas que teriam sido cometidas em vidas passadas, sendo encaradas como uma punição que deveria ser suportada com resignação:

Os que habitam corpos de idiotas são Espíritos sujeitos a uma punição. Sofrem por efeito do constrangimento que experimentam e da impossibilidade em que estão de se manifestarem mediante órgãos não desenvolvidos ou desmantelados (Kardec, 2003, p. 207).

Além dessa forma mais facilmente verificável de loucura, para os espíritas, da mesma forma que para os alienistas do começo do século XIX, também haveria a ocorrência de casos de alienação mental sem que pudesse ser detectada uma lesão cerebral ou um comprometimento das funções orgânicas do indivíduo.⁸ Isso se daria por que:

Assim como o mau estado do instrumento de transmissão [o cérebro] determina o que chamamos – alienação mental –, embora em perfeito estado se ache a fonte do pensamento [a alma], assim, por igual, o mau estado desta determina a alienação, embora esteja sã o instrumento de transmissão (Menezes, 2002, p. 8).

Desta forma, poderia haver alienação mental se a alma ou espírito se encontrasse em um estado de perturbação, sendo que a causa desta perturbação do espírito seria resultante da: “... *ação fluídica de Espíritos inimigos sobre a alma ou Espírito encarnado no corpo*” (Menezes, 2002, p. 8).

Era desta forma que Bezerra de Menezes, importante médico e político brasileiro da segunda metade do século XIX e um dos primeiros presidentes da Federação Espírita Brasileira, apresentava as duas formas distintas de loucura em seu livro, *A Loucura sob um novo prisma*, editado originalmente em 1897: uma resultante de lesão cerebral, e denominada por ele de loucura científica; e outra na qual a lesão não podia ser observada, designada de loucura por obsessão, ou seja, pela ação fluídica de outros espíritos, sendo esta última o objeto que a teoria espírita se propunha a descrever. Através da formulação de sua teoria, podemos dizer que todos os tipos de distúrbios mentais que não fossem decorrentes de uma causa orgânica eram compreendidos como desvios da razão ou da moral, passando a serem explicados como resultantes da ação persecutória de espíritos que teriam a capacidade de afetar e influenciar a vida dos encarnados. A obsessão espiritual designaria exatamente a loucura sem qualquer substrato orgânico, sendo o objetivo do livro de Bezerra de Menezes determinar sua causa, estabelecendo os mecanismos para a realização de seu diagnóstico diferencial e prescrevendo os meios para o seu tratamento.

⁸ Característica que, como vimos, levaram Pinel e Esquirol, por exemplo, a determinarem a existência de uma primazia das perturbações das paixões na produção da loucura.

Segundo a doutrina espírita, todo corpo espiritual que se encontra encarnado e participando do mundo material tem como principais objetivos expurgar as faltas cometidas em vidas anteriores e a missão de empreender uma busca pelo aprimoramento de suas qualidades morais, fatores que irão garantir a aceleração de seu processo de evolução espiritual. Como consequência, o espírito humano era percebido como um instrumento que deveria contribuir para o aprimoramento do mundo e das relações humanas através do desenvolvimento e do progresso de suas próprias faculdades intelectuais e morais, caminhando sempre em direção a uma maior perfectibilidade. Para a doutrina kardecista, o espírito humano seria incapaz de retroceder no seu processo evolutivo; o corpo espiritual poderia, quando muito, permanecer estacionado no mesmo nível de evolução espiritual atingido numa encarnação anterior. Este princípio do kardecismo tornava impraticável a aceitação, por parte dos médicos espíritas, de teorias que procuravam explicar a loucura como um resultado da degeneração das faculdades mentais de um indivíduo, já que seria impossível a um corpo espiritual regredir em seu processo de aprimoramento. Dito de outra forma, para o espiritismo seria impossível a um espírito “involuir”. É por esse motivo que, quando se verifica a ocorrência de um caso de alienação mental em um sujeito que levou uma vida normal durante boa parte de sua existência, sem que seja possível determinar uma causa orgânica que tenha produzido este estado, os médicos espíritas argumentavam que sua causa deveria ser, necessariamente, o resultado da interferência de um agente externo que estaria perturbando a capacidade do corpo espiritual de se manifestar adequadamente através de seu corpo material; caso em que se verificaria a loucura por obsessão. Nesse sentido, em todos os livros de médicos brasileiros que defendiam os pressupostos do espiritismo são apresentados argumentos de defesa das teorias da loucura por obsessão.

Em seu livro *Ciência Espírita*, publicado pela primeira vez em 1901. Dr. Pinheiro Guedes apresenta a teoria da loucura por obsessão, tentando também estabelecer as diferenças entre este tipo de loucura e as outras classes de distúrbios mentais. Em seu texto, Pinheiro Guedes procurava diferenciar os estados mentais mórbidos entre aqueles que afetavam a vida vegetativa – ou seja, os que alteravam as funções de sistema nervoso simpático, como a digestão e a respiração – dos estados que afetavam o que ele denominava como vida de relação – ou seja, os que perturbavam as funções responsáveis pela relação do

indivíduo com o meio em que estava inserido, como a motilidade e a sensibilidade. Esses estados mentais mórbidos eram classificados pelo autor sob o termo de nervoses:

Dá-se o nome de *Nervoses*, em Medicina, à estados mórbidos que consistem em perturbações funcionais, sem lesões materiais nem causas apreciáveis; e que se observam principalmente na vida de relação, mas também na vegetativa (Guedes, 1955, p. 51).

Ainda segundo Guedes, as nervoses que afetariam os sistemas da vida vegetativa raramente possuiriam a capacidade de afetar a vontade ou a inteligência do indivíduo que fosse por elas acometido, e deveriam ser tratadas através da medicina convencional. Exemplos desse tipo de nervose seriam a dispepsia, a asma e a *angor pectoris*, que teriam como causas predisponentes a ação de algum tipo de doença infecciosa que tivesse atacado anteriormente o organismo, como a herpes ou a sífilis. Já as nervoses que afetariam a vida de relação teriam a capacidade de perturbar e alienar a vontade e a inteligência do enfermo, subjugando a consciência e reduzindo o indivíduo afetado a um estado de embrutecimento mental. Para Guedes, as nervoses que se encontravam nessa segunda categoria não possuiriam uma causa orgânica. Recorrendo aos pressupostos do espiritismo kardecista, o autor postulava a existência de quatro tipos diferenciados de nervoses de relação. Em primeiro lugar existiriam aquelas que seriam o resultado apenas da expressão dos “estados da alma” do enfermo; em seguida viriam àquelas que seriam a consequência de uma perturbação na relação entre o espírito e seu corpo material; em terceiro lugar haveria as nervoses complexas que seriam o resultado de uma combinação de uma perturbação mental do sujeito aliado à intervenção de uma entidade espiritual desencarnada; finalmente existiriam as nervoses que teriam como causa a obsessão espiritual:

Destas [nervoses de relação], umas, como a *Nostalgia* e a *Hipocondria*, são mera exteriorização de estados da alma: outras traduzem uma desordem nas relações da alma com seu corpo, como a *Catalepsia*; outras, como a *Histeria*, representam estados complexos, misto de desordens psíquicas e intervenção de uma vontade ou atividade estranha, invisível - um espírito; outras finalmente, como a *Loucura*, na maioria dos casos, são fenômenos espíritos, são fatos da vida espírita. O doente, neste caso, é simplesmente um *médium de incorporação*, um possesso, um obsedado (Guedes, 1955, p. 52).

Para Pinheiro Guedes, os casos de loucura em que não fosse possível localizar uma lesão cerebral teriam uma gravidade mais acentuada, de acordo com a menor capacidade do enfermo de controlar seu corpo material e de demonstrar domínio sobre sua vontade, seus

sentimentos, seus desejos e sua inteligência. Esses mesmos sintomas estariam relacionados com a intensidade da interferência de um ou mais espíritos obsessores no relacionamento do espírito do paciente com seu corpo material, neste caso impedindo que o espírito do paciente exercesse o completo domínio de seu corpo. Como resultado, o alienado era considerado pelo autor como um médium inconsciente, ou seja, como um veículo para a manifestação de espíritos desencarnados que não possuía o conhecimento necessário para desenvolver sua mediunidade de modo a impedir a subjugação de seu espírito pelo espírito obsessor.

Como forma de ilustrar o seu ponto de vista, o autor citava exemplos de casos que seriam corriqueiros no meio espírita, mas que seriam considerados como exemplos de alucinações e de casos de alienação mental pelas teorias psiquiátricas do período, procurando demonstrar que esses fenômenos eram, na verdade, expressões de habilidades mediúnicas latentes e que, conseqüentemente, deveriam ser abordados como fatos espirituais. Nesse sentido, é interessante notar a capacidade do discurso espírita de ressignificar positivamente fenômenos de perturbação das atividades do aparelho psíquico que eram interpretados de forma negativa pela psiquiatria:

Não se pode aceitar, seriamente, como perversão dos sentidos - alucinação - a audição de palavras, frases e dissertações em língua que o ouvinte não conhece, e que ele repete com dificuldade; ou ainda a audição de uma peça de música. (...). Assim também a descrição exata da figura de um indivíduo, que o vidente nunca vira antes, falecido ou ausente; descrição minuciosa de seu porte, feições, atitudes e gestos habituais, o que revela a realidade e prova a identidade da pessoa, embora só a ele visível. (...). São numerosos fatos desta natureza, registrados na literatura médica, na dramática e em outras (Guedes, 1955, p. 31).

Através destes argumentos, Pinheiro Guedes defendia a hipótese de que a loucura seria o resultado de fenômenos espíritas de comunicação ou de subjugação espiritual, produzidos tanto por espíritos desencarnados quanto por encarnados. Nesse ponto, o autor fazia uma referência às práticas do hipnotismo e da sugestão mental, que eram os principais conceitos teóricos utilizados pelos espíritas como forma de justificar seus postulados acerca da capacidade de uma personalidade conseguir influir e controlar a atividade mental de outro indivíduo:

São estados da alma [os diferentes tipos de loucura], devidos à ação mais ou menos direta dos espíritos desencarnados ou mesmo de encarnados, influenciando sobre as criaturas de diversos modos: desde a simples sugestão - insistente, perene, tenaz, até a ação direta, enérgica, violenta, provocando os chamados ataques (Guedes, 1955, p. 53).

Outro autor que compara a alienação mental a uma mediunidade latente é o Dr. Antão de Vasconcelos. Em seu livro *Revelações de Além Túmulo*, publicado originalmente em 1907, o autor defende a hipótese de que todas as pessoas que demonstravam a capacidade de se comunicar com espíritos desencarnados, sendo classificadas como médiuns latentes, possuiriam o sistema nervoso mais excitável do que o restante da população, fazendo a ressalva de que este fato não significava que todos os indivíduos que sofressem de alienação pudessem ser classificados como médiuns. Segundo Vasconcelos, se o médium atacado por um espírito obsessor fosse um sonambúlico, ou seja, um médium com a capacidade de incorporar um espírito desencarnado, a obsessão poderia ocorrer de forma mais violenta, já que neste caso o espírito obsessor poderia controlar totalmente o obsidiado:

No momento da excitação, a razão sufocada pela sensibilidade não funciona e a sugestão é sempre aceita no sentido da reação contra o ato que no-la produziu. Se o *médium* que está em excitação é sonambúlico, o obsessor dele se apossa, torna-se o dono do instrumento, do corpo, e o maneja no sentido que lhe convém. Quando o alucinado que, perante a sociedade é o responsável, recobra a razão, não tem a mínima consciência, o menor conhecimento do ato que praticou. Foi um agente mecânico, como o volante de uma máquina que arrebentasse nos raios o curioso incauto. Esta ação persistente do obsessor sobre o médium, mata-lhe toda a força moral e torna-se entre as mãos daquele matéria inerte (...). É o escravo ante o senhor; é o criminoso com a inconsciência do louco (Vasconcelos, 1936, p. 326).

Vasconcelos defende a idéia de que uma grande parcela dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos do país seria composta, na verdade, por médiuns que, ao não se recordar do que acontecera quando estavam dominados por um espírito obsessor, não possuiriam conhecimento real dos motivos que os levaram a ser internados.

Mesmo sendo um fenômeno inimaginável dentro das formulações do mesmerismo – já que supunha, por definição, a idéia de espírito – a teoria do magnetismo animal servia de referência para os argumentos utilizados pelos espíritas para explicar os métodos pelos quais um espírito obsessor exercia sua influência sobre o alienado. Assim, quando um obsessor passasse a assediá-la pessoa, tudo se passaria à maneira do hipnotizador, que domina a vontade do sonambulizado como se este estivesse sendo hipnotizado pelo

primeiro. Ao lado dessa imagem, de natureza mais “psicológica”, aparecia também, aplicada à mesma questão, uma analogia mais propriamente “magnética”: as influências de um espírito sobre outro ocorreriam e se manteriam através de uma “ação fluídica”. De todo modo, o espírito obsessivo ocupava o lugar de um hipnotizador/magnetizador, cuja influência sobre o espírito do enfermo dependeria de uma suscetibilidade definida em termos morais – tanto maior quanto menor fosse a grandeza do caráter, da retidão moral e dos sentimentos do obsidiado.

A analogia entre a ação obsessiva de um espírito desencarnado e a atuação de um hipnotizador era tão acentuada entre os espíritas que o Dr. Wantuil de Freitas chegava a afirmar que a hipnose era o resultado de uma obsessão entre duas pessoas: *“O Hipnotismo é uma obsessão entre encarnados, e, como a loucura espiritual, também consegue, no fim de algum tempo, o completo domínio do hipnotizador sobre o paciente que, mesmo de longe, pode ser dirigido”* (Freitas, 1938, p. 95).

Outra diferenciação realizada por Pinheiro Guedes para categorizar os casos de alienação mental resultantes de uma obsessão espiritual estaria relacionada com a natureza do sentimento que o espírito obsessivo nutria pelo obsidiado, e que o levaria a atuar sobre este. Segundo o autor, os espíritos poderiam se manifestar diferencialmente se estivessem impulsionados por sentimentos de amor ou de ódio. Como resultado, a obsessão poderia ser de natureza mais branda, no caso de uma aproximação influenciada por um sentimento de afeto, ou mais violenta, se fosse o resultado de um sentimento de ódio ou por uma busca de vingança por parte do obsessivo:

Assim se compreende e explica-se o porque das formas tão variadas, quase infinitas da *histeria*, desde a simples tristeza ou alegria, sem causa que as justifique, até a abstração, enlevo ou embevecimento e o êxtase até a loucura; desde o estado em que a vítima canta ou dança, grita e chora sem saber porque, até aquele em que, furiosa, rasga as vestes, debate-se e cai por terra, convulsa, em contorções medonhas, horrorosas ou lúbricas; as quais, para serem explicadas racional e satisfatoriamente, só podem ser atribuídas à natureza do sentimento que anima, agita e impulsiona o espírito agressor ou obsessivo (Guedes, 1955, p. 53 e 54).

Neste tipo de explicação para os tipos diferenciados de manifestações da alienação mental, o autor baseia sua argumentação no postulado da retribuição cármica, conforme determinado pela doutrina espírita e a qual todos os indivíduos estariam sujeitos. Se o espírito obsessivo fosse levado a agir violentamente, impulsionado por um sentimento de

ódio, isso se daria provavelmente pelo fato de o enfermo ter praticado algum tipo de iniquidade contra esta entidade espiritual em alguma etapa anterior da sua existência, fato que o levaria a atuar com o objetivo de se vingar e obter algum tipo de reparação pelo sofrimento que o enfermo lhe houvesse causado anteriormente.

Nesse sentido, a loucura era constantemente interpretada pelos espíritas como o resultado de atitudes impróprias que o paciente teria cometido em vidas passadas e pelas quais estaria recebendo uma punição, sendo esta a causa mais freqüentemente referida pelos médicos espíritas para explicar os casos de alienação mental. Para o Dr. Inácio Ferreira esta era a principal causa de produção da obsessão espiritual e, conseqüentemente, da loucura:

É bastante saber que *os mortos não estão mortos e eles voltam*, e voltam com os mesmos sentimentos de maldade, de ódio e de inveja, procurando, na invisibilidade de sua nova existência, a derrocada de todos aqueles que se interpuseram entre eles e seus objetivos e se levantam no seu caminho, procurando prejudicá-los, quer direta, quer indiretamente (...). Uns, completamente conscientes de seu estado, com o auxílio de inúmeros outros - espécie de apaniguados - aproveitam todas as circunstâncias, e todas as fraquezas dos seus inimigos: são portas abertas para a penetração dos seus fluídos, por intermédio dos quais agem de maneiras infinitas (Ferreira, 1946, p. 51 e 52).

Outro aspecto apresentado pela teoria espírita acerca da loucura por obsessão dizia respeito aos fatores que facilitariam a interferência desses agentes externos sobre o espírito de um determinado indivíduo, sendo o principal deles a incapacidade dos sujeitos de controlarem adequadamente suas paixões. Novamente realizando uma aproximação com as postulações alienistas francesas, a teoria espírita defendia a idéia de que o indivíduo que levasse uma vida desregrada e entregue a intensas paixões, apresentando uma baixa capacidade de controlar seus desejos, necessariamente acabaria sendo conduzido a um estado de deterioração moral, fato que aumentaria sua suscetibilidade a influências externas.⁹

Como resultado de uma lei postulada pelo espiritismo, que afirma que os elementos semelhantes se atraem mutuamente, os pensamentos desregrados produziram a

⁹ Mais uma vez fazemos menção aqui às noções presentes no alienismo do século XIX de que a principal causa da loucura seria a experimentação descontrolada das paixões, comportamento que levaria os indivíduos a cometer todo o tipo de excesso e que resultaria numa incapacidade de o mesmo exercer um apropriado controle dos seus desejos através do exercício da vontade.

aproximação de espíritos inferiores, que influenciariam os sujeitos a se comportarem de maneira leviana ou imoral:

Desde que sobre ti atuam influências más, é que as atraís, desejando o mal; porquanto os Espíritos inferiores correm a te auxiliar no mal, logo que desejes praticá-lo. Só quando queiras o mal, podem eles ajudar-te para a prática do mal. Se fores propenso ao assassinio, terás em torno de ti uma nuvem de Espíritos a te alimentarem no íntimo esse pendor (Kardec, 2003, p. 248).

O que começaria apenas como uma influência maléfica sobre as atitudes e comportamentos das pessoas poderia se desenvolver para um estado de total dependência do sujeito ao seu espírito obsessivo, chegando então a produzir uma eliminação gradual da vontade do obsidiado e levando-o a um estado cada vez mais acentuado de descontrole e de perturbação mental: “*Sem dúvida são esses os verdadeiros possessos*” (Kardec, 2003, p. 250).

Dessa forma, qualquer excesso das paixões e dos sentimentos atuaria como fator de predisposição para a loucura, sendo que a melhor maneira de se prevenir-la encontrava-se no modo de vida dos sujeitos. Quanto mais controlada e de acordo com os preceitos morais do período fosse a existência de um indivíduo, quanto menos exaltados fossem os seus estados de ânimo, mais protegido ele se encontraria das influências espirituais externas que poderiam lhe conduzir à alienação mental (Menezes, 2002).

Segundo a teoria espírita, a melhor forma de se evitar a alienação mental, e mesmo as enfermidades de um modo geral, seria através de um constante exercício de autopolicimento moral por parte dos indivíduos. Era através da regulação dos “estados de espírito” que o Dr. Pinheiro Guedes buscava explicar o mecanismo que poderia produzir o adoecimento:

Em geral o indivíduo que é metódico, paciente e calmo, que segue uma norma de vida regular e não é atropelado pelo revultar da sociedade; cuja atividade não é solicitada simultaneamente por uma multiplicidade de coisas as mais disparatadas; esse tal é sadio, tem a vida longa. (...). A alegria é expansiva, ela avigora a circulação, aquece, dá calor ao corpo, anima e robustece o organismo, mantém a saúde, prolonga a vida. A tristeza, ao contrário, é reconcentrada; ela retarda a circulação, arrefece, tira calor ao corpo, desanima e enfraquece o organismo, arruína a saúde, encurta a vida (Guedes, 1955, p. 48, 49 e 50).

Mas dentro do contexto dos postulados espíritas onde tudo que fosse praticado de forma intensa e exagerada era interpretado como fundamentalmente prejudicial, a alegria

em excesso poderia ser uma demonstração de uma vida desregrada e descontrolada sendo, por esses motivos, também vista como censurável: *“Mas, como os extremos se tocam, e todo o excesso é mau; se a deprimente tristeza é funesta à existência, a alegria, quando excessiva, materializada, nada racional, não o é menos; pode até fulminar”* (Guedes, 1955, p. 50).

Assim, todo o tipo de comportamento que se afastasse dos preceitos de moralidade do período era encarado como um facilitador da obsessão espiritual. Como consequência, os ébrios, os homossexuais, os jogadores, as prostitutas, os assassinos e os conquistadores, entre outras categorias de sujeitos, estariam sempre mais propensos a serem acometidos de uma obsessão espiritual. Segundo Antão de Vasconcelos, o alcoolismo era particularmente prejudicial ao processo de evolução espiritual dos espíritos encarnados, sendo duplamente condenável por ser tanto uma fácil porta de entrada para as influências negativas de espíritos obsessores quanto um empecilho para as tentativas de resistência à obsessão:

Procurada ou não, a embriagues é um veículo, um novo desequilíbrio, que a força psíquica reúne àquela que já impele o desequilibrado e como tal, não deve agravar o delito, segundo a escola Espírita. Deve, entretanto, ser sempre punida (...). Como excitante, o álcool abre as portas á sugestão; como deprimente, fecha as portas á reação, inutilizando o *médium* (Vasconcelos, 1936, p. 346).

Em seu livro, Antão de Vasconcelos relata um caso de obsessão espiritual que foi tratado pelo grupo espírita do qual ele fazia parte. O relato se parece com o enredo de um romance, narrando fatos que teriam ocorrido no início do século XIX na Espanha. A estória relatada, na melhor tradição moralizante do espiritismo, trata de uma existência anterior da paciente, quando ela teria se deixado seduzir por um amante que a levou a abandonar o marido. Em seguida, a mulher e o amante empreendem uma fuga juntos, levando consigo os filhos desta, somente para que ela fosse posteriormente assassinada pelo amante quando este se apaixonou por uma jovem de dezessete anos. As faltas morais que a paciente teria cometido nessa vida anterior teriam produzido um desejo de vingança de entidades espirituais, que passaram a persegui-la nessa outra existência, levando-a a loucura. Esse caso específico buscava dramatizar a crença espírita na existência de uma retribuição espiritual e divina, que cobraria as faltas cometidas pelos indivíduos que atentassem contra a moral familiar. Isto fica claro quando no final do primeiro capítulo, intitulado "sedução e

crime" o autor adverte: "*Atentai, mães de família, para este quadro, meditai nele; inspirai-vos neste triste exemplo para vos fortalecerdes no cumprimento dos deveres de - Esposa e Mãe!*" (Vasconcelos, 1936, p. 49). O recado do autor parece claro, os únicos papéis sociais permitidos às mulheres do período eram o de esposa e mãe de família; se as mulheres se mostrassem incapazes de executar de forma apropriada esses papéis sociais e de arcarem com as obrigações familiares, tudo o que poderiam esperar era o infortúnio e a possibilidade de virem a sofrer uma obsessão espiritual numa vida posterior.

Num outro trecho de seu relato Antão de Vasconcelos deixa mais uma vez claro o tipo de apreço que ele nutria pelo sexo feminino, em uma demonstração de como os preceitos espíritas estavam impregnados dos valores defendidos pela moral cristã do período: "*Quem esqueceu, porventura, a lenda do Éden, em que Satanás se encarnou no corpo da mulher, para tentar o companheiro do Paraíso terreal?*" (Vasconcelos, 1936, p. 64).

Ainda de acordo com os postulados do espiritismo kardecista, o mundo espiritual seria habitado tanto por espíritos inferiores, responsáveis pela obsessão dos alienados, como por espíritos que teriam alcançado um elevado grau de evolução espiritual, sendo estes últimos normalmente designados como "espíritos de luz" ou como "guias espirituais". Ambos os tipos de espíritos estariam em constante contato com os espíritos encarnados. Realizando uma aproximação com a tradição católica do anjo da guarda, os espíritas acreditavam que todas as pessoas possuiriam um guia espiritual específico, que teria a responsabilidade de ajudá-la e protegê-la contra a ação de espíritos pouco evoluídos ou espíritos que estivessem em busca de algum tipo de vingança. Seguindo estes preceitos, o Dr. Antão de Vasconcelos afirmava que todas as pessoas possuiriam um espírito protetor, denominado por ele como Guia. Para este autor, os espíritos protetores e obsessores estariam sempre em proximidade das pessoas, numa disputa constante para influenciar as ações dos encarnados:

Protetora de um lado, agressora do outro, é dessa luta ofensiva e defensiva que nasce o justo e o injusto. A força psíquica protetora, denominaram os espíritos: *Guia*. A outra: *Obsessor*. A criatura, pois, que tem em si, no seu - eu - a força, que é o próprio espírito ou alma dotada das suas faculdades e da consciência, tem a grande arma de combate para a luta, a inteligência iluminada pelas sugestões do Protetor, que é infalível, espírito perfeito, Anjo enfim (...). No momento da resolução, de encontro à boa sugestão, os obsessores lançam mil outras, de forma a estabelecerem confusão, e as duas forças contrárias e opostas oprimem, carregam as conchas da balança onde o raciocínio e a razão pesam os motivos (Vasconcelos, 1936, p. 322 e 323).

No entanto é importante ressaltar que os espíritos protetores, ou Guias, teriam sua ação facilitada pelos indivíduos, se estes buscassem ter pensamentos “puros” e “elevados”, formulação que estava de acordo com os preceitos espíritas da atração dos semelhantes. Nesse sentido, mais uma vez, as obsessões eram interpretadas como sendo de inteira responsabilidade do próprio sujeito, pois se ele tivesse pensamentos “maus” ou “pouco elevados” acabaria por atrair a atenção de espíritos obsessores sobre si. Para o espiritismo, seria o caráter do sujeito que determinaria qual o tipo de influência espiritual atuaria sobre ele de forma predominante, se a do Guia ou dos espíritos obsessores:

Ante as duas intuições, si o sugestionado for calmo, refletido, de forma que o - *eu* - que pensa, entre em cálculo com o meio, as suas condições, as conseqüências, que dimanam do alto, a ação próxima ou remota sobre a sociedade e a família, meditando os - *prós e os contras* - é certa a vitória do - *eu* - apoiado e fortalecido pelos conselhos do - *Guia*. Se o *eu* colocado entre as duas forças, não tem a resolução precisa para, em abstrato, considerar cada uma das sugestões recebidas, naturalmente determina-se pela mais forte, por aquela que melhor lhe quadra, *na ocasião*, e é arrastado nesse sentido (Vasconcelos, 1936, p. 323).

Era dessa forma que o espiritismo procurava explicar os casos de alienação mental em que, passada a crise alucinatória, o sujeito não reconhecia como suas as ações que houvesse cometido. Dessa forma, o espiritismo, e os métodos de cura dele derivados, produziam a idéia de um sujeito eternamente em conflito com forças espirituais de naturezas opostas, que se enfrentavam pela “posse” de sua consciência e que poderiam produzir mudanças bruscas em seu comportamento, mudanças que eram sempre explicadas como o resultado de uma obsessão espiritual:

O fenômeno de possessão (ou *incorporação*, na linguagem espírita), que significa a possessão do espírito encarando pelo desencarnado; o qual se apossa do organismo, bruscamente e com violência, como na *Epilepsia*; ou como na *Loucura*, lenta e sub-repticiamente; e de um ou de outro modo na *Histeria*, é o que constitui o chamado desdobramento da personalidade, que é antes uma duplicação do indivíduo; por que, não podendo a alma separar-se completamente de seu corpo, pois seria a morte; o que de fato se dá é a subjugação do *encarando* pelo *desencarnado*, o predomínio deste sobre aquele; que, não obstante continua ligado ao seu corpo, na posse dele, posto que contrariado, subjugado (Guedes, 1955, p. 52 e 53).

A tese da obsessão é apresentada pelos médicos espíritas como a única capaz de explicar o fenômeno da loucura devido à recusa desses autores, e do espiritismo de uma

forma geral, de aceitar a idéia de que os indivíduos possuiriam uma personalidade psicodinâmica, do modo como era proposto, por exemplo, pela psicanálise. A idéia principal é a de que a personalidade seria una e indivisível, derivado do fato de que a mesma seria um produto do corpo espiritual do sujeito, portanto as variações bruscas de comportamento só poderiam ser explicadas pela ação de uma entidade exterior que influenciaria as ações do sujeito. Os autores espíritas negavam a possibilidade de que essas características da alienação mental pudessem ser interpretadas como o resultado de um desdobramento da própria personalidade dos sujeitos. Para eles, o espírito humano seria uno e indivisível. Mais uma vez recorreremos ao Dr. Pinheiro Guedes como forma de ilustrar esse ponto:

Isto é admissível [a possessão espiritual], compreende-se; ao passo que o desdobramento da personalidade, como diz o organicista, materialista disfarçado, é inaceitável por absurdo; a unidade é indivisível; o homem é uno, a criatura é indivisa (Guedes, 1955, p. 53).

Gostaria nesse ponto de chamar a atenção para o tema da teoria espírita sobre loucura e os modos de funcionamento da mente humana. Do mesmo modo que a psicanálise, as teorias médicas ligadas ao espiritismo estavam preocupadas em explicar os casos de loucura em que não houvesse a possibilidade de se determinar uma causa orgânica para a mesma. Como já foi exaustivamente comentado, os médicos espíritas estavam preocupados em explicar a loucura sem lesão cerebral. Também de modo semelhante ao espiritismo, a psicanálise em seu início foi atacada pelos médicos psiquiatras do período, que a classificavam como uma falácia sem nenhuma base científica. Como já foi notado por David Hess, em seu livro *Spirits and Scientists* (1991), a explicação para a loucura desenvolvida pelos médicos espíritas possuía ainda outra semelhança com as teorias psicodinâmicas da psicanálise, segundo ele, a relação estabelecida pelo espiritismo entre a trindade espírito guia, obsedado e espírito obsessivo era em muitas formas correlatas àquelas da relação estabelecida entre superego, ego e id como formuladas por Freud (Hess, 1991, p. 98 e 99).

No entanto, ao invés de mapear um aparelho psíquico em grande parte inconsciente, as teorias espíritas buscaram descrever a dinâmica de funcionamento do mundo espiritual. Nesse sentido, em vez de trabalhar com a idéia de um inconsciente que teria que lidar constantemente com os desejos conflitantes do sujeito, o espiritismo postula uma espécie de

“exconsciente”, ou melhor, postula a existência de um mundo invisível, exterior ao sujeito, povoado por infinitas consciências em conflito, e que, a todo o momento, buscariam dar expressão a seus desejos e valores através de uma tentativa de influenciar e controlar os comportamentos e as ações dos espíritos encarnados em corpos materiais.

Segundo os médicos espíritas, o melhor meio de se resistir às influências de um espírito obsessor seria através da educação mediúcnica do indivíduo, de modo a capacitá-lo a reconhecer os sintomas de uma tentativa de interferência por parte de um espírito desencarnado que procurasse prejudicá-lo, além de oferecer-lhe os meios de intervir ativamente no sentido de auxiliar o seu espírito guia na tarefa de prevenir a possessão por parte de um espírito obsessor:

Si o *médium* não quer receber o espírito, repele-o, da mesma forma como evitamos um encontro. Mudamos de rumo. Ele muda de pensamento, distrai-se e quando a força é grande, chama em seu auxílio o *Guia* remédio infalível, porque este é que se apossa então do instrumento e lhe dá a direção conveniente (Vasconcelos, 1936, p. 365 e 366).

Em seguida, Vasconcelos procura oferecer uma interessante descrição de quais seriam os primeiros sintomas que indicariam a proximidade de uma tentativa de obsessão por parte de um espírito desencarnado:

Como pode o *médium* saber que lhe está no encalço um espírito? Por uma faculdade que todos os nervóticos sonambúlicos ou semi, tem: a sensitiva. Por essa faculdade, ainda o espírito está afastado e já o *médium* se sente envolvido por fluidos, que se insinuam por arrepios na coluna vertebral e sobem até á cabeça, ao ponto de se lhe eriçarem os cabelos quando o obsessor é muito atrasado. Quando o espírito, que vem, é bom, esses fluidos imprimem certo calor sobre o bulbo e os arrepios são leves, ao passo que com os outros, o arrepio é violento, frio e pesado (Vasconcelos, 1936, p. 366).

Na verdade, todo o drama vivido em função da obsessão funcionava, para os espíritas, como uma espécie de prova factual das implicações morais de sua doutrina. A obsessão apontaria, na grande maioria das vezes, para a existência de uma falta moral cometida pelo obsidiado em uma encarnação anterior contra a pessoa representada pelo espírito obsessor. Dramatiza, portanto, o cumprimento das leis de justiça divina – a cada um o que lhe couber pelo mérito de suas ações – traduzidas na perseguição a que sofre o obsidiado. O tratamento consistiria, de um lado, em uma moralização do obsidiado, procurando, em seus momentos de lucidez, mostrar-lhe a falta de que deve se arrepender e incitando-o a ter pensamentos e

atitudes mais regradas, diminuindo assim sua suscetibilidade a espíritos impuros; de outro, em uma doutrinação do obsessor, destinada a convencê-lo do prejuízo que a vingança que infligia ao obsidiado causaria à sua própria evolução espiritual e fazendo-lhe compreender as virtudes do perdão.

A desobsessão tematiza, através de um vocabulário que se queria científico, questões morais: de um lado a justiça da obsessão é entendida na medida em que seus motivos se justificam pela inexorabilidade das leis divinas de retribuição dos erros passados, por outro lado enfatiza a importância da caridade, vinculada à busca da cura, já que seu tratamento obriga uma intervenção voltada a enfatizar o sentimento do arrependimento, da resignação e da busca pelo perdão:

[Assim] se reconhece todo o esplendor dos trabalhos espíritas, quando processados com critério e com sinceridade, pois eles (...) representam (...) a oportunidade que se oferece a esses sofrendores encarnados e desencarnados, mostrando a uns o valor do arrependimento, a outros a grandeza do perdão, para que, unidos, possam, depois, palmilhar com mais facilidade, a estrada da perfeição (Ferreira, 1949, p. 41).

Outro ponto importante sobre a teoria espírita da alienação reside no postulado de que, embora a loucura não dependa da lesão cerebral para se manifestar, já que poderia ser produzida por agentes espirituais, esta pode surgir como um resultado da obsessão. Assim, a lesão cerebral pode não ser a causa dos distúrbios mentais do sujeito, e sim se transformar num efeito resultante de uma longa obsessão. Uma lesão no cérebro não afetaria propriamente a alma do indivíduo, vista como a sede da inteligência, já que esta é incorruptível e não se restringe às limitações do corpo físico, mas se um sujeito permanecer num estado de perturbação por um longo período de tempo poderá ser produzida uma lesão neste órgão, que passará a se ver incapacitado de realizar suas funções normais, mesmo depois de a obsessão ter cessado (Menezes, 2002).

A principal motivação das obras de Bezerra de Menezes e dos outros médicos que aderiram à doutrina espírita revela ainda outra especificidade: no Brasil, a idéia de obsessão transformou-se em um conceito explicativo que orientava práticas difundidas de intervenção sobre a loucura, pelo menos no sentido de que isso traduzia o desejo dos espíritas em prestar uma contribuição à ciência médica e de criar instituições de internamento e tratamento para alienados. Munidos com essas teorias, os espíritas tentavam

propagandear, junto à psiquiatria acadêmica, que sua doutrina poderia ser utilizada como um instrumento facilitador para a cura da alienação mental, além de poder oferecer uma grande contribuição para o desenvolvimento da psiquiatria:

Sem o estudo da alma e do espírito, não se dará um passo mais em prol da Psiquiatria, em benefício de milhares de criaturas que se acham isoladas da sociedade. Que os médicos psiquiatras folheiem os compêndios espiritualistas. São centenas, milhares de obras de valor, onde encontrarão o necessário, o preciso, o imprescindível, para se guiarem pelo caminho da Verdade (Ferreira, 1949, p. 28).

Como resultado de suas concepções de saúde e doença, derivadas do mesmerismo e da homeopatia, e do seu conceito de loucura por obsessão, os espíritas brasileiros desenvolveram um intenso debate com certos setores da classe médica, particularmente com a psiquiatria, procurando convencer a classe médica que avanços significativos seriam realizados no campo terapêutico se a medicina acadêmica aceitasse a veracidade dos postulados espíritas. Por outro lado, com o desenvolvimento de suas formas de organização e com a difusão de sua doutrina entre a população, os espíritas passaram a implementar uma série de práticas e instituições ligada às ações terapêuticas, tanto como parte das atividades regulares de suas sessões realizadas em centros espíritas, como em instituições próprias criadas para esse fim específico.

Capítulo 3 – MÉDICOS ESPÍRITAS.

3.1 A Ciência espírita.

Um dos principais argumentos utilizados pelos médicos seguidores do kardecismo para tentar convencer seus pares e o público em geral sobre a veracidade dos postulados espíritas, tanto os que descreviam os processos de adoecimento e cura dos indivíduos quanto os que tratavam da eficácia dos métodos terapêuticos espíritas, consistia em asseverar o caráter científico das pesquisas espirituais. Para esses médicos, a principal novidade do espiritismo consistia em oferecer uma explicação, segundo eles racional e científica, para fenômenos que até então se encontravam relegados ao campo do sobrenatural. O fato de o espiritismo ser tratado como uma seita ou como uma religião, tanto por setores da classe médica quanto pelo público em geral – ou até mesmo dentro do próprio movimento espírita - era analisado por eles como um equívoco ou como uma incompreensão dos verdadeiros postulados apresentados pelo espiritismo de orientação kardecista.

Essa argumentação era apresentada, por exemplo, pelo Dr. Pinheiro Guedes no seu livro *Ciência Espírita* (1955). O livro, originalmente publicado em 1901, foi provavelmente um dos primeiros livros publicados por um médico brasileiro em que são apresentadas as vantagens de se recorrer aos preceitos espíritas como uma forma de obter uma melhor compreensão dos fenômenos naturais da vida humana que, segundo o autor, não eram satisfatoriamente explicados pela medicina organicista. Para Pinheiro Guedes, a opinião pública do período estaria sendo mal orientada acerca das proposições do espiritismo, já que este era normalmente tratado como uma seita religiosa pela imprensa, pelos padres, por setores hostis de outras seitas religiosas, pelos médicos e até mesmo por setores do movimento espírita (Guedes, 1955, p. 12). Devido a estes fatores, considerados como calúnias ou ignorância do que seria o "verdadeiro espiritismo" por parte dos críticos e de certos seguidores do espiritismo, Guedes se propõe em seu livro a definir o que seria o conhecimento científico e como o espiritismo se encaixaria no campo das ciências. Para Guedes, a confirmação dos meios acadêmicos da veracidade de certos fenômenos também

estudados pelo espiritismo seria uma primeira comprovação da cientificidade das pesquisas espíritas:

Os fenômenos, hoje estudados e vulgarizados sob o nome de *Hipnotismo*; e de há muito conhecidos pelos Mesmer, Puysegur, Dupotet, e muitos outros, antes e depois deles; a chamada *transposição dos sentidos, a penetração ou leitura do pensamento e sua transmissão*, assim como a exteriorização da sensibilidade e outros, não podem ter explicação plausível, racional, científica, senão na existência do corpo astral, corpo anímico ou perispírito, que é constituído pelo fluido etéreo ou fluido universal, cuja existência foi, há pouco, demonstrada experimentalmente. O espiritismo, portanto, é uma ciência profunda, vasta, eclética, cujo estudo é de suma utilidade (Guedes, 1955, p. 32).

Em seu texto, o autor procura definir quais seriam as características do conhecimento científico e com esse objetivo ele destaca que a ciência seria um corpo de doutrinas que sintetizariam leis e princípios resultantes da observação e experimentação de diversos objetos de estudo. O fato de os objetos de estudo serem diferenciados levaria à produção de campos específicos de conhecimento. Portanto "A Ciência" seria o resultado de um conjunto diferenciado de campos científicos, caracterizados pelos seus objetos de estudo específicos. Conseqüentemente, as ciências seriam tantas quantas fossem os seus objetos de estudo: *"A ciência é um corpo de doutrinas, sintetizando todas as leis e princípios, deduzidos do estudo do Universo; ela é pois um conjunto de ciências"* (Guedes, 1955, p.33).

Para Guedes, todas as ciências, múltiplas e variadas, teriam como objetivo comum o desenvolvimento intelectual da humanidade, com cada uma tendo o seu próprio objeto – a matéria de que se ocuparia – sendo que, em alguns campos da ciência, os objetos de estudo seriam matérias concretas, enquanto que em outros seriam matérias abstratas:

Assim pois, não podem todas aplicar os mesmos métodos; mas cada qual reclama métodos, processos e aparelhos adequados à observação e análise da coisa, fato ou fenômeno, que é o objeto do seu estudo (...). As Matemáticas, a Astronomia, a Física, a Química e as ciências biológicas - Botânica, Zoologia, Antropologia e a moderna Sociologia - todas têm a sua matéria de estudo; e servem-se de métodos, processos e aparelhos apropriados, de acordo com a natureza do seu objeto e segundo as necessidades do estudo (Guedes, 1955, p. 33 e 34).

Para este autor, o espiritismo seria uma ciência, pois possuiria um objeto de estudo específico – a alma, sua preexistência e sobrevivência após a morte. Além disso, estudaria fenômenos que até então teriam sido considerados sobrenaturais ou extraordinários, mas

que para o autor, assim como para os espíritas de uma forma geral, deveriam ser entendidos como fenômenos naturais dignos de estudos aprofundados:

Ele [o espiritismo] estuda os fatos extraordinários, mas numerosos, numerosíssimos, que constituem uma ordem de fenômenos, até a pouco, reputados sobrenaturais; e por isso relegados como inobserváveis, indignos de estudo; os quais, entretanto, convenientemente observados, provam a existência do espírito, esclarecem-nos sobre a vida de além-túmulo, pondo sob os nossos olhos maravilhados, estupefatos, um *outro mundo*. Os fatos que constituem o objeto do espiritismo, não são sobrenaturais, nem mesmo extraordinários, senão porque escapam á observação dos que não sabem vê-los; eles são naturais, como tudo quanto existe no Universo; são comuns, ordinários e até freqüentes (Guedes, 1955, p. 35 e 36).

Desta forma, para Guedes o estudo dos espíritos deveria ser considerado como mais um ramo do campo científico, já que esta forma de conhecimento visava um fim específico, estudava certa ordem de fatos não estudados por outros ramos da ciência, empregaria métodos e instrumentos exclusivamente seus, criaria teorias e princípios, além de estabelecer leis, satisfazendo dessa forma os requisitos exigidos pelos foros científicos. Essa argumentação levava o autor a afirmar: “*O espiritismo é portanto, sem a mínima dúvida, uma ciência*” (Guedes, 1955, p. 36).

Neste ponto gostaria de chamar a atenção para um aspecto interessante da argumentação de Pinheiro Guedes acerca da cientificidade do espiritismo. Como se sabe, um dos principais pressupostos da ciência é a possibilidade da observação e registro dos fenômenos que vierem a ser estudados por um determinado ramo da ciência. Nesse sentido, é importante atentar para o fato de que os fenômenos que a teoria espírita se propunha a estudar nem sempre eram visíveis ao observador, sendo esse o motivo que levava o autor a argumentar não ser culpa da doutrina espírita se certos fenômenos “naturais” por ela estudados: “... *escapam á observação dos que não sabem vê-los*” (Guedes, 1955, p. 36).

Na verdade, esse era um dos principais pontos de crítica às pretensões da doutrina espírita de se ver reconhecida e validada pela comunidade científica. A questão da visibilidade dos fenômenos espirituais era um ponto importante que destacava a vulnerabilidade dos fundamentos das teorias espíritas, fato que obviamente era constatado pelos defensores do espiritismo e que os levaram a produzir uma série de argumentos com o objetivo de minimizar os aspectos negativos desse ponto delicado de sua produção

teórica. Esses argumentos remetiam à questão da visibilidade dos fenômenos naturais e da limitação do recurso aos sentidos humanos nas pesquisas do campo científico.

Outro autor que defendia a cientificidade dos postulados do espiritismo era o Dr. Antônio Wantuil de Freitas, membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e que, em 1938, publicou o livro *Ciência Religião Fanatismo* onde podemos encontrar exemplos da estratégia argumentativa apresentada pelos espíritas em suas tentativas de justificar a dificuldade de observação dos fenômenos espirituais. Seus argumentos frente o ceticismo da comunidade científica eram normalmente apresentados como uma crítica ao que os espíritas consideravam como uma atitude preconceituosa do campo das ciências, já que esta negava ao espiritismo o mesmo prestígio que era garantido a outras áreas da ciência que lidavam com fenômenos também de difícil observação:

Ela [a ciência] nega, alegando que não pode existir alma, porque jamais a viu ao examinar cadáveres. Crê, entretanto, que a hidrofobia é causada por um "vírus", que caminha do local contaminado para o cérebro, sem jamais ter visto esse "vírus", que ela sabe existir, que ela procura destruir fazendo chegar antes dele, ao cérebro, o remédio de Pasteur - desse mesmo Pasteur que ela pretendeu levar à guilhotina como charlatão, simplesmente porque anunciava uma teoria contrária aos seus princípios (Freitas, 1938, p. 20 e 21).

Argumento semelhante é apresentado pelo Dr. Mário Escobar Azambuja em seu livro *Uma Nova ciência* (1942), em que o autor salienta a incapacidade dos nossos sentidos de conseguir perceber uma série de fenômenos naturais presentes a nossa volta e de existência reconhecida pelo campo científico, enquanto outros ainda estavam sendo estudados, numa estratégia utilizada com o objetivo de validar a veracidade científica do espiritismo:

Só conhecemos, talvez, uma pequena fração do real. Pela limitação dos nossos órgãos de conhecimento, ignoramos a verdade. Estamos cercados de uma imensidade de fenômenos ocultos. Eletricidade, magnetismo, radiações cósmicas, ondas psíquicas, formas materiais em outros graus de vibrações moleculares, múltiplos aspectos inimagináveis, existem com toda a certeza, alguns já revelados pela ciência, outros muitos por descobrir. Apenas não os vemos, nem os ouvimos (Azambuja, 1942, p. 27 e 28).

Essa frase coloca uma questão cara aos espíritas, já que estes se consideravam na vanguarda do campo científico e freqüentemente faziam referências à velocidade do desenvolvimento da ciência em direção a níveis cada vez mais avançados de abstração e de distanciamento da realidade visível, tanto em relação ao micro quanto ao macro-cosmo. Os espíritas procuravam também enfatizar que estes fatores impediam que os postulados e

conclusões da ciência moderna pudessem ser apreendidos e verificados pelos sentidos humanos, numa tentativa de validar as concepções espíritas sobre a substancialidade de um mundo invisível e imaterial. Dito de outra forma, se universos aparentemente invisíveis, como o da física de partículas ou da bacteriologia, por exemplo, eram aceitos como reais pela comunidade científica, não deveria causar estranhamento a essa mesma comunidade que um mundo invisível e imaterial, defendido pelos espíritas, pudesse possuir substancialidade. Para esses autores, o espiritismo afirmava a existência de uma realidade apenas aparentemente invisível ao observador, sendo extremamente importante para eles que a ciência se mostrasse mais aberta para suas teorias e admitisse a possibilidade da veracidade dos fenômenos por eles estudados: *"Só podemos admitir uma interpretação nova da natureza e da vida si nos lembrarmos sempre da relatividade do nosso conhecimento e dos nossos sentidos"* (Azambuja, 1942, p. 14).

Esse ponto é insistentemente apresentado pelos espíritas como uma forma de reivindicar uma equidade de prestígio junto aos outros ramos da ciência. Nesse sentido, o Dr. Azambuja procurava desenvolver uma estratégia argumentativa que deixa claro o propósito do autor de apresentar o espiritismo como um novo ramo da ciência que também trabalharia com manifestações de forças e de objetos invisíveis às nossas percepções comuns. Além desse ponto, o autor procurava também demonstrar como que os pesquisadores que trabalhavam no campo da parapsicologia estavam se organizando com o objetivo de criar institutos de pesquisa que buscariam imprimir um caráter mais científico aos seus estudos, como apresentado no trecho a seguir:

Se não duvido de tantos outros conhecimentos, porque hesitar diante daqueles que, de tão vastos e pesquisados, constituem já uma Ciência nova, com seus mestres, seus Institutos de Pesquisas, sua literatura, sua tradição e seus arquivos? Si se faz mister que eu veja para crer, em quão pouco devo acreditar de tudo que me dizem os homens nas palestras ou nos livros! (Azambuja, 1942, p. 61).

Esse trecho do livro de Azambuja apresenta outro ponto que era frequentemente levantado pelos médicos espíritas, e que consistia em afirmar a veracidade do espiritismo como resultado do reconhecimento dos fenômenos espíritas por uma série de pesquisadores internacionais. Autores como Lombroso, William Crookes, Conan Doyle e Charles Richet são apresentados com frequência pelos autores espíritas como exemplos de pesquisadores

europeus que conseguiram se desvencilhar de seus preconceitos acadêmicos e se lançar na pesquisa dos fenômenos espirituais, tendo por fim chegado à conclusão da realidade dos fenômenos e da necessidade de serem realizados estudos mais aprofundados sobre o tema.

O apoio dado ao espiritismo por pesquisadores estrangeiros levava os espíritas brasileiros a afirmar que a recusa de seus postulados pela comunidade médica nacional se devia ao seu atraso intelectual e ao preconceito acadêmico. Nesse sentido, o Dr. Antão de Vasconcelos participou, no final do século XIX e início do século XX, de uma série de experiências mediúnicas e de sessões de desobsessão espiritual no Rio de Janeiro, que o levaram a publicar, em 1907, o seu livro *Revelações de Além Túmulo*, no qual descrevia minuciosamente como eram organizadas as atividades de desobsessão mediúnica em que havia tomado parte no centro espírita ao qual pertencia. Profundo admirador de Lombroso o Dr. Vasconcelos afirmava:

Se minha pátria fosse menos política e mais dedicada á ciência, eu iria á Europa com este médium e com os meus companheiros, (somos cinco) trabalhar perante Lombroso e seus adeptos; tenho a firme convicção que a - Escola Espírita - como aqui a deixo fundada, ficaria consolidada pela demonstração da - *força psíquica* - e seria universalmente aceita (Vasconcelos, 1936, p. 357 e 358).

O Dr. Azambuja também afirmava que a sua primeira aproximação com o espiritismo teria se dado a partir da leitura do texto de Richet intitulado *Metapsíquica Humana* e que se impressionou pelo fato de que trabalhos rigorosos e aprofundados, realizados por instituições de pesquisa européias, chegavam sempre à mesma conclusão, a de que os fenômenos espíritas eram uma realidade, posição que também passou a ser defendida por ele (Azambuja, 1942, p. 12). Mais adiante em seu texto, após enumerar uma série de professores universitários e pesquisadores internacionais que aderiram à veracidade dos fenômenos espíritas, o Dr. Azambuja faz uma apresentação de todos os fenômenos "sobrenaturais" verificados e validados por esses pesquisadores:

O que disseram todos estes pesquisadores, grande número dos quais prestaram em outros ramos da ciência tão valiosos serviços á humanidade? (...) Que os fenômenos são todos reais e positivos por mais fantásticos e disparatados que pareçam à primeira vista: levitação de objetos, inclusive de móveis os mais pesados; transposição de coisas através de paredes e de enormes distâncias, instantaneamente; desmaterialização dos médiuns e emissão do "ectoplasma", substância esta já pesada e analisada quimicamente; formação pelo ectoplasma emitido de formas materiais, ou de pessoas vivas que falam e se movem; fenômenos químicos e luminosos os mais variados; sensibilização de placas fotográficas

sob todo o possível controle; pesquisas valendo-se de moldes de ceras, de tal forma realizados que afastam toda a possibilidade de fraudes; instrumentos de música que tocam sozinhos (aqui convém fazer uma pausa para rires á vontade...) (Azambuja, 1942, p. 43).

Como se pode auferir pelo trecho acima citado, os médicos espíritas brasileiros não tinham receio em se tornar um possível motivo de chacota perante seus pares. Esse fato derivava da crença que tinham de que eram, na verdade, homens à frente de seu tempo e de acreditarem serem defensores de uma teoria revolucionária, o que impunha uma boa dose de coragem pessoal a seus seguidores para ser defendida abertamente, características que consideravam ausentes de grande parte dos pesquisadores e cientistas de seu tempo. Uma afirmação muito freqüente entre os autores espíritas era simplesmente a de que a ciência não estava ainda preparada para aceitar a verdade do espiritismo por ser por demais "conservadora".

O Dr. Inácio Ferreira, médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e que foi diretor do Sanatório Espírita de Uberaba¹⁰ por mais de cinco décadas, era um dos mais eloqüentes defensores dos enormes avanços que a aceitação do espiritismo poderia trazer para o campo da medicina em geral e da psiquiatria em particular. Nessa linha de argumento, o autor, em seu livro *Espiritismo e Medicina* (1941), comparava a contribuição do espiritismo para o campo da ciência às teorias de Galileu, que a princípio foram perseguidas pela Igreja, mas que posteriormente foram aceitas pelo campo científico. Ferreira afiançava ainda que nem todos os indivíduos se encontravam intelectualmente preparados para aceitar a verdade revelada pelo espiritismo. Nesse sentido afirmava que:

A evolução só se processa à proporção que as inteligências se vão tornando aptas para aceitá-las na revelação da sua grandeza e na evidência da sua sublimidade - e a ciência dos homens ainda não está na altura de receber mais uma parcelazinha dos ensinamentos da ciência divina, para obter, como prêmio, a sua promoção e elevação a graus superiores (Ferreira, 1946, p. 59 e 60).

Essa arrogância era justificada pelo fato de que, segundo os médicos espíritas, somente o espiritismo possuiria a capacidade de explicar racionalmente uma série de fenômenos e características da vida humana que a medicina organicista e anátomo-

¹⁰ A trajetória do Dr. Inácio Ferreira será apresentada de forma detalhada mais a frente no 5º capítulo, referente à criação do Sanatório Espírita de Uberaba.

fisiológica não conseguia esclarecer. O Dr. Pinheiro Guedes já apontara para esse fato em seu livro de 1901, onde afirmara que a ciência espírita, que ele denominava de “espiritologia”, seria a teoria que melhor permitiria compreender as funções humanas e as relações da alma com o corpo. Para ilustrar seu ponto de vista, Guedes se propunha a tratar em seu texto do fenômeno do sono e do sonho, afirmando que eles só poderiam ser explicados satisfatoriamente pelas “teorias espíricas”. Fica claro que o autor resistia em adotar postulados organicistas, que ele denominava de medicina materialista, para explicar o sonho e as alucinações, que eram por ele entendidos como fenômenos espirituais, ou seja, que fariam parte de atividades normais desenvolvidas pelo espírito humano. Para ele o sono, quer o natural, quer o provocado pela hipnose ou pelos anestésicos, assim como os sonhos e as alucinações, não poderiam ser explicados de modo compreensível e racional pelos processos fisiológicos postulados na época pela escola organicista:

As escolas materialistas procuram explicar o sono, quer o natural, quer o artificial - provocado ou mórbido - por uma espécie de paralisia do cérebro, devida a sua compressão, ora pela falta, ora pela superabundância de sangue (...). Incontestavelmente, tanto a anemia como a congestão acompanham-no ou se apresentam no sono; dado o sono, natural, provocado ou mórbido, o aparelho cefálico se encontra num desses dois estados; mas indicar o estado ou a condição de um órgão ou aparelho, na realização de um fenômeno ou de uma função; explicar o mecanismo ou a maneira de se efetuar, não é determinar a sua causa; são fatos diferentes, não devem ser confundidos (...) essas manobras são apenas condições para o sono; são, quando muito, causas predisponentes (Guedes, 1955, p. 28 e 29).

Para Guedes, o sono deveria ser entendido como uma atividade puramente psíquica – sendo que para os espíritas o termo psíquico era um substituto para espiritual – e não como um mero resultado de um maior ou menor afluxo de sangue para o cérebro. Segundo o autor, a causa única do sono era a necessidade da suspensão da atividade psíquica, numa paralisação temporária das funções de relação do organismo com o meio. Para Guedes: “*O sono é para a vida animal o que a fome e a sede são para a vida orgânica: pela fome e a sede o corpo reclama alimentos: pelo sono a alma pede alento*” (Guedes, 1955, p. 29).

O que é importante ser ressaltado a partir dessas afirmações é que no final do século XIX e início do século XX a medicina organicista encontrava dificuldades em produzir teorias consensuais nas discussões acadêmicas que tratavam de fenômenos como o sono e as faculdades mentais, mostrando que o debate em torno dessas questões se encontrava em aberto, com o desenvolvimento de teorias derivadas de paradigmas completamente opostos

disputando a primazia pela explicação de certos fenômenos humanos. Nesse sentido, Guedes não se farta de tecer críticas às teorias da escola organicista:

Os sonhos e as alucinações são fenômenos puramente psíquicos, não podem ser explicados fisiologicamente; por isso as teorias, que a ciência materialista criou para os explicar, são falsas e até irrisórias (...). Por elas, os sonhos são produzidos por perturbações do aparelho digestivo! (Guedes, 191955, p. 29 e 30).

Quase cinquenta anos depois, o Dr. Inácio Ferreira iria insistir no mesmo argumento apresentado pelo Dr. Pinheiro Guedes acerca da incapacidade da medicina organicista em oferecer teorias satisfatórias para o fenômeno da loucura. No segundo volume de seu livro *Novos Rumos à Medicina* (1949), Inácio Ferreira defendia o argumento de que a psiquiatria acadêmica, materialista segundo ele, encontrava-se reduzida a uma lei básica – órgão são, função perfeita; órgão enfermo, função perturbada – atrelada ao funcionamento cerebral, o que fazia com que a alienação mental fosse sempre definida como uma afecção do cérebro que impediria o livre exercício da vontade, da inteligência e da consciência. O autor afirmava que se este conceito poderia ser constatado em alguns casos, existiriam, todavia, outros que anulariam por completo semelhante afirmativa.

Como forma de defender seu ponto de vista vários autores do campo da medicina anátomo-fisiológica foram arregimentados por afirmarem não eram conhecidas as relações entre a estrutura e o funcionamento do cérebro, e que a medicina não dispunha do conhecimento necessário para que fosse possível começar a se estabelecer tais relações. O autor citava, por exemplo, o médico Dr. Luiz P. Vanderveld que e seu livro *El Misterio De La Vida e De La Muerte* citava vários casos de pessoas que apresentavam grandes lesões cerebrais sem que houvesse um comprometimento das funções do pensamento ou algum tipo de perturbação mental. Com isso Ferreira pretendia mostrar que ainda não existia um consenso entre a classe médica sobre a teoria da localização cerebral:

Onde estará a sede da inteligência? Da vontade? Dos sentimentos enfim? Problema que resta insolúvel, X que persiste em se tornar oculto desafiando a argúcia, o esforço e a sabedoria dos homens de ciência e dos pesquisadores (...). Como acabamos de ver, a Anatomia, a Fisiologia, a Frenologia, a Histologia não foram capazes de descobrir, no cérebro, a sede da loucura, a sede das perturbações para os desequilíbrios nervosos e muito menos a da alma e a dos sentimentos (Ferreira, 1949, p. 16).

Outro médico espírita que questionava a capacidade da anátomo-fisiologia para explicar de forma satisfatória o modo como era produzido o pensamento e qual a natureza da força que animaria o corpo físico foi o Dr. Wantuil de Freitas. Citando o médico que é considerado o pai da fisiologia moderna ele apontava que:

Claude Bernard, o grande fisiologista, já afirmava, nos fins do século XIX, que a matéria é privada de espontaneidade, que nada gera e é movida pela força que a criou. E, referindo-se à matéria cerebral, confessava que ela não tem noção do pensamento que se manifesta, e que a Medicina, da qual era ele expoente, não sabe por que pesa a matéria, nem como a substância nervosa, que também é matéria, tem a faculdade de pensar (Freitas, 1938, p. 53 e 54).

Utilizando-se dessas variadas estratégias – como a de defender a pesquisa de fenômenos que não são facilmente apreendidos pelos nossos sentidos, juntamente com a de que o avanço das pesquisas no campo científico caminhava em direção a níveis cada vez mais elevados de abstração e de distanciamento da realidade visível, aliado ao fato das pesquisas dos fenômenos espíritas serem defendidas por nomes de peso no cenário científico internacional e da dificuldade que a medicina organicista encontrava em formar um consenso em torno de teorias acerca de fenômenos como o pensamento, a inteligência, o sonho ou a loucura – os médicos espíritas brasileiros afirmavam sua confiança na inevitável aceitação futura, pela comunidade científica, dos postulados apresentados pelas teorias espíritas acerca da natureza da relação entre corpo e espírito e sua influência nos processos de adoecimento e cura dos indivíduos. Era essa certeza que levava o Dr. Wantuil de Freitas a afirmar: "*Das tremulações das pernas de uma rã, nasceu a luz material (eletricidade)*¹¹; *das pancadinhas da perna de uma mesa, veio-nos a luz espiritual*" (Freitas, 1938, p.136).

No entanto, apesar de todas as pretensões dos espíritas brasileiros acerca da cientificidade de suas pesquisas, podemos facilmente apontar para um aspecto da pesquisa espiritual que ilustrava a enorme fragilidade conceitual em que estava assentada a aspiração do espiritismo de ser reconhecido como um campo legítimo para pesquisas científicas. Como apontava o Dr. Pinheiro Guedes, em sua tentativa de definir o que seria o conhecimento científico, uma das características da ciência é que cada campo científico se utiliza dos instrumentos próprios ao seu objeto de estudo para desenvolver suas

¹¹ Referência às experiências de Galvani com a eletricidade.

observações e experiências. Para esse autor, o instrumento específico utilizado pelo espiritismo para registrar os fenômenos naturais do espírito, tornando-os evidentes e palpáveis para os estudiosos do tema seria o médium, fato que nos leva de volta ao tema da visibilidade dos fenômenos naturais:

Mas para (...) ver [os fenômenos espíritas], os observar, aprender a notá-los e os reconhecer, quando e onde quer que se apresentem, era preciso descobrir o instrumento capaz de os registrar, tornando-os evidentes e palpáveis. Esse instrumento é o *Médium* (Guedes, 1955, p. 36).

Nesse sentido, o ponto falho da pretensão do espiritismo de se tornar uma ciência experimental poderia ser considerado justamente este, já que o registro dos fenômenos se daria por uma pessoa – subjetivamente – e não por um instrumento ou aparelho – objetivamente. Essa fragilidade era percebida pelos próprios espíritas, que apontavam que a dependência da utilização do médium seria o principal problema de validação do espiritismo frente aos postulados do campo das ciências. Em seu livro *Uma Nova Ciência*, o Dr. Azambuja, após descrever uma série de fenômenos espirituais de natureza mais material, como a levitação de objetos, hesitantemente aponta que uma parte razoável dos fenômenos espíritas possuía na verdade uma conotação subjetiva:

Além destes, há a enorme variedade de fenômenos sem evidenciação material, digamos "subjetivos": a incorporação, isto é, estado de transe do médium, através do qual dizem se manifestar o espírito dos mortos. São fatos menos comprováveis que os "objetivos" porque mais facilmente podem se prestar para se invocar a fraude consciente ou inconsciente (Azambuja, 1942, p. 43 e 44).

Aliado a esse problema, os médicos espíritas também não sabiam dar uma explicação cientificamente satisfatória para a existência de pessoas que possuiriam essas capacidades singulares de incorporar e de se comunicar com os espíritos: "*Quais seriam as condições orgânicas que diferenciariam um médium de uma pessoa normal? Ignoramos ainda*" (Azambuja, 1942, p. 50 e 51). Ao tentar apresentar ao leitor o porquê de os fenômenos espíritas serem negados pela população e pela comunidade científica, o autor apontava para o fato de que essa característica "subjetiva" dos fenômenos espíritas facilitava a ação de charlatões e afirmava que somente com o estudo continuado dos fenômenos espíritas é que

um observador poderia diferenciar uma fraude ou um acesso de loucura de uma experiência espírita verdadeira:

Os médiuns de efeitos físicos são raros. O que ele [o leigo] verá, geralmente, são acontecimentos que, para facilitar a compreensão, denomino de "subjetivos". Presenciará, em primeira linha, os médiuns falando e se dizendo "espíritos". Só com a continuação e com a observação é que concluirá que tais fenômenos não se enquadram dentro dos tais conhecimentos da psicologia ou da patologia mental (Azambuja, 1942, p. 55 e 56).

Mesmo com uma observação continuada das manifestações de espíritos através de médiuns, ainda ficava claro que, no caso dos fenômenos espíritas, era bastante difícil a elaboração de instrumentos objetivos de experimentação que permitissem a reprodução dos fenômenos estudados, o que garantiria que eles pudessem ser cientificamente avaliados.

Essa característica da fenomenologia espírita ilustra claramente a diferença de concepção de mundo, de doença e do que deveria ser considerado conhecimento científico pelos grupos envolvidos nos debates acerca do desenvolvimento da medicina no Brasil, principalmente no que se refere ao campo da psiquiatria e dos estudos da alienação mental. Isso fica mais evidente se compararmos os discursos espíritas a respeito da importância do estudo da alma e dos espíritos para o avanço no campo da medicina, com o *Manual de Psiquiatria* (1921) de autoria do médico Henrique Roxo, um dos principais opositores ao espiritismo no campo da medicina no Brasil.

Henrique de Brito Belfort Roxo formou-se pela Faculdade de Medicina do [Rio de Janeiro](#) em [1901](#). Foi catedrático de Clínica Psiquiátrica e Diretor do Instituto de Neuropatologia, além de membro de inúmeras instituições médicas, nacionais e internacionais. Realizou diversos estudos na área de neuropsiquiatria e neurologia. Em seu livro, o Dr. Henrique Roxo afirmava:

No estudo da psiquiatria não se deve tomar em consideração a questão da alma. Dela não há a menor necessidade no esclarecimento das questões e sua intromissão na ciência só serviu, para que alguns pensem ainda que a psiquiatria é uma ciência, em que se estudam fatos misteriosos, em que a metafísica campeia abertamente (...). No entanto, não se poderá considerar verdadeiramente científico senão aquele fenômeno que se contiver rigorosamente nos domínios da anatomia e da fisiologia. Tudo quanto não coincidir com os ensinamentos dessas duas ciências básicas da medicina, não servirá de explicação de um ato qualquer (Roxo, 1921, p. 11 e 12).

Dessa forma, para Henrique Roxo, como para uma parcela dos médicos psiquiatras brasileiros do período, o estudo da alma ou do espírito, no campo da psiquiatria, se configurava em um retrocesso, e não num avanço revolucionário, como queriam os médicos espíritas. Nada poderia ser mais contrastante do que as afirmações de Henrique Roxo quando comparadas com as do Dr. Inácio Ferreira em seu livro *Espiritismo e Medicina* (1941), onde o autor procurava desenvolver uma visão da ciência como apenas uma parte do conhecimento humano e tentava submeter o conhecimento científico à experiência religiosa, reinserindo a figura de Deus no debate médico e psiquiátrico:

Chegou o momento de te decidires [ciência]: - ou estacionada, indo contra tantos fatos reputados sobrenaturais, ou tomando o caminho do Espiritismo científico, que te entrega as chaves dos túmulos para serem devassados - único meio possível para continuares a tua trajetória até ao infinito, que é *Deus*, que é a própria ciência! (Ferreira, 1941, p. 121).

Como resultado de suas crenças na sobrevivência do espírito após a morte do corpo físico e da sua capacidade de se comunicar e intervir no mundo visível e material, os médicos espíritas da primeira metade do século XX reinseriram a figura divina num conjunto de teorias que eles esperavam que fossem consideradas como científicas, por concluírem que esse era o único recurso aceitável para se conseguir dar inteligibilidade para um conjunto de fenômenos da existência humana que, segundo eles, não eram possíveis de serem explicados racional e satisfatoriamente de outra forma. Nesse sentido, o discurso espírita acabou por produzir uma complexificação do que era considerado como produção científica para certos setores da classe médica brasileira do período. Este fato fica bem ilustrado pelo questionamento levantado pelo Dr. Azambuja em seu livro *Uma Nova Ciência*:

Não se podendo afirmar ou negar a Onisciência de um Ser, fica sempre a pergunta: quem criou a Vida? (...) A conjectura do materialista é que ela se criou por si mesma, ou, por outras palavras, que tudo evoluiu da primitiva nebulosa. Não se pode mais contestar essa verdade. Mas que força a impulsionou? Eis a questão! Ela, a própria matéria, aos poucos, espontaneamente, adaptando-se e revelando, nas suas edificações e realizações, uma inteligência muito maior do que a nossa? O problema consiste, portanto, em explicar o porquê e o como desta sábia e maravilhosa evolução (Azambuja, 1942, p. 16).

Assim, ao mesmo tempo em que os defensores do espiritismo aceitavam alguns postulados do campo científico estabelecido, como por exemplo, o de que os organismos

evoluem e se adaptam ao meio físico em que estão inseridos, como também de que o universo se constitui como uma realidade fisicamente dinâmica e em transformação, por outro lado não eram aceitas as formulações puramente físico-químicas e biológicas que tentariam explicar como essas transformações seriam operadas e em que princípios estariam baseados seus fundamentos, abrindo espaço para a idéia de uma inteligência superior e oculta que regeria a evolução desse cosmos. Ao que parece, a idéia da existência humana localizada num universo dinâmico recolocava, para os espíritas, a necessidade da intervenção constante de um criador e de seus emissários na natureza, corrigindo e afetando as experiências humanas e naturais a partir de intervenções que se originariam de um ponto exterior à realidade física material e visível, ao mesmo tempo em que atuavam diretamente sobre ela. Era para o estudo dessa intervenção exterior à realidade física que os espíritas da primeira metade século XX desejavam estabelecer um caráter científico.

3.2 Os ataques ao espiritismo.

Como resultado da tentativa da doutrina espírita de propor uma série de pressupostos que iam de encontro às teorias anátomo-fisiológicas mais em voga no meio médico e acadêmico do período, não tardou para que setores da classe médica brasileira iniciassem uma campanha de ataques ao espiritismo e às suas práticas de cura. Como conseqüência destes fatos, a partir da primeira década do século XX, uma série de processos e inquéritos policiais foram instaurados contra centros espíritas no Rio de Janeiro, tanto aos ligados à FEB quanto aos independentes, sob a acusação de exercício ilegal da medicina. Normalmente, os inquéritos eram instaurados a partir de denúncias feitas por médicos que eram contrários ao emprego de métodos de natureza espiritual nos processos de cura dos enfermos (Giumbelli, 1997; Gama, 1992).

Em seus livros, os médicos favoráveis aos métodos terapêuticos de orientação espírita procuravam demonstrar quais eram as principais críticas que partiam dos setores da medicina contrários ao espiritismo. Em seu livro de 1901, o Dr. Pinheiro Guedes já apontava aquela que seria a principal crítica dirigida ao espiritismo partida dos defensores da medicina acadêmica, a de que o espiritismo era uma prática produtora de alienação

mental: "*Os médicos, na sua maioria, propalam que ele [o espiritismo] povoa os hospícios de alienados*" (Guedes, 1955, p. 13).

Um dos principais opositores do espiritismo entre a classe médica foi o Dr. Leonídio Ribeiro. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1916, passou a atuar como médico legista da Polícia Civil do Distrito Federal a partir de 1917. Em 1929 assumiu o cargo de professor de História da Medicina na Faculdade Fluminense de Medicina. Em 1931, em parceria com o médico Murilo de Campos, Leonídio Ribeiro publicou o livro *O Espiritismo no Brasil* (1931), onde afirmava que a prática da religião espírita seria um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento de distúrbios mentais entre a população da cidade do Rio de Janeiro:

Há cerca de dez anos um de nós exerceu o cargo de médico-legista da Polícia do Rio de Janeiro e pude então ver de perto os altos inconvenientes que resultavam para a saúde pública das sessões de espiritismo como eram praticadas nos diversos centros espalhados por todos os cantos da cidade. Dos doentes ali examinados diariamente quase todos começaram a apresentar distúrbios mentais depois de serem levados a freqüentar essas associações (Ribeiro e Campos, 1931, p. 13)

Como forma de reforçar seu argumento, Leonídio Ribeiro se utilizou, em seu livro, do depoimento de outros médicos que também viam com preocupação o alastramento da doutrina espírita entre a população carioca, como o texto que o Dr. Henrique Roxo apresentou na aula inaugural dos cursos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no ano de 1918, intitulado *Modernas tendências da psiquiatria*:

Os casos de doenças mentais provocados pelo espiritismo vêm aumentando consideravelmente nestes últimos tempos e raro é o dia em que me não é dado observar pelo menos um, no Instituto de Neuropatologia, em que funciona a clínica da Faculdade de Medicina (...). A sífilis, o alcoolismo e o espiritismo são fatores que concorrem com 90% dos casos de alienação mental (Roxo, apud Ribeiro e Campos, 1931, p. 61).

Assim para alguns setores da classe médica o espiritismo era colocado ao lado da sífilis e do alcoolismo como um dos principais fatores de produção da loucura. Como forma de reforçar este argumento, o Dr. Ribeiro citava também uma conferência da Liga Brasileira de Higiene Mental, realizada em 25 de março de 1928, em que o médico Oscar de Souza fazia comentários semelhantes acerca do espiritismo:

Entre os males sociais que entre nós se apontam como grandes fatores de psicopatias e de loucura, está o Espiritismo grosseiro, que se desenvolve num terreno adubado pela ignorância, pelas superstições – em meio profundamente tarado, sem contar a condição e técnica que lhe não é apenas um mal que se alastre pelas camadas inferiores – incapazes de controle e resistência - senão que se estende, alcançando as camadas superiores da sociedade (Souza, apud Ribeiro e Campos, 1931, p. 69).

É interessante notar, na argumentação deste médico, como a popularidade do espiritismo se espalhava entre todas as camadas da sociedade brasileira, o que atesta a capacidade do discurso espírita de oferecer inteligibilidade ao fenômeno do adoecimento e da loucura que encontrava significativa aceitação na sociedade brasileira do período. Além disso, podemos notar que a principal preocupação dos médicos não estava voltada para as classes menos favorecidas da população brasileira, e sim com o mau exemplo dado pelas elites brasileiras ao se deixarem contaminar por uma cultura que era entendida como inferior e produtora de misticismos e superstições.

O fato de o espiritismo ser visto como um fator de produção da alienação mental era ainda mais agravado, segundo Leonídio Ribeiro, pela afirmação feita pelos praticantes do espiritismo de que esta doutrina poderia ser utilizada com sucesso como um instrumento terapêutico para o tratamento da loucura. Em uma reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, realizada em 1927, Leonídio Ribeiro pedia que providências fossem tomadas contra o que ele denominava de "práticas abusivas da seita religiosa, conhecida pelo nome de espiritismo", e expunha os motivos que o levavam a fazer tal solicitação:

A intervenção do espiritismo no tratamento de qualquer nervose é sempre prejudicial. Os espíritas que mais se dedicam a esses tratamentos, são, em regra, indivíduos boçais e analfabetos, sem nenhuma noção dos perigos a que expõem os doentes. O espiritismo é, pode-se dizer sem exagero, uma verdadeira fábrica de loucos (...). Entre os dementes, que diariamente dão entrada no Hospício, a maioria vem de centros espíritas (Ribeiro, apud Ferreira, 1946, p. 51).¹²

Nesta fala de Leonídio Ribeiro podemos notar ainda outra característica das práticas de cura dos espíritas que inspirava preocupação em grande parte da classe médica do período: o fato de que grande parte das atividades do receituário mediúnico e das sessões de

¹² Procurei checar a autenticidade dessa citação mas, em mais uma demonstração do descaso de certas instituições brasileiras para com a sua memória, todas as atas de reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro anteriores à década de 1970 foram destruídas.

desobsessão espiritual praticadas pelos espíritas eram realizadas por pessoas sem formação médica e que, conseqüentemente, não estariam habilitadas para exercerem as artes de curar. Por esse motivo, os espíritas que desenvolviam essas atividades eram categorizados pelos médicos opositores à sua doutrina como charlatães que estariam preocupados apenas em explorar os ignorantes e os incautos.

Assim, além desses setores da classe médica considerarem o espiritismo como uma terapêutica no mínimo inócua, por sua prática não estar embasada nos preceitos da medicina organicista, e de seu exercício ser visto como um fator produtor de alienação mental, classificavam, ainda, as terapêuticas espíritas como perigosas, por serem desenvolvidas por pessoas sem uma formação acadêmica que os capacitasse para o tratamento das doenças que assolavam a população brasileira, o que, segundo esses médicos, inculcaria nos pacientes tratados pelo espiritismo a crença de que suas enfermidades haviam sido curadas, quando na verdade isto não teria ocorrido. Era esse fator que levava o Dr. Carlos Fernandes a afirmar de uma forma um tanto rude que: “*Estão ainda loucos os loucos que se dizem curados pelos espíritas*” (Fernandes, apud Gama, 1992, p. 151).

Ao argumentar que o espiritismo e as terapêuticas de cura a ele associado não eram capazes de realizar a efetiva cura dos enfermos que a elas recorriam, os médicos opositores do espiritismo tentavam produzir uma imagem de que essa doutrina seria um elemento de ameaça à sociedade como um todo, já que induziria os enfermos a não procurarem tratamento junto à classe médica gabaritada, passando a representar, dessa forma, um elemento de risco para a saúde pública:

Duas razões, qual delas mais grave e importante, justificaria uma campanha enérgica [contra o espiritismo]; defender a dignidade da nossa profissão, hoje por todos eles tão achincalhada, e prevenir os males que essas práticas trazem sempre para a saúde pública (Ribeiro, apud Ferreira, 1946, p. 49).

Como conseqüência de considerarem as práticas espíritas tão perigosas para a sociedade, os médicos opositores da doutrina buscaram constantemente organizar campanhas de repressão ao espiritismo, além de conclamarem a polícia a realizar investigações e instaurar inquéritos por exercício ilegal da medicina a partir da primeira década do século XX. Em seu livro *Tem razão?* (1946) o Dr. Inácio Ferreira efetuou um

levantamento das tentativas de combate ao espiritismo lançadas por parte da classe médica carioca. Um dos exemplos apresentados por Ferreira foi uma moção apresentada pelo Dr. Carlos Fernandes em uma reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 1939, em que o médico propunha que ações fossem tomadas contra o programa de rádio “Hora Espírita Radiofônica”, já que entendia que este programa seria física e mentalmente nocivo para a população brasileira. Os termos da moção eram:

- 1.º - Considerando que no consenso geral dos psiquiatras brasileiros e estrangeiros, a prática do Espiritismo é comprovadamente nociva à sanidade mental;
- 2.º - considerando que o Espiritismo é um dos três grandes fatores da alienação mental;
- 3.º - considerando que às Sociedades Médicas compete velar pela saúde física e mental do povo, a SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA solicita ao Ministro da Educação e Saúde, a bem do povo brasileiro, as medidas necessárias para evitar a propaganda perniciosa e, talvez, com segundas intenções, qual por exemplo, a prática indevida da medicina (Ferreira, 1946, p. 63 e 64).

Outra instituição da classe médica brasileira que procurou realizar campanhas contra a propagação do espiritismo foi a Liga Brasileira de Higiene Mental. Durante uma reunião realizada em 1944, o Dr. Xavier de Oliveira, um dos diretores da instituição e autor do livro *Espiritismo e Loucura* (1931), propunha que fosse iniciada uma grande campanha contra o espiritismo. Um dos motivos apontados por Oliveira para a realização da campanha era, mais uma vez, o do problema da contribuição do espiritismo para o povoamento dos asilos de alienados no Brasil. Além desse ponto, Xavier de Oliveira destacava que o espiritismo contribuía para a dissolução de lares cristãos e oferecia concorrência à medicina: “... *os médiuns (...) já começam a dar lições de direito a jurisconsultos, depois de poderem clinicar e dirigir hospitais reconhecidos pelo Estado. Um mal do Brasil, onde já há mais centros espíritas do que igrejas e hospitais*” (Oliveira, in: Ferreira, 1946, p. 80). Como uma forma de resolver esse problema Xavier de Oliveira propunha que:

O combate ao espiritismo é uma medida de alta profilaxia, que a LIGA BRASILEIRA DE HIGIENE MENTAL deve encetar e prosseguir no Brasil, por todas as suas filiais e por todos os meios ao seu alcance, visando prevenir e combater a loucura, que, entre nós, tem nos CENTROS ESPÍRITAS um dos seus fatores imediatos mais importantes (Oliveira, in: Ferreira, 1946, p. 81).

Como resultado das campanhas organizadas por parte da classe médica contra os centros espíritas e suas práticas, além dos inquéritos e processos judiciais que foram

instaurados contra médiuns que atuavam em centros espíritas, em 10 de outubro de 1943 novas instruções foram baixadas para orientação da polícia quanto às associações espíritas pelo chefe de polícia da capital federal, através da portaria 10.194 contida no boletim 237, que visava regular o exercício das práticas espíritas na cidade do Rio de Janeiro. O documento apontava para uma série de questões ligadas às práticas espíritas de cura, impondo uma série de restrições aos centros para a realização de sessões experimentais de recebimento de entidades espirituais por parte dos médiuns, exigindo para isso, inclusive, um atestado de sanidade mental assinado por um médico devidamente habilitado. No entanto, devido à reação das organizações espíritas do Rio de Janeiro, essa portaria foi revogada 16 meses depois pelo ministro da Justiça. Como veremos, os setores da classe médica que se opunham ao espiritismo, sempre tiveram dificuldade de lançar campanhas que tentassem regular a atuação dos centros espíritas e dos médiuns em suas atividades de cura. Isso se devia, além de outros fatores, pela incapacidade desses médicos em conseguir estabelecer um consenso sobre o assunto dentro de sua própria classe profissional.

3.3 A resposta dos médicos espíritas.

Como uma estratégia de reação ao ataque sofrido por parte da comunidade médica do Rio de Janeiro, os médicos seguidores do espiritismo passaram a tecer críticas duríssimas tanto contra setores da classe médica como contra a medicina de uma forma geral. É interessante notar que os primeiros livros escritos por médicos espíritas no início do século XX, como *Ciência Espírita* (1901) de Pinheiro Guedes ou *A Loucura sob um novo prisma* (1897) de Bezerra de Menezes, não traziam críticas contundentes à medicina. Embora os autores apresentassem suas discordâncias com relação a alguns pontos da medicina anátomo-fisiológica, eles não elaboravam críticas diretas à classe médica em si. Seus livros eram, muito mais, uma tentativa de fazer com que o restante da classe médica brasileira aceitasse as argumentações espíritas e percebessem como alguns postulados dessa doutrina poderiam oferecer uma contribuição para o entendimento de uma série de doenças e fenômenos da vida humana. Aparentemente, um dos resultados das campanhas de setores da classe médica contra os espíritas foi o abandono desse tipo de argumentação mais

conciliatória, fazendo com que os espíritas passassem a produzir uma série de críticas mais diretas e até mesmo pessoais.

No primeiro capítulo do livro *Tem Razão?* (1946), intitulado "A Medicina contra o Espiritismo - Porque?", o Dr. Inácio Ferreira elabora uma extensa crítica ao campo da medicina brasileira, afirmando que esta se encontrava envelhecida e vivendo das glórias de seus antepassados. Além disso, denuncia um comodismo de parte da classe médica, que teria deixado de desenvolver pesquisas e de tentar fazer evoluir a ciência médica. É óbvio que neste momento o autor estava se referindo ao que os espíritas denominavam de suas "pesquisas experimentais", como a possessão de médiuns por espíritos desencarnados, além de suas pesquisas com fotografias de espíritos, e não, por exemplo, à experimentações do campo da microbiologia:

Não se isola mais nos laboratórios, à procura dos fatos que ferem os seus sentidos; não mais percorre os campos da experimentação, onde iria buscar aquilo que iria sanar dúvidas e incertezas (...). No seu fundamento, nas suas bases principais, vive do passado e folheia os mesmos livros. As obras atuais não passam de compilações. Nada de novo. Apenas reafirmações (Ferreira, 1946, p. 21 e 22).

A novidade que o autor desejaria encontrar no campo da medicina acadêmica seria o reconhecimento, por parte desta, da contribuição do espiritismo para o desenvolvimento das artes de curar, principalmente no que se referia à psiquiatria.

O campo psiquiátrico era justamente uma das áreas mais criticadas pelos médicos espíritas. Ao mesmo tempo, consideravam que esta era a especialidade médica que mais poderia se beneficiar da aceitação dos postulados espíritas, quando utilizados para o tratamento da loucura. Esse tipo de crítica era comum nos textos publicados por Inácio Ferreira. Em seu livro, o médico fazia uma profunda crítica às teorias psiquiátricas e à sua dificuldade em determinar as causas das moléstias mentais e, mais especificamente, ao problema da classificação das neuroses e psicoses, dificuldade esta que atribuía à vaidade médica. Como forma de dar contundência a suas afirmações, Ferreira se utilizava do argumento de outros pesquisadores da área, como, por exemplo, do psiquiatra francês Henri Baruk:

Com efeito, quando se está em presença de um caso que parece difícil, o médico que não se acha ao corrente da evolução da neuro-psiquiatria e põe o nariz nos livros médicos, fica

enfarado; as descrições não coincidem; as mesmas coisas são descritas sob nomes diferentes e é difícil reconhecê-las (Baruk, *Psiquiatrie Médicale*, apud Ferreira, 1946, p. 232 e 233).

Outro tipo de crítica comum dos médicos espíritas, e que tinha como objetivo questionar os limites da capacidade da ciência em geral e do conhecimento médico em particular de explicar os fenômenos naturais, centrava-se em sua argumentação acerca dos “fenômenos da natureza humana” de caráter mais metafísico. Esse tipo de crítica ao conhecimento científico procurava demonstrar que o espiritismo poderia ser entendido como uma teoria que permitia aos seus seguidores produzir um modelo de pensamento onde todos os fenômenos da vida, tanto os mais cotidianos quanto os de natureza mais fantástica, pudessem ser interpretados por eles de uma maneira considerada satisfatória e inteligível, dando respostas a questões de caráter metafísico de difícil explicação por parte do campo científico: “*Mas o estudo e a observação dos fatos, longe do afã profissional, demonstram as limitações dos nossos conhecimentos gerais na interpretação da natureza e da essência da vida*” (Azambuja, 1942, p. 9 e 10).

No entanto, as críticas à classe médica não se limitavam ao questionamento dos possíveis limites do desenvolvimento da ciência e do conhecimento médico. Como podemos observar em um trecho do livro do Dr. Wantuil de Freitas, os ataques aos setores da classe médica que faziam oposição ao espiritismo podiam ser muito mais virulentos:

Desconhecem os nossos antagonistas o que eles próprios são, não sabem onde reside a consciência, ignoram onde se localiza a virtude e a maldade, não explicam os segredos da fecundação e os da morte: vivem às apalpadelas, desnorteados, destruindo hoje as teorias que ontem criaram; entretanto crêem-se gênios, quando não passam de vermes presunçosos (Freitas, 1938, p. 58 e 59).

Essa limitação da ciência e da medicina era particularmente preocupante para os médicos espíritas no que dizia respeito à frustração e a impotência do médico diante do adoecimento e morte de seus pacientes. Em outro de seus livros, *Espiritismo e medicina* (1941), o Dr. Inácio Ferreira chama a atenção para os limites da ciência médica. Ao evidenciar a incapacidade da medicina de oferecer uma explicação satisfatória para toda e qualquer enfermidade e de proporcionar uma terapêutica eficaz a todos os pacientes, o Dr. Ferreira procurava demonstrar que somente através do espiritismo a classe médica poderia

encontrar uma explicação satisfatória e que oferecesse algum sentido para os fenômenos do adoecimento, do sofrimento humano e da morte:

E como poderá ela [a medicina], apesar dos esforços ingentes e dos meios inúmeros de que lança mão, amparar esses doentes que tanto padecem, embora nenhum desequilíbrio fisiológico ou patológico apresentem seus organismos? (...) E como poderá ela [a medicina] saber onde procurar a causa e empregar os meios para debelar tentos e tantos sofrimentos que a intrigam e a deixam perplexa, sem saber a origem de determinadas doenças? (...) Somente quando se integrar da compreensão dessa frase tão simples, tão curta, mas que encerra um ensinamento tão grande e tão sublime: "*Os mortos não estão mortos, e eles voltam*" (Ferreira, 1941, p. 54 e 55).

Nesse sentido parece que a maior contribuição que o espiritismo poderia oferecer para a classe médica seria o de proporcionar alento a sua incapacidade de, a longo prazo, conseguir salvar a vida de seus pacientes, além de minimizar a frustração que os médicos deveriam sentir perante o falecimento das pessoas que se encontravam sob seus cuidados. Em outro trecho do mesmo livro, o Dr. Ferreira nos mostra como que diante dessa limitação do conhecimento médico, o espiritismo possibilitava, acima de tudo, a produção de um sentido para a experiência do falecimento, sentido que oferecia consolo até mesmo para a classe médica, impotente diante da experiência da morte:

Tua missão não termina no atestado de óbito, que é o próprio atestado do limite do seu poderio material; se a morte zombou da tua grandeza, do teu esforço, da tua competência e do teu carinho, arrancando das tuas mãos o teu doente, mostrando-te o desvalor da tua terapêutica, não voltes para o teu laboratório, não te mergulhes em revoltas e em cogitações! (Ferreira, 1941, p. 121).

Essa condenação do recurso ao desenvolvimento de novas técnicas laboratoriais era o resultado da insurgência do autor ao que ele considerava como uma mercantilização da prática médica que estaria acontecendo no período. Segundo Ferreira, em seu livro *Tem Razão?* (1946), o desenvolvimento de novas técnicas laboratoriais seria apenas um subterfúgio criado por setores da classe médica para encarecer os custos dos tratamentos, pouco influenciando de fato na resolução das doenças. É interessante notar que, como mostramos anteriormente, no mesmo livro, o autor criticava a medicina por ela ter se afastado dos laboratórios, laboratório que ele agora também passava a criticar. Mais uma vez fica claro que, para o autor, o único tipo de abordagem experimental que deveria ser

estudada de forma mais aprofundada pela medicina era a pesquisa de fenômenos mediúnicos e espirituais:

O que evoluiu muito, o que tem tomado um incremento assustador, é o charlatanismo médico. Aparelhos caros, custosos, que deslumbram a vista e produzem rendas. Resultado prático, nenhum, não passando de meros enfeites que justifiquem as especulações (...). O senso clínico foi substituído pelos laboratórios (Ferreira, 1946, p. 22).

As críticas mais comuns dos espíritas contra os médicos que lhes faziam oposição eram de natureza financeira. A FEB e os centros espíritas a ela ligados viam as atividades terapêuticas desenvolvidas pelos médiuns como sendo de natureza quase religiosa. A mediunidade era entendida, na maioria das vezes, como um dom oferecido por Deus para determinados indivíduos, sendo que o melhor modo de utilizar esse dom seria através de atividades caritativas que pudessem oferecer algum tipo de conforto para as pessoas que delas necessitassem:

Os espíritas (...) vão dando cumprimento ao preceito - IDE E CURAI OS ENFERMOS. DAI DE GRAÇA O QUE DE GRAÇA RECEBESTES (...). Quem sofre uma dor e uma angústia procura os recursos necessários para minorar os seus sofrimentos. Em que porta há de bater? As portas da medicina só se abrem ao tilintar da moeda de ouro (Ferreira, 1946, p. 29).

Nesse sentido, os espíritas possuíam uma política de oferecer tratamento gratuito a todo e qualquer enfermo que procurasse atendimento em suas instituições. Acreditavam que, através dessas atividades, estavam praticando o exercício da caridade, atividade que era vista como duplamente positiva, pois além de auxiliar alguém que estivesse enfrentando dificuldades, o médium entendia que também estava auxiliando a si próprio em sua procura por uma evolução espiritual mais acelerada, já que a caridade e o amor ao próximo eram entendidos como características próprias dos espíritos mais adiantados.

Era através desse exercício de caridade que os espíritas respondiam às acusações médicas de que seus praticantes não passavam de mais uma categoria de charlatões, cuja única preocupação era explorar os ignorantes e os incautos que os procuravam em busca de tratamento para suas enfermidades, já que oficialmente todo médium espírita deveria se recusar a receber qualquer tipo de pagamento pelas consultas que oferecia:

O verdadeiro médium receitista jamais cobra ou aceita um real, sequer, por esse benefício [a receita], e qualquer um que proceder em contrário, já não poderá ser computado no rol de médiuns espíritas (Ferreira, 1941, p. 147).

É importante frisar que as atividades caritativas dos espíritas ligados à FEB não se limitavam ao campo das artes de curar. Além de consultórios médicos e cirúrgicos, gabinetes dentários e de produtos farmacêuticos, os grupos espíritas também se preocuparam em criar e manter asilos para menores abandonados, escolas, abrigos para idosos, sanatórios para alienados e albergues noturnos para pobres e mendigos (Ferreira, 1941, p. 112).

O fato de os espíritas de orientação kardecista terem tomado a iniciativa de organizar instituições de caráter filantrópico que tinham como objetivo oferecer algum tipo de amparo à população de enfermos e necessitados do Rio de Janeiro, fazia com que até mesmo médicos que não eram seguidores da doutrina demonstrassem simpatia pelo movimento espírita, ao reconhecerem a relevância que essas instituições haviam adquirido junto às classes mais desfavorecidas da sociedade carioca, destoando dos setores da classe médica que atacavam a popularização das práticas espíritas:

E é exatamente por se dedicarem os nossos médiuns a socorrer o próximo, que se insurgem contra nós os mercenários que vêem suas rendas diminuídas - os padres e os médicos sem clínica. Dizemos sem clínica, visto como os que a possuem não são os que desejam inibir-nos de praticá-la, sendo até conhecida a frase do príncipe Miguel Couto: 'Ai! Da pobreza do Rio se não fossem os espíritas!' (Freitas, 1938, p. 63).

Devemos nos lembrar que uma das críticas que os médicos opositores ao espiritismo faziam dessa prática era a de que as pessoas que buscavam atendimento nos centros espíritas estavam deixando de receber atendimento médico adequado, ou seja, o atendimento oferecido por eles próprios. Uma das implicações dessa crítica era a afirmação, por parte dos espíritas, de que a única preocupação de seus opositores era a perda de seus pacientes para o espiritismo e, conseqüentemente, da renda advinda das suas consultas, argumentando também que se os médicos apresentavam esse tipo de preocupação era justamente por conseqüência de que a população já teria percebido que recorrer ao espiritismo seria mais eficiente do que procurar tratamento entre os médicos diplomados. Mais uma vez recorremos ao Dr. Inácio Ferreira para ilustrar esse ponto do discurso dos seguidores do espiritismo. Para ele, a medicina acadêmica, e mais precisamente seus

praticantes, se haviam deixado contaminar por interesses financeiros. Nesse sentido, esse tipo de argumentação era influenciado por uma visão das artes de curar como uma atividade possuidora de uma missão quase religiosa, que teria como principal objetivo oferecer alívio e esperança aos enfermos:

Ela [a medicina] deveria ser a partícula divina deixada entre os homens para ampará-los nas provações; inculcar-lhes coragem na luta e resignação nos sofrimentos; reavivar-lhes a Fé e a Esperança - Fé que eleva, e Esperança que dignifica, ante os tormentos sofridos com coragem e ante a dor suportada com resignação (...). Infelizmente, porém, esquecida de que é uma partícula divina, chafurdou-se nos interesses materiais, deixando-se dominar pelos mesmos impulsos, pelos mesmos defeitos que cegam as criaturas e atrasam o progresso - o interesse e a ambição (Ferreira, 1946, p. 41 e 42).

Essa crítica era particularmente dirigida ao principal opositor da utilização dos métodos espíritas para o tratamento de doenças e da loucura, o médico Leonídio Ribeiro, já que este teria afirmado durante uma reunião da Academia Brasileira de Medicina, em 1931, que a única estratégia que os médicos poderiam utilizar para se certificar de que o tratamento por eles oferecido seria pago consistiria em realizar um levantamento prévio da renda pessoal dos pacientes, recomendando que esta precaução devesse ser tomada antes da consulta propriamente dita. Como consequência dessa proposta de Leonídio Ribeiro, os médicos espíritas não se fartavam de atacá-lo sempre que possível:

E é exatamente esse médico policial, a quem o Presidente do Sindicato chama psiquiatra de hidroceles, o maior e mais terrível inimigo do Espiritismo no Brasil. Para se conhecer a mira alvejada pela consciência desse acadêmico, basta que se leia o relatório que apresentou à Academia de Medicina em 1931, onde propôs que cirurgiões deveriam fazer rigoroso inquérito sobre a fortuna dos doentes (Freitas, 1938, p. 105).

Ao aludir ao presidente do Sindicato Médico Brasileiro, o Dr. Wantuil de Freitas provavelmente estava se referindo ao Dr. Mário Escobar Azambuja, que também era seguidor do espiritismo e que havia sido um dos fundadores do Sindicato Médico Brasileiro no Rio de Janeiro. Como os outros médicos espíritas, também o Dr. Azambuja compartilhava dessa visão pouco estimada em relação aos seus pares menos espiritualizados. Na introdução do seu livro *Uma Nova Ciência* (1942), escrito após a sua aposentadoria, Mário Escobar Azambuja afirmava: “... sempre me amargurei com o crescente mercantilismo da profissão [médica], que também já foi minha” (Azambuja, 1942, p. 9).

Os próprios médicos contrários ao espiritismo pareciam demonstrar em suas falas que esta era uma das principais preocupações que os incomodavam ante o avanço da doutrina espírita entre todos os setores da sociedade. Podemos vislumbrar essa questão, por exemplo, na transcrição feita por Inácio Ferreira da ata de uma reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, ocorrida em 19 de abril de 1927, na qual o Dr. Leonídio Ribeiro pedia que providências fossem tomadas contra o que ele denominava de "práticas abusivas da seita religiosa, conhecida pelo nome de Espiritismo". No debate que se seguiu outro médico, Dr. Sebastião Barroso, afirmava que o assunto era de natureza mais social do que médico, pois segundo ele: *"Antigamente só as classes baixas o aceitavam. Atualmente ele tem guarida nas pessoas da alta sociedade"* (Ferreira, 1946, p. 54). É interessante notar que, aparentemente, o espiritismo só passava a ser percebido como um problema para a classe médica a partir do momento que este passava a ser aceito entre parte da elite letrada e de posses.

Dessa forma, os principais ataques dos médicos espíritas contra a medicina organicista e seus seguidores partiam da argumentação de que estes não se preocupavam com o bem-estar de seus pacientes, só estando preocupados, na verdade, com seus próprios ganhos pecuniários.

Por sua vez, um aspecto que merece ser destacado com relação aos postulados do espiritismo de orientação kardecista, e praticamente ignorado pela bibliografia que trata sobre o tema no Brasil, foi a sua capacidade de agregar aliados entre a classe médica brasileira durante o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Embora a primeira vista possa parecer que o espiritismo foi amplamente criticado pela classe médica, quando analisamos alguns debates ocorridos nas sociedades de medicina do período podemos notar que a relação entre a medicina e o espiritismo era um pouco mais complexa.

Podemos tomar como exemplo um debate ocorrido na Academia Nacional de Medicina, entre outubro e novembro de 1909, em que foi discutida a eficácia dos tratamentos espíritas. É interessante notar como não existia um consenso entre a classe médica com relação à postura a ser tomada frente ao desenvolvimento das práticas espíritas de cura. Na transcrição do debate é possível se notar diferentes discursos sendo pronunciados a respeito do espiritismo e que derivam de produções intelectuais de origens

diversas, tanto católicas quanto espíritas, além de discursos mais alinhados à tradição positivista de plena liberdade profissional e de livre concorrência nas artes de curar.

O debate foi iniciado pelo Dr. Felício dos Santos, que discorreu sobre os perigos de se recorrer ao espiritismo, apresentando em sua argumentação citações de autores antigos. Ao final de sua explanação, o médico apresentava os mesmos tipos de argumentos, já nossos conhecidos, para criticar o espiritismo:

Mostrou as longínquas raízes do Espiritismo, discorreu sobre os perigos da evocação das almas de defuntos, terminando por aludir ao fato indiscutível de se encontrarem os hospícios de alienados sempre cheios de vítimas do Espiritismo. O Espiritismo e o alcoolismo - afirma - são grandes elementos propugnadores da alienação mental. Abordou ligeiramente a questão do médico espiritista. Referiu-se a terapêutica respectiva, tocando nos seus inconvenientes possíveis (Annaes da Academia de Medicina, 1911, p. 326).

Nada de novo nas denúncias apresentadas pelo Dr. Feliciano dos Santos contra o espiritismo. O ponto interessante, no entanto, foi que no debate que se seguiu, o primeiro médico a se pronunciar após a fala do Dr. Feliciano dos Santos, o Dr. Nascimento Gurgel, apresentou uma contundente defesa do espiritismo e da necessidade dos médicos de realizarem pesquisas nessa área, referindo-se à evolução que esta doutrina vinha sofrendo nos últimos anos e sendo objeto de estudo de cientistas respeitados internacionalmente, como o fisiologista Charles Richet que, no ano anterior, realizara uma palestra na Academia. (Annaes da Academia de Medicina, 1911, p. 326).

Em seguida, se pronunciou o Dr. Fernando Magalhães, que afirmou não encontrar nenhum perigo para a sociedade no desenvolvimento das práticas espíritas, defendendo ainda uma ampla liberdade profissional no campo da medicina e afirmando que o cumprimento do Código Penal – que proibia o exercício ilegal da medicina e a prática do espiritismo – deveria ser utilizado tanto na repressão à medicina praticada por não diplomados quanto na punição dos médicos diplomados que agiam de forma criminoso e ignorante.

Por fim se pronunciou o Dr. Teixeira de Souza, médico seguidor do positivismo, que se pronunciou da seguinte forma em relação às práticas de cura desenvolvidas nos centros espíritas:

Não devemos perseguir os confrades [espíritas]. Não há curandeiro que não tenha curas! E não há médico que não tenha reveses! Demais, a época não se presta a essas intransigências na profissão médica. Atravessa, a Medicina, um período de anarquia, de que a terapêutica se não exime. Mentiras de ontem aparecem hoje como verdades; teorias agora decadentes podem reerguer-se vitoriosas amanhã. Portanto não há que repelir sistematicamente os que curam - por este ou aquele meio. Há no Espiritismo algum dogma que ataque a saúde pública? Não. Logo, o perigo está nos sectários, não na religião (Annaes da Academia de Medicina, 1911, p. 328).

Desta forma, podemos observar como era complexo o debate travado entre os representantes da classe médica quando o assunto era o desenvolvimento de pesquisas acerca dos fenômenos espíritas e das práticas de cura derivadas dessa doutrina. No caso desse debate específico, o médico que propunha que a prática do espiritismo fosse reprimida se encontrava em franca minoria, não obtendo sucesso em angariar aliados ou formar um consenso entre seus pares de modo a conseguir uma condenação mais enfática das práticas espíritas.

Mais significativo ainda foi o debate ocorrido numa reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 1939. Nessa reunião, já citada anteriormente, o Dr. Carlos Fernandes havia proposto que fossem tomadas medidas no sentido de se proibir a realização do programa de rádio "Hora Espírita Radiofônica", afirmando que esse tipo de programa era nocivo, física e mentalmente, para a população brasileira. Como resultado de uma reação dos médicos espíritas presentes à reunião, o Dr. Carlos Fernandes lançou um desafio aos médicos espíritas onde propunha que estes tentassem curar uma série de pacientes loucos e cegos que não haviam encontrado cura no tratamento oferecido pela medicina acadêmica. Quando este desafio foi lançado, numa sessão da Sociedade, a assembléia da entidade decidiu não apoiá-lo oficialmente, sendo aceita a proposta do Dr. Santana de que: "... o colega Carlos Fernandes brigasse sozinho com os médicos espíritas, porém, fora da Sociedade de Medicina" (Ferreira, 1946, p. 204). O próprio presidente da entidade criticou o Dr. Carlos Fernandes afirmando que este tipo de discussão só serviria para prejudicar a organização da classe médica do Rio de Janeiro.

É interessante notar que, aparentemente, sempre se encontravam presentes em reuniões de organizações médicas associados ligados ao espiritismo, que defendiam a posição de um exercício das artes de curar mais espiritualizado como o praticado nos centros espíritas do Rio de Janeiro. Deve-se notar também que a própria Sociedade de Medicina se encontrava dividida no debate em relação a esse tema no ano de 1939, não

aceitando nem mesmo encampar o desafio lançado pelo Dr. Fernandes, numa clara relutância da classe médica carioca de enfrentar diretamente tanto os médicos espíritas, fato que sugere que seu número era razoável dentro da própria Sociedade, quanto às práticas de cura empregadas pelo espiritismo. O desafio, apesar de aceito pelos médicos espíritas, jamais chegou a ser realizado, embora em seu livro o Dr. Inácio Ferreira não aponte para os motivos que levaram a sua não realização.

E isso ainda não era tudo. Como consequência do repto lançado pelo Dr. Fernandes, um intenso debate se seguiu, tanto na Sociedade de Medicina, quanto na sociedade em geral, através de artigos publicados na imprensa nacional durante os dias seguintes. Vários foram os artigos dedicados à defesa do espiritismo. Embora também tenha sido significativo o número de artigos publicados na imprensa criticando o espiritismo e suas práticas, o que se revela mais interessante na citação desses debates era a presença médica no seio do movimento espírita, além de exemplos de como os argumentos espíritas com relação à medicina oficial eram, aparentemente, aceitos e reproduzidos pelo público em geral.¹³

Outro fato importante, derivado do desafio lançado ao espiritismo, foi o pedido de desligamento da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro do médico e capitão da aeronáutica Dr. Telêmaco Gonçalves, que chegou a atuar como diretor do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos e que assim exprimiu os motivos que o levaram a tal atitude:

Por não concordar com a atitude precipitada dessa sociedade, no caso das irradiações espíritas, e por ser espírita com convicção e raciocínio, após estudos cuidadosos que fiz e faço do assunto, solicito-vos minha demissão de sócio correspondente dessa sociedade (Ferreira, 1946, p. 210)

Talvez o acontecimento mais emblemático da relação da classe médica brasileira com o espiritismo seja o caso do Dr. Ozório Cezar. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1925, no mesmo ano começou a trabalhar no Hospício do Juquery. Casado com Tarsila do Amaral, Ozório Cezar foi um pioneiro na introdução de oficinas de arte junto aos pacientes psiquiátricos. Marxista, viajou para a União Soviética, em 1932, em

¹³ Para uma análise mais detalhada dos artigos publicados na imprensa, tanto a favor como contra o espiritismo, ver: ALMEIDA, A. A. S. “Uma fábrica de loucos”: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950). Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP. Campinas, 2007. Principalmente o capítulo 3.

companhia de sua esposa. Em 1930, o Dr. Ozório Cezar lançou o livro *Misticismo e Loucura* em que apresentava os argumentos característicos de certos setores da classe médica de ataque a doutrina espírita. O Dr. Cezar iniciava o seu livro apresentando uma introdução histórica do espiritismo sem, no entanto, conseguir lhe determinar a origem, afirmando que:

A base fundamental dessa crença é antiga e vem de uma necessidade que o homem tem, quando o seu sistema nervoso é discrásico, de aceitar misteriosamente certos fenômenos de ordem mental e interpretá-los, dadas as condições em que eles se realizam, num ambiente ilusório ou alucinatório (Cezar, apud Ferreira, 1946, p. 183).

Inácio Ferreira argumenta em seu livro que, apesar dessa introdução em que condena o espiritismo, o Dr. Ozório Cezar se remete, na quase totalidade de casos relatados em seu livro, a fenômenos derivados dos credos católicos, como, por exemplo, o caso de Antonio Conselheiro, em Canudos. Em seguida, Ferreira aponta que Cezar, após travar contato com um grupo de médiuns “de boa posição social e material”, voltou atrás em suas afirmações sobre o espiritismo durante uma sessão da Associação Paulista de Medicina, ocorrida em 5 de setembro de 1941, onde buscava realizar uma retratação das críticas que havia feito à prática do espiritismo.

Durante essa reunião Ozório Cezar realizou uma conferência intitulada *Fenomenologia Supranormal* (1941),¹⁴ onde apresentava os resultados de suas pesquisas sobre manifestações mediúnicas realizadas em parceria com um grupo de médiuns paulistas. Convencido da veracidade dos fenômenos por ele testemunhados durante as sessões mediúnicas de que participou, Ozório Cezar procurou dar um caráter mais científico às suas observações, realizando registros fotográficos das manifestações mediúnicas de fenômenos físicos e citando amplamente os pesquisadores europeus, como Richet e Lombroso, que haviam realizado estudos similares, sem deixar, contudo, de se referir a conceitos que foram desenvolvidos originalmente pelos seguidores do espiritismo. Desta forma, Ozório Cezar define o médium da seguinte maneira:

A palavra mediúnica ou medianímica é relativa aos médiuns, que tem a faculdade especial de médium. Do latim – Medius + animus (...). O termo médium é criação dos primeiros

¹⁴ Agradeço à colega Angélica de Almeida por ter gentilmente me cedido cópias dos textos originais de Ozório Cezar.

escritores espíritas para determinar um ser mediador entre o Alem e o nosso mundo (Cezar, 1941, p. 50).

Como resultado das observações realizadas em suas pesquisas Ozório Cezar se retrata publicamente das críticas que havia tecido anos antes aos praticantes do espiritismo, passando também a censurar os médicos que avaliavam os médiuns e os praticantes do espiritismo como simples doentes mentais que deveriam ser tratados pela psiquiatria:

Em certos médicos há ainda um lamentável conceito sobre a personalidade dos médiuns e a natureza do transe. É o de considerarem estes como neuropatas, e de históricos os fenômenos mediúnicos. Erro grave, estou agora certo, que também confesso haver cometido no meu livro *Misticismo e Loucura*, motivado por uma análise psicológica do fenômeno um tanto apressada (Cezar, 1941, p. 60).

Finalmente, nesta mesma reunião Ozório Cezar apresentou, perante uma assembléia de médicos, uma série de fotografias espirituais que haviam sido por ele tiradas como parte de suas pesquisas experimentais no campo do espiritismo, arrematando: *“Atualmente a hipótese mais razoável para a explicação desses fenômenos supranormais é incontestavelmente a espírita”* (Cezar, 1941, p. 64). Assim, de crítico do espiritismo, o Dr. Cezar se tornou um pesquisador das teorias espíritas, aparentemente se convertendo ao espiritismo, fato que demonstra a profunda capacidade argumentativa e de convencimento dos postulados produzidos pela doutrina kardecista e seus seguidores no Brasil, conseguindo angariar aliados mesmo entre os seus antigos detratores. Nesse sentido, também foi emblemática a afirmação feita por Henrique Roxo, publicada no jornal *Correio da Manhã* em 1941, em que o médico psiquiatra foi levado a diferenciar o tipo de espiritismo ao qual se opunha, reconhecendo a validade dos estudos experimentais do espiritismo:

Faço questão de explicar, entretanto, que não faço campanha contra o Espiritismo científico, esse que procura verificar o que de verdade existe além da morte. Refiro-me ao Espiritismo de Richet, Morselli e Crooks (Roxo, apud Ferreira, 1946, p. 392).

Com o objetivo de tentar compreender melhor como os conceitos espíritas sobre saúde, doença, corpo e espírito eram implementados na elaboração de práticas de cura cotidianas, vejamos agora de forma mais detalhada os tipos de instituições e atividades terapêuticas que foram desenvolvidas pelos praticantes do espiritismo no Brasil, tanto como

parte das atividades regulares de suas sessões realizadas em centros espíritas, como em estabelecimentos próprios criados para esse fim específico.

Capítulo 4 – PRÁTICAS E INSTITUIÇÕES ESPÍRITAS DE CURA.

4.1 As variedades das práticas de cura espíritas.

Como resultado de suas formulações particulares de corpo, saúde e doença e da produção de concepções acerca das melhores formas terapêuticas para lidar com os problemas de saúde, aliadas ainda à importância dada ao espiritismo para as ações de caridade como forma de facilitar a evolução espiritual de seus seguidores, tornou-se comum no Brasil de finais do século XIX até meados do XX o desenvolvimento de ações de saúde por parte de grupos espíritas. Deste modo, foram criados serviços terapêuticos tanto de natureza mais “espiritual” – como as atividades do receituário mediúnico ou como os trabalhos de desobsessão espiritual – como também de natureza mais “material” – como o oferecimento de tratamento dentário gratuito em sedes de grupos espíritas.

A seguir será feita uma descrição de alguns dos serviços implantados por diferentes grupos espíritas no país. Pretende-se com isso mapear como os conceitos de saúde e doença produzidos pelo espiritismo foram transpostos para suas práticas cotidianas de cura e estabelecer os pontos de aproximação e de afastamento encontrados entre diferentes grupos e instituições espíritas brasileiras do período do final do século XIX até meados do XX.

Uma das organizações mais importantes para a história do espiritismo no Brasil, a Federação Espírita Brasileira (FEB), foi fundada em 1884 e tinha como principal objetivo, num primeiro momento, ser um instrumento de divulgação da doutrina de Allan Kardec, realizando uma intensa propaganda do espiritismo através da publicação de artigos na imprensa e da realização de conferências públicas sobre o tema (Giumbelli, 1997). Em janeiro de 1890, poucos meses antes da aprovação do Código Penal, a FEB organizara o Serviço de Assistência aos Necessitados, que funcionava na sede da entidade, e que tinha como função oferecer tanto atendimento físico, ou seja, médico, quanto espiritual à população carente que a ele recorresse. No gabinete clínico deste serviço trabalhavam, gratuitamente, alguns médicos diplomados, mas a maioria dos atendimentos era realizada por médiuns, denominados receitistas, que atuavam sem a devida habilitação para o exercício da medicina. Alguns desses receitistas atendiam, também, em suas residências. O

serviço havia sido organizado pelo Dr. Polidoro Olavo de São Tiago (Damazio, 1994, p. 120).

Para os espíritas ligados à FEB, a “mediunidade receiptista”, sempre defendida e admirada nos artigos do *Reformador* e em declarações de diretores da instituição, desempenhava de maneira privilegiada uma dupla função que, de certo modo, englobava e qualificava suas propriedades terapêuticas. De um lado, ela era tida, juntamente com a mediunidade curadora, a desobsessão e o auxílio a “espíritos sofredores”, como uma modalidade de prática de caridade. Tratava-se de uma categoria bastante ampla, de conotações bem diversas, o que permitia que assumisse também manifestações puramente “materiais”, como a concessão de cartas de liberdade a escravos, que muitas vezes serviam de coroamento de comemorações públicas ainda na época do Império, e a realização de campanhas de arrecadação entre os grupos para ajudar populações atingidas por catástrofes naturais e epidemias. De outro, a atuação dos médiuns receiptistas servia como uma validação da existência dos espíritos e, conseqüentemente, da sobrevivência da alma humana após a morte.

Segundo Giumbelli, o trabalho dos médiuns receiptistas era a prática terapêutica mais expressiva e curiosa desenvolvida pela FEB. O início dessa atividade entre os grupos espíritas poderia ser percebido desde o início da década de 1870, não só através das menções que lhe fazem os espíritas, mas também através de vários jornais da época, responsáveis por boa parte da popularidade e das imagens associadas ao espiritismo no Rio de Janeiro pré-republicano. Em 1884, o jornal *Reformador*, órgão de divulgação da FEB, descreve brevemente algumas das características da atividade:

Ninguém já ignora que existem indivíduos (...) que, sem nunca ter aberto um livro de medicina, espantam-nos com a precisão e o acerto com que descrevem os sofrimentos daqueles que lhes são apresentados e, muitas vezes mesmo, sem que se dê tal apresentação, somente à vista do nome e idade do enfermo; indicando juntamente os meios de cura que, seguidos, têm sempre produzido benéficos resultados, mesmo nos casos mais desesperados (Reformador, apud Giumbelli, 1997, p. 76).

O médium receiptista era o indivíduo que, inspirado pelo espírito de um médico já falecido, diagnosticava doenças e prescrevia um tratamento que recorria, em quase a totalidade das vezes, na utilização de uma medicação homeopática. A partir de 1900, foi instalada uma pequena farmácia homeopática que aviava as prescrições indicadas pelos

médiuns que atuavam no serviço. Em 1902, a FEB aprovou um novo estatuto que, entre outras coisas, procurava regular e garantir a legitimidade do funcionamento do gabinete clínico perante a instituição.

A FEB continuou a manter, até o ano de 1942, seu gabinete mediúnico receitista nos mesmos moldes que o descrevemos acima. Entre 1908 e 1925, a quantidade anual de prescrições mediúnicas manteve-se sempre acima de duzentas mil unidades (Giumbelli, 1997). Em dezembro de 1911, a FEB inaugurou uma nova sede, construída com recursos arrecadados através de empréstimos e campanhas entre seus sócios. O prédio, localizado na Avenida Passos e pertencente até hoje à FEB, deu novo ímpeto aos seus serviços de caridade: melhor acomodados, os gabinetes de receitas passaram a contar com o auxílio de um numero bem maior de médiuns (de 6 em 1905, passa-se para 12, em 1912, e para 17, em 1920); um serviço de “aplicações fluídico-magnéticas”, mais comumente conhecidos como passes, foi organizado; e a distribuição de remédios homeopáticos foi consideravelmente ampliada, chegando a somar, no ano de 1914, 624.842 receitas aviadas (Giumbelli, 1997, p. 295).

Para se avaliar a relevância e popularidade que o atendimento mediúnico oferecido pela FEB possuía perante a sociedade carioca podemos comparar o movimento de sua farmácia homeopática com o número de receitas aviadas pela farmácia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A farmácia da Santa Casa funcionava no hospital geral e aviava as receitas tanto dos consultórios médicos quanto das enfermarias da instituição. Segundo o relatório de 1922 da assistência pública e privada do Rio de Janeiro, durante o ano compromissal que ia de meados de 1912 a meados de 1913, a farmácia da Santa Casa aviou um total de 710.987 receitas. Já o relatório apresentado no jornal *Reformador* sobre o movimento do gabinete mediúnico da FEB durante o ano de 1913 afirma que a farmácia desta instituição havia aviado quase 537 mil receitas durante aquele ano (Giumbelli, 1997). Pelo exposto acima se pode concluir que a procura da população carioca pelas praticas terapêuticas desenvolvidas pela FEB era de uma freqüência comparável à encontrada na Santa Casa de Misericórdia.

A presença de “médiuns curadores” na FEB dedicados à aplicação dos passes a partir do início do século XX, embora jamais tenha atraído o numero de pessoas que procuravam os receitistas, representou a principal novidade em termos de atendimento terapêutico

institucionalizado, tendo sido mantido com regularidade também até 1942. Como o próprio nome indica, as aplicações fluídico-magnéticas eram fortemente embasadas pelas teorias das propriedades terapêuticas das irradiações do fluido magnético como postuladas por Mesmer, sendo que a única diferença se encontrava na crença dos espíritas de que, durante a aplicação dos passes, o médium teria as suas irradiações do fluido magnético intensificadas pela intervenção auxiliadora de um espírito desencarnado. Em seu livro *Uma Nova Ciência*, o Dr. Mário Escobar Azambuja apresenta uma defesa da utilização dos passes magnéticos enquanto uma prática terapêutica legítima:

Sobre os fantásticos passes, que de fato, sem maior análise, parecem puros gestos charlatanescos, deve-se recomendar aos médicos, antes de maiores investigações, a leitura dos trabalhos de Georges Lakhovsky, sábio de fama mundial. Este eminente cientista provou a influência das irradiações humanas sobre os seres vivos. Pela simples oposição das mãos (magnetismo), mesmo sem contacto, á distância, tem se conseguido nitidamente influenciar (...) a irrigação sanguínea das diversas partes do corpo humano. São experiências de laboratório, sem a menor invocação do sobrenatural, longe de todas as idéias espíritas. Se tais pesquisas comprovam a ação das irradiações emanadas da matéria viva, devemos evidentemente admitir a possibilidade dos efeitos dos chamados 'passes', que nada mais são que a influência das referidas irradiações. (...). Tudo isto demonstra que não nos precipitemos em considerar os místicos passes como simples artifício de curandeirismo, quando, em realidade, sejam talvez exteriorizações eletromagnéticas (Azambuja, 1942, p. 67 e 68).

Quanto aos medicamentos homeopáticos, a maior parte deles era doado por farmácias, algumas das quais pertencentes a sócios da FEB, em troca de anúncios dispostos em sessões publicitárias mantidas, desde 1908, nas contracapas do *Reformador*. Além disso, a partir de 1916, a FEB passou a se encarregar da remessa de lotes de medicamentos homeopáticos para grupos espíritas estabelecidos nos subúrbios cariocas ou mesmo em outras cidades do estado do Rio de Janeiro.

Por fim, é interessante mencionar que, entre 1912 e 1914, existiu uma sucursal da FEB em Botafogo, sob a responsabilidade de Inácio Bittencourt, um dos mais famosos médiuns receitistas da época, onde, em meio a outras atividades assistenciais e doutrinárias, também se fazia a distribuição de receitas e remédios homeopáticos.

Outra atividade terapêutica mediúnica importante desenvolvida na FEB era a de “desobsessão de espíritos obsidiados”, ou seja, o tratamento de pessoas que apresentassem qualquer tipo de transtorno comportamental ou de acessos de loucura onde a causa destes transtornos fosse identificada como resultante da ação de espíritos perseguidores

desencarnados. A prática da desobsessão era comandada por um dos grupos espíritas que faziam parte da FEB, o Grupo Ismael. Este grupo reivindicou durante muitos anos a criação de uma “escola de médiuns” na FEB, que foi fundada na primeira década do século XX, mas que teve uma existência curta, e que tinha como objetivo a formação de médiuns para os trabalhos de desobsessão (Giumbelli, 1997).

As sessões de desobsessão demandavam a presença de um grupo de médiuns para a sua realização – diferentemente do atendimento à saúde física de um paciente atendido por um receitista que era realizado individualmente – e podiam ser bastante tumultuadas em seu desenrolar, dependendo do grau de resistência oferecido pelo espírito obsessivo à sua doutrinação. O processo de desobsessão, que segundo os espíritas implicava em afastar a entidade obsessora, tinha como objetivo levá-la a aceitar os princípios da doutrina espírita e conscientizá-la da necessidade de afastar-se de sua vítima, para que ambos pudessem avançar no seu processo de evolução espiritual (Menezes, 2002).

Nas sessões reunia-se um grupo de médiuns que se tornavam responsáveis pela formação de uma corrente que propiciasse a aproximação de espíritos considerados espiritualmente evoluídos, que eram requisitados a auxiliar nos trabalhos. As sessões contavam, ou não, com a presença do obsidiado, dependendo do seu estado. Dois médiuns eram fundamentais: o médium denominado de sonambúlico ou de incorporação, encarregado de incorporar a entidade obsessora, e o médium doutrinador, que também podia ser denominado de evocador, já que era ele que chamava as entidades espirituais para que fossem incorporadas pelo médium sonambúlico, enquanto este último buscava estabelecer o tipo de relação existente entre o paciente obsidiado e o espírito obsessivo. Através de um interrogatório, o doutrinador procurava obter as informações que julgava necessárias para realizar o esclarecimento do obsessivo, evangelizando-o e persuadindo-o a se desligar da vítima e a retornar ao seu processo de desenvolvimento espiritual. O obsidiado podia ajudar em todo o processo, seja conhecendo as causas da obsessão – resultante da lei cármica, segundo os espíritas –, seja reconhecendo sua culpa ou fraqueza moral e arrependendo-se sinceramente delas: *“Deve-se evocar o [espírito do] obsessivo e trabalhar com ele no sentido de removê-lo da perseguição, fazendo-o conhecer a lei [cármica] pela qual terá que pagar, em dores, todas as que têm feito sua vítima sofrer”* (Menezes, 2002, p. 183).

O arrependimento e a conversão ao espiritismo eram considerados fundamentais, tanto para a expiação das faltas passadas, como para facilitar o processo de cura do espírito ou do corpo do paciente. Nestes casos, o sofrimento físico, mental ou moral, causado pela lei cármica, podia ser suprimido quando o sujeito exprimisse o desejo de expiar as faltas morais que pudesse ter cometido nesta ou em outra encarnação. Entendia-se que com isso o indivíduo dava um importante passo para a resolução das provas pelas quais ele deveria passar na sua atual existência em sua busca pela evolução espiritual.

Em seu livro *Revelações de Além Túmulo*, originalmente publicado em 1907, o Dr. Antão de Vasconcelos descreve com grande riqueza de detalhes a dinâmica de funcionamento de uma sessão de desobsessão, realizada pelo grupo espírita ao qual ele era ligado e que atuara no sentido de curar uma jovem acometida de uma forte obsessão espiritual (Vasconcelos, 1936).

Ainda no início de seu livro, Antão de Vasconcelos declara que todo o trabalho de desobsessão realizado pelo grupo foi dirigido por uma entidade espiritual denominado de Leonel Euclides Tompson, que segundo Vasconcelos seria: “... *(um) espírito de superior elevação, fervoroso apóstolo da caridade e um dos seus eméritos trabalhadores*” (Vasconcelos, 1936, p. 17).

Com o início dos trabalhos para a realização da desobsessão, o autor descreve que o espírito que guiaria a sessão apresentou uma série de recomendações aos presentes indicando o modo como deveriam se preparar para realizar a cura da enferma. Chamo a atenção mais uma vez para a forte referência a valores característicos da moralidade católica, demonstrando como existia um forte cunho religioso e moral neste tipo de atividade espírita. Atividade esta que, segundo os espíritas, seria uma das principais demonstrações de que sua doutrina deveria ser considerada um saber experimental e capaz de oferecer uma grande contribuição para o campo científico:

Meus irmãos: Nunca vos impacientes pela demora das manifestações; antes deveis aproveitar esse tempo para o vosso próprio preparo e não deveis esquecer nunca que o melhor meio de pedir é merecer. (...). Pedí, pois, si quereis prosseguir na espinhosa missão, o auxilio dos bons; antes de tudo, porém, fazei por imitá-los, tendo como eles: o amor, a resignação, a paciência e a caridade. Deus vos abençoe e ampare (Vasconcelos, 1936, p. 18 e 19).

Ao final do livro, o autor descreve o método indicado pelos espíritos para a realização das sessões de desobsessão. De acordo com seu texto, as sessões de desobsessão deveriam ser formadas por um grupo de não mais que seis médiuns convictos e conhecedores da doutrina espírita. Além disso, os trabalhos eram fechados a pessoas de fora do grupo: “*As sessões não devem, nem podem ir visitantes, visto que não são trabalhos de propaganda. O meio deve ser sempre igual e não ter oscilação de atmosfera, por elementos estranhos*” (Vasconcelos, 1936, p. 307). Dessa forma, era impossível que elementos externos ao grupo verificassem a validade das afirmativas dos espíritas relacionadas ao trabalho de desobsessão, ou seja, ficava impedida a verificação e a possibilidade de replicação das experiências do grupo espírita por outro grupo de observadores externos. Mais uma vez, esse tipo de colocação dificultava a possibilidade de verificação experimental dos postulados espíritas, o que impediria que uma metodologia de caráter mais científico pudesse ser utilizada para avaliar a eficácia de seus tratamentos espirituais.

O autor também procura descrever em seu livro qual o tipo de médium considerado por ele como ideal para ser usado como um veículo de manifestação do espírito obsessor durante as sessões de desobsessão:

O Médium, preferível a todos, é o semi-sonambúlico, ou chamado de incorporação, pois são estes os únicos que, uma vez educados, reagem por si e são segura garantia para o grupo em casos, aliás muito vulgares, de quebra de concentração. Os sonambúlicos prestam-se da mesma forma; o trabalho, porém, é muito mais arriscado, visto que o espírito inteiramente apossado do instrumento, desde que se enfraqueça ou se aniquile a força que o subjuga pela unidade da concentração, opera com plena liberdade de ação (Vasconcelos, 1936, p. 307).

Era importante que o espírito que fosse incorporado pelo médium do grupo fosse impedido de agir com plena liberdade de ação, pois nessa situação poderia controlar plenamente o médium, o que era visto como potencialmente perigosos para a integridade física do mesmo. Segundo Vasconcelos, os médiuns semi-sonambúlicos, após serem doutrinados nos preceitos do espiritismo e que estivessem bem preparados para desenvolver suas atividades, eram ideais por conseguirem realizar uma incorporação completa do espírito responsável pela obsessão do enfermo tratado pelo grupo sem, no entanto, ficarem subjugados ao seu controle. No caso desse grupo espírita específico, o médium sonambúlico era:

Um funcionário público de elevada categoria, da maior moralidade e de tal conceito, que a sua assinatura, no cargo da maior confiança e responsabilidade, que exerce, é prova irrefutável da verdade. É gordo, muito alto, moço, tipo moreno, altamente judicioso e bem inteligente, sendo aliás baldo de ilustração, que só tem muito limitada, apesar de alguma leitura. *Mediunizado*, fica inteiramente á vontade, com plena consciência do que está fazendo. Toma água, ora pedindo-a, ora indo ao lugar em que ela se acha; tira o paletó, solta o colarinho quando sente calor; ás mais das vezes, trabalha de pé, representando as cenas ao vivo, como um artista de teatro (Vasconcelos, 1936, p. 354).

Antão de Vasconcelos declara em seu livro que depositava inteira confiança no médium sonambúlico que participava de seu grupo espírita e, ainda em outro trecho de seu relato, descreve como este médium preparava o grupo para o início das atividades:

Mediunizado, é auditivo, vidente, psicográfico e falante. Vê o espírito que se aproxima e descreve-o; escreve o que é preciso fazer, declara se a concentração não é homogênea, conhece e aponta para o lado onde se está dando a falta, prepara, enfim, o ambiente com a tensão que convenha ao trabalho a fazer, e só então recebe o obsessor (Vasconcelos, 1936, p. 356).

Ainda em outro ponto, ao descrever como se dava o início da incorporação do espírito obsessor pelo médium, Vasconcelos compara o seu estado durante a sessão como sendo similar ao de um alcoólatra ou viciado em clorofórmio. Nesse sentido, a mediunidade possuiria a capacidade de produzir uma alteração no estado de consciência do médium:

Colocados em confronto, o cloroformizado, o alcoolista e o - *médium* - sonambúlico, são eles perfeitamente idênticos, nos três períodos comuns. No primeiro o - *médium* - desde que se aproxima o espírito, fica excitado; dá socos, bate com os pés; levanta-se, senta-se, sempre a pestanejar, e grita muitas vezes. Daí, fica apossado de tremura, em todo ou parte do corpo; debate-se fracamente, fica dispnético até que cai na letargia profunda, ordinariamente roncando como boi de trabalho em prolongado cansaço, perfeito abandono do corpo. Sucede então a manifestação (Vasconcelos, 1936, p. 365).

Outro membro importante do grupo descrito por Vasconcelos era denominado de médium evocador. O autor descreve o tipo de atividade que era desenvolvida por este tipo de médium no grupo e quais seriam as qualidades intelectuais e morais que o evocador deveria possuir para que conseguisse cumprir sua função de modo satisfatório, já que era este o médium encarregado de realizar a doutrinação espiritual da entidade obsessora:

O *Evocador* é a parte principal; é o único que se dirige ao espírito e vice-versa. Deve ter qualidades especiais e indispensáveis para o exercício de tais funções; deve ser: inteligente, ilustrado e verboso. Por vezes, travam-se discussões calorosas sobre pontos científicos e filosóficos. Embora seja o obsessor, sempre atrasado moralmente, pode ser de um notável

adiantamento intelectual e sobremodo ilustrado (...). O fim do evocador, armado com os recursos que lhe forneceram os guias, é convencer (...). O evocador deve ser delicado, cortês, bondoso e armado de inquebrantável paciência e caridade (Vasconcelos, 1936, p. 308 e 309).

Ao se iniciarem as atividades era responsabilidade do médium evocador realizar uma prece de abertura dos trabalhos que tinha como objetivo preparar o grupo para a evocação do espírito obsessor. Em mais uma demonstração da riqueza de elementos religiosos utilizados pelos espíritas em suas atividades, o evocador, em sua prece, pedia auxílio ao “Pai da Misericórdia” para que o grupo pudesse ser orientado por um elevado guia espiritual que pudesse auxiliar na doutrinação do espírito obsessor.

Era de extrema importância que o grupo como um todo se mantivesse constantemente concentrado, para que assim pudesse fortalecer espiritualmente o médium e ajudar a controlar o espírito obsessor. A concentração envolvia uma grande quantidade de fé na doutrina espírita como forma de auxiliar no trabalho de desobsessão que iria ser realizado. Todos os membros do grupo que não tinham uma função mais específica na atividade de desobsessão deveriam tomar parte na concentração:

A Concentração nestes trabalhos é tudo. Estar concentrado é estar pensando em Deus, implorando que nos seja concedido aquilo que pedimos. Na prece inicial cada um pede o que nela se contém, acompanhando-a com fervor (...). Em seguida, todos pedem a Deus mentalmente, que o *Médium* receba o espírito e se faça o trabalho, impondo-lhe a nossa vontade, até que o espírito se manifeste. Manifestado, a concentração consiste em ouvir com a maior atenção o que diz o *Médium* e ficar atento às evoluções (Vasconcelos, 1936, p. 310).

Após a realização da sessão, que possuía uma duração variada e não pré-estabelecida, cabia ao presidente da sessão encerrar as atividades do grupo por meio da realização de uma oração de encerramento:

Findos os trabalhos, o Presidente lê a prece 66 do Evangelho, pelos sofredores (...). Fecham-se as sessões com a Oração Dominical, recitada pelo evocador, todos de pé. Esta oração, *Pai nosso*, como muito bem disse *Leonél*, *é o escudo que Jesus Cristo deu na terra aos fracos* (...). O Presidente declara encerrada a sessão (Vasconcelos, 1936, p. 311 e 312).

O relato de Antão de Vasconcelos é relevante por se tratar da descrição mais detalhada que foi encontrada do modo de atuação de um grupo de desobsessão espírita, onde as etapas das atividades das sessões e as funções desempenhadas por cada membro do

grupo eram descritas em detalhes. Como no caso dos trabalhos realizados pela FEB, também no grupo de Vasconcelos os papéis de destaque eram desempenhados pelo evocador e pelo médium de incorporação. Embora os autores que trataram das atividades de desobsessão desenvolvidas por outros centros espíritas cariocas descrevessem as atividades como sendo freqüentemente abertas para o público leigo, como uma forma de se propagandear as qualidades terapêuticas das atividades espíritas, no caso deste grupo as sessões eram sempre fechadas à participação de estranhos (Giumbelli, 1997. Gama, 1992). O que chama mais a atenção no relato oferecido pelo autor é a utilização pelo grupo de vários elementos do rito católico, como orações e preces, no desenvolvimento de suas atividades, fato que pode ser indicativo de que no Brasil o espiritismo kardecista tenha se desenvolvido com uma forte inclinação religiosa.

De modo geral, a cura da obsessão era tida como difícil e demorada, necessitando de médiuns que fossem considerados seguros e preparados. Por isso, parte da direção da FEB, desde o final do século XIX, tentou alertar os responsáveis junto à instituição pelo tratamento de obsidiados para o perigo de tanto o médium incorporador como o doutrinador virem a ser enquadrados nos artigos 156 e 157 do Capítulo III do Código Penal de 1890, relativos ao exercício ilegal da medicina e à inculcação de curas de moléstias (Damazio, 1994).

Outra organização espírita que desenvolveu diversas atividades de cura mediúnica no Rio de Janeiro foi o Centro Espírita Redentor. Apesar de se denominar uma organização espírita, o Centro Redentor nunca se filiou a FEB e professava uma doutrina de preceitos ligeiramente diferente da kardecista, embora seu fundador se considerasse um continuador da obra de Kardec. A doutrina do Centro Redentor se denomina atualmente de Racionalismo Cristão, e foi criada no Brasil em 1910, na cidade de Santos em São Paulo, pelo imigrante português Luiz de Mattos. Em 1912, o centro foi transferido para o Rio de Janeiro, no bairro de Vila Isabel, onde é localizada sua sede até hoje. Esta instituição era considerada pelos médicos cariocas do início do século XX como representante de uma das principais vertentes do espiritismo na cidade, ao lado da FEB, sendo por isso constantemente atacada pela classe médica (Gama, 1992).

O Centro Racionalista Cristão do Rio de Janeiro chegou a instalar, na década de 1910, um asilo de alienados para tratar dos obsedados praticantes da doutrina, o que teve

como consequência o estabelecimento de inquéritos policiais instaurados contra os dirigentes do centro. Segundo Gama, o primeiro inquérito policial realizado contra os dirigentes da instituição foi resultado das notícias vinculadas pelo jornal *A Noite*, que publicou diversos artigos sobre o Centro Espírita Redentor em 1914 (Gama, 1992). As primeiras denúncias contra o Centro feitas pelo jornal, foram enviadas por vizinhos que relatavam a ocorrência de maus-tratos sofridos por pacientes que se encontravam internados em um asilo situado na sede da instituição. Segundo o jornal, havia oito ou nove loucos internados, e eles estariam sofrendo de violências físicas, já que os membros do Centro acreditavam que esta seria uma das estratégias que deveriam ser utilizadas para expulsar os espíritos obsessores (Gama, 1992, p. 112).

No inquérito aberto pela 2ª Delegacia Auxiliar, um dos chamados a depor foi o estudante de medicina Rodolpho Werneck, que esteve internado no Centro para tratamento de uma “paralisia”. O estudante teria afirmado que ficou no hospital espírita por oito meses, sem ter sido curado. Havia sessões especiais em que recebia, juntamente com os outros pacientes internados, tratamento espiritual, chás de diversos tipos de ervas e massagens terapêuticas. Paralelamente, os doentes bebiam “água fluídica”, energizada pelo que os espíritas do Centro denominavam de “Astral Superior”, podendo esta também ser ministrada misturada a ervas. Quanto às violências físicas relatadas, o estudante afirmou que estas se limitavam aos loucos e dementes, sob a supervisão – e às vezes com a participação – do fundador da doutrina e presidente do Centro, o português Luiz de Mattos. Deu como exemplo o tratamento recebido pelo dentista José Cândido; segundo Werneck foi-lhe aplicada injeção de pimenta com vinagre e depois a secretária do Centro mandou passar pó-de-mico pelo seu corpo (Gama, 1992, p. 113).

Segundo os folhetos antigos do Centro, explicava-se que o tratamento visava, através do desconforto físico, trabalho e disciplina rígida, expulsar os espíritos obsessores dos obsidiados. Os internos eram mantidos em quartos individuais com apenas um colchão. Se os pacientes não se comportassem com tranquilidade, deveriam dormir no chão, serem imobilizados ou ainda, em casos extremos, pendurados de cabeça para baixo. À medida que fossem se recuperando, eram-lhes dados trabalhos de limpeza ou jardinagem no Centro e eles eram iniciados nos estudos da doutrina, seguindo horários determinados com rigidez para todas as atividades. O trabalho era considerado uma das principais formas de se atingir

a completa desobsessão do paciente além de ser um modo eficaz para a prevenção da obsessão (Gama, 1992).¹⁵

Também, como forma de prevenir a obsessão espiritual de seus membros, a doutrina do Racionalismo Cristão recomendava uma série de cuidados e de regras, de dietéticas a sexuais, que deveriam ser seguidas por seus médiuns. Elas são exemplares da preocupação, existente entre os espíritas, da necessidade de que sempre fosse observada uma severa disciplina individual pelos seus seguidores, que tinha como objetivo produzir um rígido controle dos hábitos e das paixões. Este controle era percebido como um método eficaz para proteger os membros da doutrina contra a influência dos “espíritos baixos”. Nesse sentido, os médiuns do Racionalismo Cristão deveriam:

Não [possuir] vício algum e, sobretudo, não fumar, nem tomar excitante de espécie alguma; o café bem fraco e em pequena quantidade; e, somente, água e mate (...). Não deve comer muita carne, nem sobrecarregar o estomago, e muito menos usar pimentão, conservas, de qualquer natureza (...). As funções genésicas [sexuais], quando delas não se puder abster, devem ser metódicas, mas nunca na véspera ou dia das sessões, porque perturbam grandemente o espírito (...). Deve evitar tanto quanto o possível, até o poder fazer por completo, a ida aos cinemas, aos teatros, às festas de igreja, às grandes reuniões, quer internas, quer externas, mas quando não possa evitar, nunca lá deve ir sem fazer [uma prece] para assim não ser avassalado pelos maus elementos, que nesses recintos, nessas reuniões existem aos milhares e cujo fim é perturbar os médiuns inutilizando-os para a prática da caridade (Mattos, 1914, p. 123).

Os motivos que levavam a tamanha preocupação estavam relacionados a uma das mais importantes leis espirituais, já mencionada anteriormente, e que era aceita tanto pelos racionalistas cristãos quanto pelos kardecistas, baseada no princípio da atração entre os semelhantes. Portanto, além de necessárias por si só para a evolução espiritual dos homens, a disciplina, a moderação da emotividade, a ordem, a honradez e a retidão moral também eram importantes por atraírem apenas os espíritos elevados, justamente pelo fato de estes serem os principais atributos desses próprios espíritos.

¹⁵ Mais uma vez podemos observar a aproximação das terapêuticas espíritas com os pressupostos do alienismo francês já que Pinel considerava o trabalho como um dos principais instrumentos terapêuticos que deveriam ser utilizados nos asilos para alienados. A esse respeito ver: PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto alegre: Editora da UFRGS, 2007. Pag. 93. Para a aplicação do trabalho como método terapêutico em instituições psiquiátricas brasileiras ver: AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social. UERJ, 1982. Principalmente o capítulo 4.

Pode-se notar que, aparte as denúncias de maus-tratos físicos, as concepções do Centro Espírita Redentor acerca do fenômeno da obsessão espiritual são praticamente idênticas às da FEB: a crença na ação de um espírito obsessor e imaterial como causa da loucura; a idéia de que o obsidiado contribuiria para a obsessão, tanto pelas suas faltas passadas quanto por sua fraqueza moral presente; a necessidade de invocação do auxílio de espíritos superiores para a orientação na realização da cura e a necessidade de formação de um grupo de médiuns para realizar a atração desses espíritos superiores. Ênfase especial é dada ao trabalho, tanto como forma de se prevenir a obsessão quanto como meio terapêutico fundamental para a sua cura. O único elemento presente nas sessões do Centro Redentor que não foram citados nos trabalhos que tratam sobre a atuação da FEB é a água “fluídica” ou “fluidificada” e a sua importância para o processo de cura dos doentes.

A água fluídica era uma água que recebia uma “energização magnética” através de irradiações, produzidas por médiuns considerados esclarecidos e de comprovada honradez, quando formavam as correntes para estabelecer contato com o que os seguidores da doutrina denominavam de Astral Superior. Esse procedimento teria a capacidade de tornar a água um calmante poderoso e um medicamento eficaz contra uma série de enfermidades, podendo ser utilizada tanto através da aplicação de compressas como de sua ingestão. Neste sentido, a água fluidificada atuaria de forma similar aos medicamentos homeopáticos que, como vimos, possuíam a capacidade, para os espíritas, de atuar sobre o perispírito dos pacientes, agindo como uma espécie de fluido magnético e tendo como objetivo harmonizar a relação entre corpo material e corpo espiritual.

Em seu livro *Ciência Religião Fanatismo* o Dr. Antônio Wantuil de Freitas (1938) realiza uma descrição de como se daria o processo de fluidificação magnética da água, através da manipulação realizada pelos médiuns do Fluido Universal. Defendendo as propriedades salutares contidas na água fluidificada após a realização de sua magnetização por um médium qualificado, argumenta Freitas:

Porque não é, pois, possível que inteligências, que nos são mui superiores, possam produzir, pelo conhecimento que têm do Fluido Universal, modificações ou alterações no nosso organismo, quando sabemos ser esse fluido o elemento básico de todos os corpos denominados simples? Daí concluirmos que a água fluidificada sofre a ação da força magnética ou fluídica, adquirindo propriedades terapêuticas capazes de modificar, alterar, substituir ou fortalecer esse mesmo fluido componente da matéria do corpo humano. Daí inferirmos e assegurarmos que há criaturas aptas a servir de transmissores do fluido vital,

modificando, com os 'passes', os fluidos de quem os recebem, suprindo deficiências e até mesmo evitando que a vida se extinga (Freitas, 1938, p. 61 e 62).

Outra instituição criada por grupos espíritas para a realização de atividades de cura baseadas nos postulados do espiritismo de orientação kardecista foi o Sanatório Espírita de Uberaba, inaugurado na cidade mineira de mesmo nome em 1934. Este estabelecimento era destinado ao recolhimento e tratamento dos alienados da região. A instituição foi fundada pela médium Maria Modesto Cravo e contava com a direção do Dr. Inácio Ferreira, médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que era auxiliado no seu trabalho na instituição por um grupo de médiuns espíritas que atuavam nos trabalhos de desobsessão dos pacientes internados. Além disso, o Dr. Inácio Ferreira publicou uma série de livros onde relatava casos de pacientes que foram internados nesta instituição, os quais serão examinados a seguir com o objetivo de produzir uma melhor compreensão dos métodos de tratamento espírita da loucura.

4.2 Os relatos de casos do Sanatório Espírita de Uberaba.

Em alguns de seus livros publicados durante a década de 1940, como *Novos Rumos à Medicina Vol. I e II* (1945 e 1949) e *Psiquiatria e Espiritismo* (1951), o Dr. Inácio Ferreira realizou uma série de relatos e análises de casos de pacientes que haviam sido internos do Sanatório Espírita de Uberaba. Os livros do Dr. Inácio Ferreira buscavam demonstrar como o espiritismo poderia ser considerado uma teoria e uma prática eficazes para o tratamento e a prevenção de determinados tipos de alienação mental que fossem resultantes de uma obsessão espiritual. Segundo as descrições de Ferreira, ele era o único médico a atuar no Sanatório. Além disso, o estabelecimento não possuía os recursos laboratoriais utilizados comumente pelos médicos da época, tampouco contava com um quadro de funcionários com formação especializada para o tratamento de alienados:

Quanto a nós, materialmente falando, não dispomos de exames de laboratórios; recorremos em 95% dos casos às amostras caridosamente doadas pelos laboratórios; somos só, obrigado ainda ao trabalho de consultório na luta pelo pão de cada dia; não temos enfermeiros especializados; não dispomos de nenhum aparelho e não temos um colega, sequer que nos possa amparar com a sua prática e conhecimento, embora não lhes falte a boa vontade (Ferreira, 1949, p. 267).

Como em outras instituições espíritas destinadas ao acolhimento de alienados, no Sanatório de Uberaba não eram utilizados medicamentos alopáticos. Nos tratamentos ali oferecidos, os principais recursos terapêuticos empregados eram a doutrinação espiritual, a água fluidificada, os passes mediúnicos e as sessões de desobsessão (Ferreira, 1949, p. 279). Segundo o Dr. Inácio, mesmo se utilizando desses métodos, considerados pouco ortodoxos para a medicina acadêmica, o movimento das internações no Sanatório apresentava uma taxa significativa de pacientes curados para a época, próxima a 40% (Ferreira, 1949, p. 278). Em seu livro *Novos Rumos à Medicina* o Dr. Inácio Ferreira afirma que, dos 763 pacientes considerados curados e que receberam alta da instituição – entre os anos de 1934 e 1948 – 600 deles, quase 80%, sofreriam de algum tipo de loucura por obsessão e teriam sido tratados exclusivamente pelas terapêuticas espíritas, considerando que eles não poderiam ter sido curados se tivessem sido utilizados apenas os métodos terapêuticos da psiquiatria acadêmica:

A aparelhagem suficiente para esse número elevado de curas foi, apenas, uma – o corpo de médiuns de incorporação, de videntes, auditivos, e curadores – sem os quais os casos de subjugação seriam atirados a outros manicômios, como incuráveis, durante anos e anos, até que a desencarnação viesse libertá-los dos seus sofrimentos e das suas agruras (Ferreira, 1949, p. 279).

O ponto mais interessante desse livro de Ferreira é a descrição minuciosa que faz de dez casos de loucura por obsessão que foram tratados pelos médiuns do Sanatório. Através desses relatos de casos é possível observar como que a lógica espírita de compreensão e de tratamento da alienação mental norteava as práticas de cura empregadas cotidianamente na instituição.

O primeiro caso relatado, intitulado "Tragédias no Deserto", era relativo a um jovem de Cuiabá, de 23 anos de idade, que fora encaminhado ao sanatório pelo pai. Segundo Ferreira, o paciente apresentava um quadro de tremor intenso das pernas e dos braços, a ponto de não poder alimentar-se sozinho. Encontrava também grande dificuldade para articular palavras, com uma pronúncia defeituosa, ao ponto de não conseguir se expressar de forma inteligível. Segundo o relato, o rapaz havia sido um jovem alegre e bem disposto até que, por volta dos treze anos de idade, passou a ficar mais isolado e tomado por uma tristeza inexplicável e, segundo seus familiares, sem uma origem definida:

Tornou-se muito sensível, chorando constantemente sem que pudessem descobrir o motivo deste pranto. Por várias vezes viram-no como que confabulando com pessoas só a ele visíveis. Um pavor intenso o invadia, a ponto de não querer ficar só, procurando ficar sempre em companhia de alguma pessoa da família (Ferreira, 1949, p. 35).

Convencidos de que o caso se tratava de uma obsessão realizada por um espírito desencarnado, os médiuns do Sanatório iniciaram uma sessão de desobsessão com o objetivo de tentar determinar quais os motivos que teriam levado à perseguição espiritual do paciente. Com esse objetivo, Ferreira relata que dez dias após o internamento do enfermo foi realizada uma sessão que procuraria realizar a manifestação do espírito obsessor perante os médiuns. Nessa ocasião, esse espírito teria se expressado da seguinte forma:

Nada me convencerá, e força alguma deste mundo será capaz de fazer com que não atinja os limites da minha vingança. Jurei por Alá e o juramento de um beduíno é sagrado. Há 300 anos que o sigo e por mais lágrimas que ele derrame, nunca serão o bastante para compensar aquelas que ele provocou! (Ferreira, 1949, p. 44).

No que concerne a esse caso específico narrado por Ferreira, o paciente estava sendo atacado pelo que os espíritas chamavam de “irradiações espirituais” de uma entidade com quem havia adquirido uma inimizade há 300 anos. Após uma série de invocações de espíritos desencarnados que estariam ligados ao caso, e que eram denominadas como "sombras amigas" do espírito desencarnado, os médiuns de Uberaba construíram uma narrativa passada nos desertos da Arábia 300 anos antes. Segundo essa narrativa o paciente, numa existência anterior, teria exigido a noiva do espírito que agora o atormentava como pagamento por ter salvado a vida dos integrantes de uma caravana, fato que teria levado ao suicídio tanto o espírito obsessor quanto a sua noiva. No tipo de retribuição cármica em que acreditam os espíritas, a alienação mental sofrida pelo paciente era um resultado direto de suas faltas cometidas 300 anos antes.

Para os espíritas, os casos mais difíceis de serem tratados, ou seja, os casos mais agudos de alienação mental, como esse em que o paciente se via incapacitado de se locomover e de se comunicar, são sempre vistos como tendo sido produzidos por espíritos obsessores que possuiriam um forte desejo de vingança voltado contra o enfermo. Estes espíritos não dariam trégua em suas tentativas de desestabilizar o paciente, fazendo com que o seu tratamento, e sua eventual cura, fossem considerados como de enorme

dificuldade. Dessa forma, ficava subentendido que, para que o enfermo fosse vítima de um tão acentuado desejo de vingança por parte de um espírito desencarnado, sua falta para com esse espírito numa existência anterior deveria ter sido muito grande, seu pecado muito grave. Desta forma, quanto mais acentuado fosse o grau de alienação mental de um paciente, maiores deveriam ter sido os "erros" por ele cometidos em encarnações passadas.

Segundo Ferreira, após novas sessões em que foi invocado este espírito obsessivo, os médiuns do Sanatório de Uberaba teriam conseguido "convencê-lo", através da doutrinação espírita, de desistir da obsessão e a perdoar o seu desafeto de vidas passadas, numa demonstração da busca dos médiuns pelos sentimentos da caridade e do perdão, entendidos como fundamentais para que os indivíduos possam continuar na sua busca pela evolução espiritual. Como resultado das sessões de desobsessão, os médiuns e o próprio Dr. Ferreira passaram a considerar o paciente curado de sua obsessão espiritual: *“Durante o tempo decorrido entre uma doutrinação e a outra, o paciente melhorou bastante dos sintomas obsessivos”* (Ferreira, 1949, p. 52). Todavia, para alguém não tão bem versado nos segredos do mundo espiritual, as conclusões poderiam ser bem diferentes já que:

Quanto ao defeito físico – o tremor e a fala titubeante, incompreensível, quase pouca transformação foi obtida (...). Quem viu o doente quando foi internado e quem o reviu após esses vários meses de internamento quase nenhuma diferença notaria (Ferreira, 1949, p. 52).

Ou seja, mesmo sem ter se livrado de sua tremedeira incontrolável e de sua incapacidade de se comunicar articuladamente, o paciente foi considerado curado pelo quadro de funcionários do Sanatório Espírita de Uberaba. Isso se dava pelo fato de a cura espiritual ser considerada a mais importante para o processo de evolução espiritual do paciente, processo este que se daria em um longo prazo e ao final de futuras encarnações.

Como falamos anteriormente, para os espíritas uma única existência isolada possui uma importância espiritual relativa, já que ela não é tão relevante quanto o próprio processo de evolução espiritual de um sujeito, que deveria transcorrer ao longo de incontáveis vidas. É essa lógica que levava Ferreira a afirmar que:

Cinco longos meses de tratamento em nada modificaram suas perturbações orgânicas e nervosas, mas foram bastante para curar a sua alma, livrando o seu espírito da causa de perturbações psíquicas que, havia séculos, vinham fazendo com que não lhe fosse possível atingir a finalidade que lhe fora imposta – Perfeição (Ferreira, 1949, p. 54).

Este tipo de afirmativa se encontra perfeitamente dentro da lógica do discurso espírita de que o nosso corpo material é apenas uma casca utilizada durante o percurso de uma existência, e conseqüentemente entendia como de valor inferior ao corpo espiritual, este sim considerado eterno e em constante evolução pelos espíritas. Por esse motivo, a "cura espiritual", que teria sido atingida pelo paciente, era entendida como de muito maior importância do que as curas de suas perturbações físicas:

Que são as deformações físicas ante as deformações morais? As primeiras têm a duração de uma existência comum e muitas vezes nada mais representam do que uma modalidade de progressão, ao passo que a segunda, tem a duração de séculos (Ferreira, 1949, p 55).

A compreensão e a aceitação desses pressupostos do espiritismo eram vistas por Ferreira como uma das mais importantes contribuições que a doutrina de Kardec poderia oferecer à humanidade, ou seja, o entendimento de que: *“Os males do corpo estão muito aquém dos males da alma e só a compreensão desse fato será, para a Humanidade futura, um passo gigantesco para a sua evolução e conseqüente felicidade e tranqüilidade”* (Ferreira, 1949, p. 55).

Desta forma, o espiritismo oferecia aos seus seguidores a compreensão dos próprios limites das artes de curar e, ao mesmo tempo em que estabeleceria estes limites, permitia a inclusão destes numa lógica espiritual, o que tornaria mais suportável a dor e o sofrimento decorrentes da falha de um processo de tratamento, seja tanto de uma doença física quanto de um caso de alienação mental. Sob essa lógica, o sofrimento experienciado numa existência era entendido como um fator de aprendizagem espiritual que levaria à redenção das falhas cometidas em existências anteriores, permitindo que essas falhas fossem purgadas e liberassem o sujeito para a retomada do seu processo evolutivo.

O segundo caso descrito por Ferreira, denominado "Tuberculose Psíquica", relata o caso de um rapaz mineiro de 25 anos de idade, trabalhador, que cuidava da lavoura da família e que até então não havia apresentado nenhuma doença relevante que o levasse a se afastar do trabalho. Além disso, segundo Ferreira o paciente não possuía: *“... vícios de espécie alguma e com hereditariedade boa”* (Ferreira, 1949, p. 62). No entanto, a partir dos cinco meses anteriores à internação, o paciente teria começado a se mostrar indisposto, sem que ele ou a família pudesse apontar uma causa aparente para o seu mal estar, passando a

reclamar de dores nas pernas, de calafrios por todo o corpo, dores de cabeça e de garganta (Ferreira, 1949, p. 63).

A princípio, segundo Ferreira, a família julgava que tudo não passava de uma indisposição ou de preguiça por parte do paciente; no entanto, com o correr dos dias, este foi emagrecendo consideravelmente, fato que levou a família a começar a procurar alguma forma de tratamento para o problema do rapaz. Primeiramente, foi procurado um médico, cujos serviços profissionais não surtiram nenhum efeito aparente no quadro do enfermo, continuando ele a apresentar um quadro grave de anorexia e de insônia. Como o tratamento médico não tivesse tido resultados, um mês depois foi resolvido:

A conselho de pessoas da família, [decidiram] submetê-lo a um tratamento com uma preta de quase 100 anos e cuja fama, nas redondezas, era bastante para ser considerada capaz de curá-lo. De fato obteve ligeiras melhoras com alguns remédios, inclusive *raizadas*, e o aviso de que o rapaz estava com *coisa feita* (Ferreira, 1945, p. 63).

No entanto essa melhora apresentada pelo paciente teve uma curta duração, fato que levou a família a procurar um espírita curador na cidade de Patrocínio. Esse espírita teria confirmado à família que a doença do enfermo possuía um “caráter espiritual”, recomendando que o tratamento fosse realizado por seguidores da doutrina espírita, o que levou a família, devido ao estado debilitado do paciente, a interná-lo no Sanatório de Uberaba. No relato desse caso é possível notar uma interessante característica da população brasileira de meados do séc. XX e presente até os dias de hoje: a de poder selecionar entre uma série de agentes e práticas de cura diferenciadas às quais se poderia recorrer em ocasiões de enfermidade ou de infortúnio, e que eram acionados na tentativa de se obter uma resposta satisfatória que, mesmo que não chegassem a provocar a cura da doença, ao menos pudesse oferecer um sentido e uma explicação à experiência do adoecimento. Embora a medicina oficial fosse a primeira estratégia de cura a que recorreu a família do enfermo, o que leva a supor esta que ocupasse um lugar privilegiado frente as demais práticas, ela não era vista como a única que poderia oferecer auxílio em casos de adoecimento, e o trajeto percorrido pela família do paciente acabou por levá-los ao Sanatório Espírita.

Com o internamento, Ferreira teve acesso aos exames conduzidos por outros médicos que utilizavam os recursos da medicina da época, e que não conseguiram dar um

diagnóstico explicativo para o quadro de anorexia apresentado: “*Exames de laboratório e chapas radiográficas, negativas*” (Ferreira, 1949, p. 64). Como houvesse falhado o diagnóstico através dos mecanismos desenvolvidos pela medicina e nada tendo sido encontrado no exame clínico que revelasse qualquer lesão capaz de deixar o paciente no estado em que este se encontrava, mais uma vez os médiuns do sanatório, juntamente com o Dr. Ferreira, se utilizaram do recurso a entidades espirituais para tentar oferecer um diagnóstico para o quadro clínico apresentado. Como não havia uma explicação orgânica satisfatória para o caso, este se configurava, para os espíritas, como mais uma ocorrência de obsessão espiritual: “*Daí um corpo moço, sem lesão característica, ver-se de um momento para o outro, definhando, resistindo a toda medicação terrena*” (Ferreira, 1949, p. 66).

Segundo o autor, devido a esse diagnóstico apresentado pelos médiuns, se o paciente tivesse sido tratado pela medicina oficial, ou seja, por médicos que não fossem conhecedores da doutrina espírita, não ocorreria um diagnóstico preciso da enfermidade, que foi identificada pelos espíritas como sendo um caso de “tuberculose psíquica”, ou seja, uma sintomatologia de tuberculose causada por uma obsessão espiritual. Com o tempo, essa “tuberculose psíquica” se transformaria em uma tuberculose real, já que o Dr. Ferreira acreditava que todo organismo continha os bacilos de Koch, e que estes se aproveitariam do enfraquecimento orgânico do paciente para despertarem para sua ação lenta e fatal (Ferreira, 1949, p. 66).

Para Ferreira, o quadro de “tuberculose psíquica” era resultado da influência do espírito de uma jovem que havia falecido em São José dos Campos e que, durante a sua convalescença, teria recebido o auxílio espiritual do enfermo, pois o autor considerava o paciente como um médium sensitivo. Após o seu falecimento, o espírito da jovem não teria percebido o seu estado num primeiro momento, acreditando ainda estar viva, o que a teria levado a transmitir para o enfermo, de forma inconsciente, os sentimentos e sensações que experimentara no período final de sua vida. Esse fato era visto como comum entre os espíritos que houvessem desencarnado há pouco tempo, o que faria com que: “*Atraídos pelos fluidos mediúnicos de um encarnado, dele se aproximam como sombra constante e adaptando seus fluidos, transmite a esse encarnado os seus pensamentos*” (Ferreira, 1949, p. 65).

Para os espíritas, a ação do espírito desencarnado sobre o enfermo se daria de forma semelhante à ação do fluído magnético de Mesmer. Uma indicação dessa apropriação do conceito de Mesmer pode ser encontrada na forma como é explicada a ação deste espírito desencarnado sobre o paciente. Assim, o espírito obsessor teria sido advertido pelos médiuns do sanatório de que: “... *não só (...) havia morrido, como também que, de fato, havia transmitido, por sugestão¹⁶, a [sua] doença ao enfermo*” (Ferreira, 1949, p. 69). Como vimos, o termo sugestão era freqüentemente utilizado pela medicina do século XIX para explicar o fenômeno do hipnotismo desenvolvido por alguns dos seguidores de Mesmer.

O autor termina o relato do caso afirmando que, devido ao fato de o enfermo ter sido retirado do Sanatório pela família, não foi possível dar continuidade ao tratamento, não sendo possível com isso afirmar se houve uma melhora do quadro clínico do paciente.

É interessante notar que, no começo do relato do caso, Ferreira afirma que o paciente não possuía “vícios de espécie alguma”, o que significa que o indivíduo era considerado trabalhador e morigerado por sua família, além de não fumar e nem ser consumidor de bebidas alcoólicas, fato que levou o médico a considerá-lo como possuidor de grandes qualidades morais. Essa característica da personalidade do enfermo pode ser um ponto central para a explicação dos fatores que faziam com que, neste caso, a obsessão não fosse fruto de um desejo de vingança de um espírito desencarnado, que procurava punir o paciente por faltas cometidas em alguma vida anterior, e sim a consequência da ação inconsciente de uma entidade espiritual recém-falecida. Dessa forma, podemos verificar como que o estilo de vida pregresso do paciente era de fundamental importância, dentro da lógica espírita, das causas de produção da loucura, para a definição do tipo de avaliação e de diagnóstico atribuído a enfermidade do paciente.

Em outro caso relatado por Ferreira, intitulado “Ouço o Sinal...”, o autor narra a história de um jovem de 27 anos, procedente de uma família do estado de São Paulo, que se tornara um motivo de constrangimento moral e social para a sua família. Este caso é exemplar para a demonstração de como que, à época, um comportamento apresentado por um indivíduo que fosse considerado amoral ou anti-social também poderia ser resolvido com o encaminhamento do mesmo para a internação em instituições para tratamento de

¹⁶ Grifo meu.

alienados mentais. A justificativa da família para a busca do internamento de um de seus membros se dava pelo fato de ele haver se: “... *desviado de todos os princípios nobres em que se deve pautar os atos de uma pessoa*” (Ferreira, 1949, p. 98).

O paciente em questão era viciado em jogo, atividade que o levava a consumir grande parte do seu tempo que, segundo a família, deveria estar sendo gasto em algum tipo de trabalho remunerado. Essa característica do paciente levava a família a classificá-lo como irresponsável, por gastar em seu vício toda a renda que conseguia acumular, chegando mesmo a praticar “atos escusos” no intento de conseguir dinheiro para o jogo.

Um dos pontos salientados por Ferreira no caso, e que seria um indicativo de que o quadro do paciente era resultado de uma obsessão, era a justificativa do paciente de que se via incapacitado de resistir à vontade de jogar, como se este sofresse de uma perda temporária da vontade própria:

Quando chamado a atenção, responde com má-criação e brutalidades, chegando mesmo aos esforços físicos (...), ao contrário de outras oportunidades em que se torna humilde, arrependido, reconhecendo o seu erro e *dizendo mesmo que não sabe como procede assim, alegando ser arrastado por uma força superior à sua vontade* (Ferreira, 1949, p. 98).

Outro ponto ressaltado pelo autor era o fato de a família ter levado o paciente a vários médicos sem que tivessem obtido os resultados que esperavam, já que enquanto a família considerava o paciente como louco, os médicos que o trataram não o consideravam como tal. Essa "incapacidade" da medicina de resolver o problema é ressaltada pelo autor:

No entanto, [o paciente] conversa bem, é preparado e nada encontram [os médicos] de anormal, pelos exames e pesquisas, que possam justificar esse procedimento, tanto que todos os que tem tratado dele chegam a desanimar, dizendo que esses defeitos são dele mesmo e que estão difíceis de serem corrigidos (Ferreira, 1949, p. 99).

O fato de o paciente se expressar corretamente e de apresentar, por vezes, um comportamento considerado socialmente adequado e racional, levou o Dr. Ferreira a considerar que o caso seria tratado como de difícil resolução para a medicina oficial, ou materialista, ao passo que para as teorias espíritas ele seria facilmente compreensível já que, mais uma vez, a causa dos desvios de conduta do paciente seriam as ações de um espírito obsessivo que buscava vingança por atos praticados em vidas passadas.

Após a realização de algumas sessões de desobsessão e com o afastamento do espírito que perseguia o paciente, este foi entregue de novo à família. No entanto, neste caso foram feitas algumas ressalvas:

Estávamos com a obrigação de prevenir a família – Ele estava *liberto da causa primordial* de todos os infortúnios por que passara, até então; todavia, o seu espírito, trazendo taras de existências anteriores, seria, doravante, o fator de consolidação para a reintegração de si mesmo, no seio da família e da sociedade (Ferreira, 1949, p. 112).

Ou seja, segundo os médiuns, o espírito que o estava perseguindo foi considerado liberto de sua vontade de vingança, o que faria cessar a obsessão, mas o caráter do paciente era considerado baixo e imoral, seu espírito evolutivamente atrasado, fato que permitiria a aproximação de novos espíritos obsessores que se sentissem atraídos pelos "pensamentos impuros" do paciente, como estabelecido na lei espírita de atração dos semelhantes:

É um imã a atrair os reflexos de todos os sentimentos que se cruzam pelas fronteiras dos dois mundos. Se dominar os seus sentimentos, será uma criatura feliz, atraindo esses fluidos puros que emanam dos espíritos bons. Continuando a alimentar os pensamentos de iniquidades que sempre praticou em existências passadas, ao contrário, captará as ondas de sentimentos menos dignos e terá que palmilhar uma estrada pejada de sacrifícios e desventuras (Ferreira, 1949, p. 112).

Mais uma vez, um paciente tratado pela instituição foi considerado curado de sua loucura. No caso, esta era verificável pelo fato do paciente apresentar um comportamento considerado anti-social e improdutivo, além, é claro, da sua incapacidade de controlar o seu desejo de jogar, da sua incapacidade de controlar suas paixões. No entanto, para os espíritas, a cura do paciente não significava o fim de seu comportamento anti-social, e sim o término da busca por vingança do espírito produtor da obsessão que o atingia. Isso significava dizer que o paciente agora se encontrava no pleno exercício do seu livre-arbítrio e que seria de sua inteira responsabilidade a escolha pela busca de sua “evolução espiritual”, ou seja, a escolha por procurar desenvolver uma existência de acordo com os padrões de comportamento considerados aceitáveis e validados pelo modelo de moralidade considerado ideal pelos grupos espíritas da época. Para os espíritas, se o paciente buscasse se enquadrar ativamente nesse modelo de comportamento acabaria desenvolvendo uma maior capacidade de resistência aos assédios de espíritos obsessores.

Em outro caso narrado por Ferreira é possível notar a preocupação dos espíritas do Sanatório em se contrapor à medicina acadêmica da época, apresentando um diagnóstico diferenciado que, segundo eles, teria a capacidade de oferecer uma explicação mais satisfatória para transtornos sobre os quais a psiquiatria não conseguiria oferecer respostas. Na introdução do relato de um caso intitulado "Um lenço salvador", o autor levanta a questão do desafio que foi lançado pelos médicos acadêmicos cariocas para que os espíritas passassem a realizar a cura de cegos, coxos e aleijados que não houvessem sido curados pela medicina oficial, com o objetivo de provar a veracidade de sua teoria. O autor coloca que o desafio não foi aceito pelos espíritas por que teria partido de médicos que estariam interessados apenas em ganhos materiais e não com intenções "verdadeiramente científicas". No entanto, afirma que o caso a ser relatado poderia ser considerado como um dos quais a medicina acadêmica havia desafiado os médicos espíritas, já que, como em casos anteriores, a família da paciente havia buscado primeiramente o auxílio da medicina acadêmica, sem encontrar resultados, antes de recorrer às práticas espíritas.

O caso propriamente dito tratava dos problemas enfrentados por uma senhora, de 34 anos de idade, casada, e mãe de seis filhos e que, no período de oito meses antes de ser internada no Sanatório começara a apresentar um grave quadro de distúrbios mentais. Com o agravamento do quadro da paciente, a família passou a encaminhá-la para clínicas médicas na tentativa de encontrar uma solução para sua enfermidade. No entanto, mais uma vez, a medicina psiquiátrica não conseguiu oferecer um tratamento que fosse considerado satisfatório pela família:

Exames, radiografias, tratamentos, todos os recursos enfim, acompanhados de divergências nos diagnósticos e respectivos métodos terapêuticos. Tudo em vão, pois seu mal foi progredindo, cada vez mais, nesses últimos vinte dias, passou à fase de fúria constante e agitação contínua (Ferreira, 1949, p. 118).

Como resultado do agravamento do estado mental da enferma, a família foi aconselhada por um amigo a enviá-la para o Sanatório de Uberaba, na esperança de que nessa instituição fosse possível obter um tratamento que se mostrasse mais produtivo. Ao ser internada no estabelecimento, o Dr. Ferreira e os médiuns que lá trabalhavam vieram a oferecer um diagnóstico diferenciado daquele apresentado pelos representantes da medicina oficial:

Pela simples manifestação dos seus atos, teria seu mal se enquadrado na classificação oficial, como sendo uma *psicose maniaco-depressiva* (...). Baseados em nossa experiência, recusamos não só exames de laboratórios, como também laudos médicos, dos quais não

podíamos nos utilizar para as documentações de nossos trabalhos (...). Notamos, logo, tratar-se de um *caso de obsessão* e, pelas características, *obra de espíritos conscientes maus e vingativos* (Ferreira, 1949, p. 118 e 119).

Segundo Ferreira, o recurso às técnicas laboratoriais seria um artifício usado pelos médicos para encarecer o tratamento e torná-lo inacessível aos enfermos de baixa renda, além de serem virtualmente desnecessários, visto que uma consulta dos médiuns do Sanatório aos espíritos que auxiliavam no tratamento dos enfermos poderia oferecer um diagnóstico rápido e preciso.

Realizado o diagnóstico, seguiram-se algumas sessões de desobsessão que teriam levado ao convencimento dos espíritos obsessores para perdoarem as faltas passadas da paciente e de abandonarem sua busca por vingança, fatores que a teriam levado ao seu estágio avançado de alienação mental. Com isso, o autor relata que a enferma teve uma melhora gradativa durante os 25 dias seguintes, podendo ser mantida na área comum sem que seu comportamento perturbasse o ambiente ou os serviços da enfermagem feminina. No entanto, ao término desses 25 dias, as crises voltaram, levando-a a gritar e a falar continuamente palavras pornográficas, a rasgar todo o vestuário, roupas de cama e destruindo tudo que encontrasse ao seu alcance. (Ferreira, 1949, p. 132).

De forma a justificar as causas do fracasso do tratamento da paciente, o autor apresenta as razões pelas quais a sua recuperação não teria sido levada a contento. Mais uma vez é possível observar o tipo de julgamento moral que acompanhava a descrição de um caso de alienação mental tratado pelos espíritas. O principal motivo do insucesso no restabelecimento da saúde da paciente se daria pelo fato de ela trazer “fortes taras psíquicas” de encarnações passadas, o que a levava a se rebelar contra a rígida moral familiar do período. Para os profissionais do Sanatório, este fato era claramente observável pelo comportamento da paciente de rasgar as próprias roupas e de proferir palavras obscenas quando em crise. Outro motivo seria o longo período que teria durado a obsessão da paciente, o que, segundo os espíritas, teria levado ao desenvolvimento de lesões orgânicas, decorrentes da prolongada exposição aos fluídos mediúnicos dirigidos a ela pelos seus espíritos obsessores, que perturbavam a sua capacidade de se expressar racionalmente e de se comportar com decoro. Finalmente, existiria a necessidade de se realizar o que os espíritas chamavam de “doutrinação do espírito” da paciente, a partir do momento em que as entidades obsessoras tivessem sido neutralizadas, com o intuito de

refazer-lhe a vontade própria e a capacidade de exercício da razão, o que seria o similar espírita ao tratamento moral. Somente após a realização desses passos seria possível esperar a melhora do quadro da paciente (Ferreira, 1949, p. 134).

Com os relatos de casos apresentados por Ferreira é possível observar como a lógica espírita de entendimento da alienação mental era transposta e aplicada à interpretação, e por que não dizer diagnóstico, dos casos de pacientes internados na instituição, enquadrando a loucura numa rede própria de significados que ofereciam uma explicação aceitável para um fenômeno que, de outra forma, poderia ser considerado ininteligível até mesmo para setores da classe médica do período.

Capítulo 5 – UBERABA E A ORGANIZAÇÃO DO ESPIRITISMO NO INTERIOR DO BRASIL.

5.1 Pequena História do Município de Uberaba.

A cidade de Uberaba possui um papel de destaque na história do desenvolvimento econômico e comercial da região do Triângulo Mineiro. A fundação de Uberaba foi o resultado da migração dos habitantes das Minas Gerais, que deixaram as regiões auríferas, já esgotadas da capitania de Minas e de Goiás, em busca de terras férteis para se estabelecerem como agricultores. Como resultado, a grande maioria da população dedicou-se inicialmente à atividade pastoril e à agricultura de subsistência, sendo as fazendas compostas de extensas áreas, freqüentemente pertencentes a uma única família. Em decorrência do seu desenvolvimento gradual, a povoação, que havia sido fundada pelo sargento-mor Antônio Eustáquio da Silva e Oliveira em 1809, foi posteriormente elevada à categoria de freguesia em 1820. Ainda em 1816, a região do Triângulo Mineiro deixou de pertencer à Capitania de Goiás, sendo anexada à Capitania de Minas Gerais. A seguir, Uberaba foi elevada à categoria de município em 1836, desmembrando-se da região de Araxá e, finalmente, elevada à condição de cidade no dia 2 de maio de 1856 (Wagner, 2006, p. 49).

Por volta de meados do século XIX, Uberaba era considerada um importante entreposto comercial que, devido a sua localização geográfica, servia de ligação entre as regiões litorâneas do sudeste e o centro-oeste brasileiro, tendo se tornado ponto de passagem obrigatório de mercadores que faziam a ligação entre o litoral e o interior do país, fato que acarretou um considerável crescimento do povoado e uma posição de destaque nas relações comerciais dessas regiões (Sampaio, 2001).

Uberaba fazia parte da rota salineira, que abastecia de sal as regiões interioranas do centro-oeste. Apesar de ser um artigo de primeira necessidade, utilizado tanto no tempero como na conservação dos alimentos, o sal era um produto escasso no interior do país. Como reflexo da importância da comercialização deste produto, foram abertas novas estradas ligando Uberaba ao sul de Goiás para garantir a regularidade do abastecimento do sal e de outras mercadorias provenientes dos portos de Santos para esta região. A ampliação

das vias de transporte foi importante para o avanço do capital comercial e para a consolidação da importância estratégica da cidade de Uberaba no interior da região do Triângulo Mineiro (Wagner, 2006). Como consequência, a própria região triangulina passou a ser um importante canal mercantil para o interior do país, com Uberaba centralizando o comércio regional, além de estender sua força comercial para a região sul de Goiás e no Mato Grosso. Desta forma:

Esta região e adjacências de Goiás e Mato Grosso forneciam ao litoral cereais e gado e compravam o sal através da rota fluvial com entroncamento em Uberaba. Esta canalizava assim toda a demanda de mercadorias de boa parte do interior brasileiro e, com isso, teve rápido crescimento de seu comércio para além dos domínios de Araxá e Franca (Guimarães, 1990, p. 26).

Apesar dessa posição geográfica privilegiada, os produtores agropecuários uberabenses encontraram a princípio dificuldades para escoar as sua produção interna. Isto era resultado dos altos custos do transporte de mercadorias até o litoral e do fato de a região não se dedicar a monoculturas de exportação, como a cana-de-açúcar ou o café, fazendo com que a produção local fosse voltada principalmente para o consumo interno da região triangulina. Assim, as elites agrárias uberabenses, que chegavam a abrir empresas familiares com o objetivo de comercializar internamente sua própria produção, acabavam por criar empecilhos para o surgimento de novas e pequenas casas comerciais. O predomínio da produção agropecuária em grandes extensões de terra voltada principalmente para o consumo interno da região resultou na concentração quase total do poder econômico nas mãos dos grandes proprietários de terras que formaram em Uberaba, segundo Wagner, uma elite ao mesmo tempo agrária e comercial. (Wagner, 2006, p. 51).

Além de sua posição geográfica favorável, outro fator que interferiu positivamente para o desenvolvimento econômico e comercial de Uberaba na segunda metade do século XIX foi a Guerra do Paraguai (1865-1870), quando a cidade se transformou num ponto de passagem de tropas que se dirigiam a província de Mato Grosso para participarem da invasão do território paraguaio. Outra consequência da eclosão da Guerra do Paraguai foi que a província do Mato Grosso se viu privada de uma de suas principais rotas de abastecimento, a rota Paraguai – Coxim. Com isso, a cidade de Uberaba passou a canalizar o comércio para a região de Mato Grosso, através da estrada Uberaba – Vila Boa – Cuiabá,

que havia sido incrementada, tornando-se o principal instrumento de ligação da Corte com as “províncias centrais” e estabelecendo-se como um ponto-chave para as operações comerciais e militares que defendiam e abasteciam a província do Mato Grosso (Rezende, 1983, p. 61).

Um último fator que contribuiu para a expansão da projeção comercial da cidade de Uberaba dentro da região do Triângulo Mineiro, ainda no século XIX, foi a sua ligação ferroviária com outras regiões do país. A primeira ferrovia que cortou o Triângulo Mineiro foi a Companhia Mogiana de Estrada de Ferro, com sede no estado de São Paulo, que inaugurou o transporte ferroviário de passageiros e mercadorias com a cidade de Uberaba em 23 de abril de 1889 (Rezende, 1983; Martins, 2003). Com a chegada da Ferrovia, consolidou-se nesse período a hegemonia de Uberaba no comércio da região triangulina, apoiada pela abertura de novas e modernas vias comerciais que integravam a cidade a outras praças brasileiras e ao comércio internacional.

A Companhia Mogiana de Estrada de Ferro fazia parte de um conjunto de empresas de capital particular que obtiveram concessões do governo Imperial para a construção e exploração de estradas de ferro em território nacional. Já na década de 1850, o Brasil despontava como o maior produtor e fornecedor de café para o mercado mundial, fato que criava a necessidade da abertura de modernas vias de comunicação que permitissem a ligação das regiões produtoras do interior com as cidades portuárias. Esta política de concessões para a exploração de linhas ferroviárias produziu uma acelerada ampliação da malha férrea nacional, fato que veio a incrementar a expansão comercial Brasileira durante o período Imperial. Segundo Martins:

Para se ter uma idéia da expansão da malha ferroviária do Império: em 1868 o Brasil tinha apenas 685 quilômetros de estradas de ferro. Em 1873, saltou para 1.553,780 quilômetros. Em 1884 alcançou 5.750,650 quilômetros e, no ano da proclamação da República chegou aos 9.973,000 quilômetros (Martins, 2003, p. 145).

Desta forma, com a chegada da Companhia Mogiana de Estrada de Ferro ao Triângulo Mineiro esta região passou a contar com uma ligação férrea aos portos do Rio de Janeiro e de Santos, fato que levou a rápida integração de toda esta região, e em especial de Uberaba, à ampla rede comercial que havia sido desenvolvida para atender a demanda da dinâmica economia cafeeira. Desta forma, as regiões do Triângulo Mineiro e do centro-sul

de Goiás assumiram a função de fornecedores de gêneros alimentícios aos mercados consumidores do sul do país, ao mesmo tempo em que se tornavam potenciais consumidores dos produtos industrializados provenientes do sul (Martins, 2003, p. 147).

Estando situada entre a região industrial em expansão de São Paulo e a região abundante em terras férteis do Centro-Oeste brasileiro, a economia do Triângulo Mineiro, fundamentada no setor comercial, continuou a desfrutar durante um longo período de uma posição que lhe permitia se beneficiar do vigoroso processo de industrialização paulista, mantendo-se relativamente protegida das flutuações da economia cafeeira (Martins, 2003).

Como resultado do desenvolvimento comercial e econômico do Triângulo Mineiro, ocorreu um grande incremento do núcleo urbano de Uberaba já que, com a chegada da ferrovia, os fazendeiros puderam transferir suas residências para o centro urbano. Esta mudança facilitava a formação de novas alianças políticas e permitia uma gerência mais eficaz dos negócios, a partir da comunicação e do estabelecimento de relações comerciais com outras praças. Este fato pode ser constatado a partir da observação do aumento do número de casas comerciais que se instalavam na cidade durante a segunda metade do século XIX e primeiros anos do século XX. Em 1874 Uberaba possuía, além de armazéns de sal e molhados, dez casas de varejo e 12 de varejo e atacado. Em 1885, a cidade contava com 80 casas de secos e molhados, 60 casas de fazendas e outros gêneros; em 1895, 11 casas comissárias, seis lojas de armarinhos, 11 lojas de fazendas, quatro de ferragens, 19 de mercadorias diversas, quatro relojarias e 21 de secos e molhados. Em 1905 existiam 168 casas de negócios e 18 fábricas (Wagner, 2006, p. 76). Desta forma, segundo Martins:

O impulso econômico que a estrada de ferro proporcionou a Uberaba pode ser demonstrado através de dados sobre o comércio de Minas Gerais entre 1904 e 1905. Nessa época (...), Uberaba era a primeira praça em vendas comerciais do Triângulo e a segunda do estado de Minas Gerais (Martins, 2003, p. 154).

Essa pujança do desenvolvimento de Uberaba fez com que a imprensa local do final do século XIX e início do século XX passasse a apelidá-la de “Princesa do Sertão” (Silva, 2002, p. 2).

Outro fator que demonstra a proeminência de Uberaba em relação à região do Triângulo Mineiro e do interior de Goiás foi a transferência para esta cidade, em 1896, da sede do bispado de Goiás, do qual Uberaba, assim como outras cidades triangulinas, fazia

parte. Ainda neste mesmo ano, treze municípios mineiros, dentre os quais Uberaba, reivindicaram junto ao Papa Leão XIII a sua separação da diocese de Goiás e a criação de uma nova diocese que seria responsável pela região do Triângulo Mineiro. Esta solicitação era justificada pelo fato de a diocese de Goiás ser composta por um vasto território com poucas vias de comunicação, o que fazia com que apenas um bispo não conseguisse se encarregar das necessidades espirituais e religiosas de todos os fiéis da diocese. Apesar dessas justificativas, somente em 1907 essa solicitação foi atendida, tendo o Papa Pio X considerado o pedido do bispo de Goiás, D. Eduardo Duarte Silva, e autorizado a separação e criação de uma nova diocese para a região. Uberaba, que já sediava o bispado goiano há alguns anos, passou a ser a sede da nova diocese da região mineira (Silva, 2002, p. 74).

Ao se transformar numa diocese, Uberaba, que já contava nesse período com um seminário, uma gráfica onde era publicado o jornal “Correio Católico” e um colégio religioso, o “Nossa Senhora das Dores”, passou por um incremento no número de igrejas, colégios e congregações religiosas para torná-la condizente com a sua condição de diocese, marcando fortemente a presença da religiosidade católica nesta cidade no período do final do século XIX e início do XX (Silva, 2002, p. 75).

No entanto, o ápice da prosperidade comercial de Uberaba ocorreu durante os primeiros anos do século XX, época marcada pela instalação na cidade do Banco de Crédito Real de Minas Gerais, em 1908, que viria a ser a primeira agência bancária do Triângulo Mineiro (Martins, 2003, p. 155).

Com a implantação da ferrovia o capital comercial havia tornando Uberaba o principal ponto de contato entre as regiões interioranas e as regiões portuárias que escoavam a produção brasileira para o mercado internacional. Porém não era interessante para os objetivos do capital comercial que a ferrovia terminasse em Uberaba, já que a Companhia Mogiana não desejava ter esta cidade como o ponto final de sua linha. Em dezembro de 1895, os trilhos da ferrovia alcançaram a cidade vizinha de Uberlândia e no ano seguinte chegaram a Araguari. Com isso, o comércio que Uberaba desenvolvia com as praças do Triângulo Mineiro, Goiás e Mato Grosso foi, em grande medida, conduzido para Uberlândia e Araguari, afetando consideravelmente a economia da cidade e produzindo uma forte crise no comércio local (Rezende, 1983).

Outro fator que incentivou o agravamento da crise comercial de Uberaba foi uma medida, promulgada em 1910, pelo governador de Minas Gerais Wenceslau Brás, que causou grande indignação na classe comercial local, pois criava um imposto sobre os produtos comercializados para a exportação que passassem pelo território mineiro. Em resposta à imposição dessa sobretaxa os comerciantes de Goiás e do Mato Grosso passaram a comercializar seus produtos diretamente com São Paulo, diminuindo ainda mais o fluxo de mercadorias que passava por Uberaba e por todo o Triângulo Mineiro. Por fim, a inauguração da Estrada de Ferro Noroeste, que ligava Bauru a Corumbá, encerrou definitivamente o restante do comércio que a cidade mantinha com Mato Grosso, fazendo com que esta abandonasse definitivamente o predomínio comercial que exercia na região triangulina (Rezende, 1983).

Com o declínio da atividade comercial no município de Uberaba e a perda do *status* de cidade pólo do comércio triangulino, teve início um processo de estagnação econômica de sérias conseqüências para os estabelecimentos comerciais da região, fato que tornava imprescindível para a elite uberabense a mudança da atividade produtiva para que se pudesse solucionar a crise comercial que afetava a região.

Em sua busca pela solução da crise econômica que afetava o município, a elite agrária de Uberaba passou a concentrar seus esforços mais uma vez na produção agropecuária, passando a investir seus recursos principalmente na criação e comercialização do gado Zebu. O início da consolidação dessa nova fase econômica ocorreu no ano de 1906, quando foi realizada uma exposição de gado Zebu em uma fazenda da região. Daí por diante, Uberaba caracterizou-se por uma atividade produtiva predominantemente pastoril, em detrimento da atividade comercial urbana. A economia calcada na criação e comercialização do gado atingiu a sua fase áurea entre os anos de 1910 e 1930, fazendo com que o comércio urbano deixasse de ser uma atividade econômica fundamental. A atividade agropecuária passou a liderar os interesses das camadas dirigentes locais, transformando o município em um grande centro pecuarista da região durante todo o século XX. Com isso, Uberaba deixou de ser conhecida como a “Princesa do Sertão” para se tornar a “Capital do Zebu” no Brasil (Wagner, 2006, p. 90).

Mesmo antes de ser instituída a opção pelo gado zebu, Uberaba já contava, entre os anos de 1903 e 1905, com o segundo maior rebanho mineiro de gado *vacum*, com 165.000

cabeças, ficando atrás somente do município de Alfenas, que contava à época com 305.000 cabeças de gado. Além disso, na lista dos cinco maiores municípios produtores de rebanhos de gado do estado de Minas Gerais, a região do Triângulo Mineiro contava ainda com Sacramento na terceira posição, com 85.000 cabeças, seguida por Patrocínio, com 81.000 (Martins, 2003, p. 157). Deste modo, a partir dos primeiros anos do século XX a região do Triângulo Mineiro, juntamente com Uberaba, passava a se notabilizar por sua produção agrícola, cujo excedente era exportado através da Companhia Estrada de Ferro Mogiana para outras regiões do país.

No entanto, apesar de polarizar o comércio da região centro-sul de Goiás e do Mato Grosso com São Paulo, desde o período Imperial até o início do século XX, e de ser uma região economicamente forte, o Triângulo Mineiro possuía tênues ligações políticas com o restante do estado de Minas Gerais e uma irrisória capacidade de influenciar as tomadas de decisão do centro político estadual. Esta situação era agravada pelo fato de que, apesar de existirem várias vias de ligação do Triângulo Mineiro com outras regiões do país, até meados da década de 1920 não existia sequer uma via de comunicação direta com a capital do estado. Além disso, ao se analisar as nove primeiras legislaturas de deputados federais de Minas Gerais (1890 – 1917) pode-se observar que o Triângulo Mineiro possuía a menor porcentagem de representantes na Câmara Federal. Finalmente, não é possível identificar a presença de nenhum político da região ocupando algum cargo no primeiro escalão do executivo mineiro durante toda a Primeira República (Martins, 2003, p. 155).

Como resultado deste isolamento político do Triângulo Mineiro em relação ao poder central de Minas Gerais, o governo estadual não demonstrava um forte interesse em realizar investimentos de infra-estrutura, como pontes, estradas, energia elétrica e educação, que permitissem à região incrementar suas potencialidades econômicas e comerciais. Um dos exemplos de como o isolamento político da região lhe resultava em prejuízos comerciais foi a mudança ocorrida no projeto da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil. Originalmente programada para passar pelo Triângulo Mineiro e estabelecer a ligação de Uberaba a Coxim, em decorrência de um acordo firmado entre Rodrigues Alves, à época presidente da República, e o então governador de Minas Gerais, Afonso Pena, a estrada de ferro acabou ligando a região do Mato Grosso diretamente ao estado de São Paulo. Segundo Martins:

Com a implantação da ferrovia Noroeste em 1911, Uberaba perderia seu domínio sobre Mato Grosso. As transações comerciais que antes só se realizavam com Uberaba seriam desviadas para Campo Grande. Esse município se tornaria herdeiro natural do entreposto uberabense (Martins, 2003, p. 159).

Em outra demonstração do baixo prestígio político da região junto ao governo central mineiro, ainda na primeira década do século XX ocorreu a retirada do 2º Batalhão de Polícia do Estado, instalado desde 1890, da cidade de Uberaba, fato que ocorreu em conjunto com a supressão da Escola Normal de Uberaba (Idem, p. 159).

Devido ao baixo aporte de investimentos infra-estruturais por parte do governo mineiro, a elite agropecuária e comercial da região teve que se utilizar do excedente de capital gerado por suas atividades produtivas para realizar a implantação de serviços que possibilitassem o incremento de suas atividades comerciais. Tanto Uberaba quanto Uberlândia tiveram que inaugurar por conta própria, respectivamente em 1905 e 1909, seus serviços de eletrificação através da utilização de capital privado de origem local (Martins, 2003).

Algumas melhorias para a região, como a equiparação do ginásio Diocesano de Uberaba com o Colégio Pedro II de Belo Horizonte, através do decreto federal Nº 6.062, e a construção em Uberaba do Grupo Escolar Brasil, ambos realizados em 1908, só vieram a ocorrer após o lançamento de uma campanha que, mobilizando o conjunto dos municípios do Triângulo Mineiro, buscava conquistar a autonomia política para a região desligando-a do estado de Minas Gerais (Martins, 2003, p. 161).

No entanto, as melhorias alcançadas pela região foram pontuais e escassas, fazendo com que, na passagem da década de 1920 para a de 1930, as Câmaras Municipais da região se encontrassem empenhadas em conquistar recursos do governo estadual que possibilitassem a implantação de obras de infra-estrutura urbana e rural, como os serviços de abastecimento de água, captação de esgotos, comunicações, manutenção de estradas e eletrificação. Esta articulação visava incrementar o dinamismo econômico e comercial da região, já que os serviços municipais e particulares estabelecidos desde o início da Primeira República já não tinham mais condições de suportar o processo de crescimento urbano e econômico da região (Martins, 2003).

No que tange o campo das ações de saúde no município de Uberaba, como já foi dito anteriormente, a transferência do bispado de Goiás para a cidade levou a Igreja Católica a

ampliar sua presença local através da implantação de uma série de novas instituições, de colégios a congregações religiosas. Um dos estabelecimentos inaugurados logo após a transferência da sede do bispado para esta cidade foi o hospital da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba, em 14 de junho de 1898. Reivindicação antiga da cidade, as obras para a construção do hospital haviam sido iniciadas em 1859, por iniciativa do frei franciscano capuchinho Eugênio Maria de Gênova. No entanto, com o seu falecimento, em 1871, a obra foi abandonada e só retomada na última década do século XIX (Bilharinho, 1980).

No ano de 1920, devido ao estado de decrepitude em que se encontrava o prédio do hospital, a provedoria da Santa Casa chegou à conclusão de que era necessária a realização de uma reforma que pudesse modernizar e melhor equipar o estabelecimento. Com isso, os doentes e materiais pertencentes à Santa Casa foram transferidos para a antiga casa de Frei Eugênio. No ano seguinte, enquanto a Santa Casa funcionava provisoriamente na residência de Frei Eugênio o antigo prédio, que se encontrava abandonado, incendiou-se sendo completamente destruído (Mendonça, 1974).

Apesar da significativa lacuna assistencial criada junto à população pobre de Uberaba pela destruição do prédio da Santa Casa, a pedra fundamental do novo edifício só foi lançada em 12 de setembro de 1926, mais de cinco anos após o incêndio. Durante todo este período, o atendimento a população do município continuou a ser realizado precariamente na antiga residência de Frei Eugênio. No entanto, segundo os autores que tratam da história de Uberaba, nesta época esta edificação já se achava parcialmente arruinada, fato ainda agravado pelas suas acanhadas dimensões, já que a antiga residência de frei Eugênio não fora construída com o objetivo de cumprir a função que veio a desempenhar (Bilharinho, 1980; Mendonça, 1974). Devido à iniciativa do médico Carlos Smith de amenizar os problemas referentes às suas instalações, a casa de Frei Eugênio passou por uma reforma no ano de 1921, contando a partir de então com um Serviço de Cirurgia Clínica. Já em maio de 1932 foi inaugurado, também por iniciativa do médico Carlos Smith, o Departamento de Obstetrícia. Esse serviço, o primeiro em Uberaba a tornar possível os cuidados pré-natais e de assistência a parturientes e recém nascidos, ficou sob a direção do médico Djalma Smith, contando ainda o seu serviço com o auxílio da parteira D. Celina Muller Corrêa (Bilharinho, 1980, p. 457).

Durante o período em que o hospital da Santa Casa funcionou provisoriamente na antiga residência de Frei Eugênio, a população empobrecida da cidade era normalmente atendida no Centro de Saúde de Uberaba. Esta instituição havia sido fundada, em 1927, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, uma associação médica formada pelos clínicos locais no mesmo ano de 1927. Em reconhecimento a esta iniciativa dos médicos da cidade, o *Jornal Lavoura e Comércio* publicou um artigo, em 11 de setembro de 1929, onde tecia elogios ao novo estabelecimento médico da cidade. Segundo o jornal:

Uberaba não tem uma Santa Casa, no sentido comum. Mas tem a maravilha do Posto de Saúde, onde, com o dispensário, diariamente se atende, por todas as formas, a todos os doentes pobres que apareçam no município (Lavoura e Comércio, apud, Bilharinho, 1980, p. 631).

Também durante este período funcionava em Uberaba o Hospital de Beneficência Portuguesa, fundado e mantido pela Associação Portuguesa de Beneficência 1º de dezembro e que havia sido inaugurado na década de 1910 (Mendonça, 1974). A essas instituições viria a se juntar, em 1933, o Sanatório Espírita de Uberaba.

Já no campo da assistência pública, a cidade de Uberaba contava à época da inauguração do Sanatório com um asilo para pobres fundado pela Associação Beneficente 8 de Setembro. Denominado de Asilo de Santo Antônio, a pedra fundamental do estabelecimento foi lançada no dia 8 de setembro de 1912, vindo a ser inaugurado no dia 3 de janeiro de 1915, data em que passou a ser administrado pelas irmãs de caridade da Congregação Jesus, Maria e José (Mendonça, 1974).

No que se refere ao campo da saúde pública, um dos poucos empreendimentos realizados foi a implantação da campanha de profilaxia da ancilostomíase, que a Comissão Rockefeller realizou em Uberaba a partir de janeiro de 1919. Além destas atividades, durante o ano de 1922 o engenheiro sanitário Saturnino de Brito elaborou um projeto de saneamento para Uberaba a fim de dotar a cidade de uma eficiente rede de abastecimento de água e coleta de esgoto. No entanto, devido a dificuldades financeiras diversas e à falta de apoio do governo estadual, o projeto não chegou a ser implantado e o abastecimento de água só começou a ser fornecido à população da cidade a partir do final da década de 1960, quando foi criada a Companhia de Águas de Uberaba (CODAU), em 27 de setembro de 1966, por iniciativa do governador Dr. Benedito Valadares Ribeiro (Bilharinho, 1980).

Desta forma, podemos observar que, apesar da sua posição economicamente relevante, por ser politicamente isolada em relação ao governo estadual, a região do Triângulo Mineiro, e especialmente a cidade de Uberaba, apresentava uma carência de ações do poder central que dotassem a região de uma infra-estrutura favorável ao incremento das atividades produtivas e comerciais durante as primeiras décadas do século XX. Além disso, mesmo sendo a sede do bispado do Triângulo Mineiro, era relativamente escassa a presença de instituições assistenciais que oferecessem algum tipo de amparo à população carente do município de Uberaba. Como foi observado, mesmo a Santa Casa de Misericórdia passou por situações de dificuldade, chegando a funcionar durante quase quinze anos de forma improvisada na antiga residência de Frei Eugênio.

Se por um lado, como consequência do vazio institucional deixado pelo estado, coube muitas vezes ao capital privado local a iniciativa de dotar a cidade e o município das melhorias necessárias ao incremento das atividades produtivas e comerciais, por outro coube às associações médicas, às ordens beneficentes e às organizações religiosas e de caridade a tarefa de criar instituições médicas e assistenciais que pudessem oferecer algum tipo de auxílio à população carente de Uberaba. Neste último grupo também podemos incluir o movimento espírita da cidade e sua iniciativa de instalar na região um sanatório destinado ao recolhimento e atendimento dos alienados mentais.

Também a partir do ano de 1933 ocorreu uma grande mobilização da população de Uberaba para que fosse concluída a construção do novo hospital da Santa Casa, com grande concorrência de festas, gincanas e chás dançantes, que tinham como objetivo levantar fundos para a conclusão do novo hospital, que foi finalmente inaugurado em 25 de março de 1935. É possível supor que essa mobilização da população católica do município tenha sido uma reação ao fato de as obras do Sanatório Espírita de Uberaba se encontrarem em estágio bastante avançado neste período, com sua inauguração ocorrendo em 31 de dezembro de 1933.

5.2 O Espiritismo em Uberaba.

Uberaba ocupa uma posição de proeminência na história da divulgação e do desenvolvimento do movimento espírita no Brasil. Devido principalmente a presença do

médium Francisco Cândido Xavier, que se estabeleceu em Uberaba no início da década de 1960, esta cidade se transformou num pólo de atração para os seguidores e simpatizantes da doutrina espírita. Segundo uma pesquisa do Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER), se no início da década de 1990 apenas 3% da população brasileira se declarava abertamente como seguidora da doutrina kardecista, na cidade de Uberaba, segundo dados do censo do IBGE de 1991, esse índice chegava a 12,28% da população, ou seja, um número quatro vezes superior ao encontrado no restante da população nacional (Silva, 2002, p. 4). Devido a esses fatores, Uberaba é comumente qualificada como a “Capital” ou a “Meca” do espiritismo no Brasil. No entanto, o registro da presença de seguidores da doutrina kardecista em Uberaba é muito anterior a chegada de Chico Xavier a região.

De fato, os primeiros registros de organização do movimento espírita em Uberaba datam da virada do século XX. No ano de 1902, o *Almanaque Uberabense* trazia um artigo onde afirmava que:

Data de poucos anos (cinco mais ou menos) o aparecimento franco e formal do Espiritismo nesta cidade. Antes dessa época, dois ou três espíritas isolados do movimento que ia pelo mundo envolviam no silêncio as suas convicções. Em 1897, operou-se benéfico movimento, dando em resultado a criação do Grupo ‘Cristo, Deus e Caridade’ e que devido, à negligência de alguns dos principais mantenedores, deixou de existir (Almanaque Uberabense, in. Bacelli, 1987, p. 26).

Mesmo com a forte influência da Igreja Católica na região, ainda no final século XIX o movimento espírita ensaiava um início de organização em Uberaba, coincidentemente no mesmo período em que o episcopado de Goiás era transferido para esta cidade. Segundo Silva, os primeiros seguidores uberabenses do espiritismo foram se revelando de forma lenta e gradual e, de modo semelhante ao que teria ocorrido no Rio de Janeiro e em outros centros urbanos brasileiros, eram integrantes de uma classe letrada e possuidora de prestígio social: jornalistas, políticos, professores, advogados, militares, médicos, dentistas, empresários, fazendeiros, entre outros (Silva, 2002, p. 76).

Também à semelhança do que ocorrera em outros centros urbanos brasileiros, o movimento espírita de Uberaba começou a se organizar a partir da formação dos chamados “grupos familiares”, nos quais os adeptos da doutrina ou curiosos se reuniam na residência de um dos praticantes para a realização das sessões espíritas. Estas sessões normalmente contavam com a leitura e o debate doutrinário dos textos de Alan Kardec, entremeados pela

realização de atividades de natureza mediúnica, que visavam o estabelecimento de uma via de comunicação com o mundo dos mortos, seja através das práticas de incorporação de espíritos, seja por comunicação psicográfica. Neste período inicial, os espíritas uberabenses também realizavam sessões em que recorriam à utilização das chamadas “mesas falantes”, tão comuns nos salões europeus de meados do século XIX (Silva, 2002).

Gradativamente o movimento espírita uberabense foi conquistando adeptos, ao ponto de a cidade contar, em 1902, com aproximadamente seis grupos familiares que se reuniam de forma espontânea. No entanto, estes grupos tiveram vida curta e, embora fossem pioneiros na divulgação da doutrina espírita, não conseguiram lançar as bases para uma organização mais articulada do movimento, dotada da capacidade de produzir instituições que garantissem a continuidade e a unificação das atividades desenvolvidas pelos diferentes grupos familiares.

No entanto, a atuação pioneira destes pequenos grupos familiares serviu para a divulgação inicial da doutrina espírita na região fato que, com o tempo, propiciou o aparecimento de novos grupos familiares que vieram a produzir um aprimoramento da organização do movimento através, principalmente, da ampliação das atividades doutrinárias, da inclusão de novos sócios, da elaboração de estatutos próprios, da eleição de diretorias, da angariação de fundos e da abertura de suas atividades para o público leigo. Estes fatores tornaram possível a fundação do primeiro centro espírita da cidade, o “Centro Espírita Uberabense” (CEU), ocorrida no ano de 1911 (Bacelli, 1987).

Em 1918, o CEU passou a contar com uma sede própria. A partir deste momento esta instituição procurou efetivar a ampliação de suas atividades doutrinárias e assistenciais. Durante as sessões do centro eram desenvolvidas as atividades de doutrinação dos associados e de comunicação dos espíritos através das práticas da mediunidade de incorporação e de psicografia. O centro também procurou oferecer atendimento a enfermos através das práticas da mediunidade receitista, de sessões de aplicação de passes e também das sessões de desobsessão. No campo caritativo ocorriam também atividades de levantamento de donativos para serem distribuídos entre a população pobre da cidade (Silva, 2002). Como se pode constatar, a inauguração de uma sede própria permitiu aos espíritas de Uberaba implantar de forma mais organizada os serviços assistenciais,

doutrinários e de divulgação comumente encontrados nos grupos espíritas espalhados pelo país.

Segundo Silva, desde sua fundação o “Centro Espírita Uberabense” procurou se constituir como a principal liderança do movimento espírita local, buscando divulgar amplamente a doutrina e estender o acesso da população aos serviços filantrópicos e caritativos oferecidos pelo CEU (Silvia, 2002, p. 86). Como forma de garantir a divulgação das atividades realizadas pela instituição e de registrar as informações e acontecimentos relevantes referentes à organização do movimento espírita na região, o CEU passou a contar, desde sua fundação, com um órgão de imprensa próprio, o jornal *A Flama Espírita*.

Como forma de divulgar a doutrina através da prática da caridade, o CEU procurou criar instituições que tinham como objetivo atender a população desvalida de Uberaba. Assim estava previsto em seus estatutos a criação e a manutenção de:

- 1o – Um posto mediúnico receitista e curador, constituído de pessoal idôneo e desinteressado.
- 2o – Uma botica homeopática, onde sejam aviadas gratuitamente as receitas prescritas principalmente pelos seus médiuns (Silvia, 2002, p. 86).

Assim, desde o início de sua fundação, uma das principais preocupações do CEU, e conseqüentemente do movimento espírita uberabense, era a implantação de instituições de cura fundamentadas nos preceitos e nas teorias ligadas ao campo da doutrina espírita. Estas buscavam asseverar a possibilidade de intervenção de entidades espirituais sobre os processos de cura e de adoecimento dos indivíduos, neste caso expressas na capacidade de espíritos desencarnados realizarem diagnósticos acertados sobre as doenças que afetavam pacientes enfermos e de prescrever, através dos médiuns que atuavam no centro, o tratamento mais adequado para se debelar essas enfermidades. É importante notar também que, em Uberaba, as propostas de implantação destes serviços eram justificadas pelo preceito espírita do exercício da caridade, considerado fundamental para a aceleração do processo de evolução espiritual perseguido pelos partidários da doutrina. Além desses fatores mais diretamente relacionados com o exercício da caridade, conforme defendido pela doutrina espírita, pode-se considerar que a iniciativa de montar serviços ligados a práticas de cura, que tinham como objetivo combater as enfermidades que atacavam a

população de Uberaba, também estava relacionado ao fato de existir uma carência de instituições assistenciais e de saúde atuando na região durante o período.

Como vimos anteriormente, durante todo o período da Primeira República foram escassos os investimentos do governo mineiro em obras de infra-estrutura e de assistência pública, que atendessem às necessidades da população do Triângulo Mineiro. Assim, no ano de 1910, um ano antes da fundação do CEU, o município de Uberaba contava apenas com os serviços oferecidos pela Santa Casa de Misericórdia para atender as necessidades de saúde de uma população de aproximadamente 35.000 habitantes, segundo os dados do Anuário Demográfico de Minas Gerais (Martins, 2003, p. 156). Nesse sentido, o fato de os espíritas terem optado por definir sua atuação junto à população uberabense através da oferta de serviços ligados a assistência à saúde pode ser entendido como mais uma contribuição ao esforço empreendido pelas elites regionais de ocupar o vazio institucional deixado pelo poder público estadual. Tomando para si, portanto, a iniciativa de realizarem os investimentos necessários para que o município pudesse contar com serviços de infra-estrutura e de assistência pública, imprescindíveis para o incremento do desenvolvimento econômico e social da região.

Além dos serviços de mediunidade curadora e de farmácia homeopática, outras instituições que os dirigentes do movimento espírita almejavam construir, e que estavam previstas nos estatutos do CEU, eram um asilo para menores abandonados e uma instituição de internamento e tratamento de alienados, sendo estes últimos definidos como “obsedados” pela doutrina espírita: *“Art. 32 – Construído o prédio para os trabalhos do Centro, a Diretoria, quando possível, promoverá a construção de um asilo para a educação de menores desvalidos e de um hospital para obsedados”* (Silvia, 2002, p. 87).

Apesar de previsto desde a fundação do CEU, o hospital para tratamento de obsedados só viria a ser inaugurado no início da década de 30 do século passado. Mais uma vez, o que cabe ressaltar era o objetivo, presente desde a época de fundação desta instituição espírita, de implantar na cidade de Uberaba serviços ligados a área da saúde e assistência a enfermos e necessitados, expressando uma característica comum à forma como a doutrina espírita veio a ser implantada no Brasil.

Praticantes de uma doutrina detentora de preceitos específicos a respeito da natureza dos estados de saúde, de doença e de enlouquecimento, contando com métodos terapêuticos

próprios para o tratamento de enfermidades, os espíritas entendiam que a maior contribuição que poderiam oferecer à sociedade brasileira era a garantia do acesso irrestrito da população às suas práticas de curar. Como consequência dessa estratégia de atuação, os espíritas acabaram por se notabilizar pelo estabelecimento, durante a primeira metade do século XX, de uma série de instituições que visavam atender a demanda da população brasileira por serviços de saúde.

As práticas de cura ligadas a preceitos espíritas tiveram um papel fundamental na forma como se organizou o movimento espírita em Uberaba e na região do Triângulo Mineiro. Esta característica levou a ocorrência de enfrentamentos e disputas judiciais com a classe médica local. Um dos casos de maior repercussão ocorreu no ano de 1917, quando o médico João Teixeira Álvares, que também era presidente do Círculo Católico de Uberaba e autor regular de uma coluna do jornal *Lavoura e Comércio*, passou a combater e a denunciar os adeptos da doutrina espírita. Em um de seus artigos, o médico dizia não compreender como a polícia local havia permitido que os espíritas construíssem um templo na cidade, a sede do CEU, ao mesmo tempo em que pedia às autoridades mineiras que tomassem providências no sentido de reprimir a atuação de um famoso médium receitista que atuava na vizinha cidade de Sacramento. Este médium, o Sr. Eurípedes Barsanulfo, figura proeminente do movimento espírita no estado de Minas Gerais, era acusado pelo médico de manter uma clínica em que eram prescritas receitas utilizadas para o tratamento de enfermos, fato que o tornava passível de ser processado por exercício ilegal da medicina.

Como resultado das denúncias realizadas pelo Dr. Teixeira Álvares, o delegado de Uberaba instaurou um inquérito policial com o objetivo de investigar as práticas espíritas desenvolvidas por Barsanulfo. O médium veio a ser processado com bases nos artigos 156 e 157 do Código Penal, por praticar a “magia na cura de moléstias” e por “exercer ilegalmente a medicina”. Aberto o processo, a reação dos espíritas de Uberaba foi imediata, sendo realizada uma grande mobilização em defesa de Barsanulfo:

Ficaram estabelecidas a defesa e protestos pelo JORNAL DO TRIÂNGULO, de propriedade do sr. João Modesto dos Santos, que punha as colunas do mesmo à disposição de todos os seus colaboradores, enfrentando toda e qualquer consequência (...). A campanha de defesa foi orientada e dirigida pelos jornalistas Alceu de Souza Novaes, Robespierre de Melo, Lafayette Melo, Prof. João Augusto Chaves e outros (...). A campanha durou meses e o JORNAL DO TRIÂNGULO sustentou-a com galhardia e imensos sacrifícios financeiros para o seu proprietário, que, com desassombro e firmeza, soube

pagar, assim, a sua dívida de gratidão e, mais do que isso, como jornalista, elevar, bem alto, a bandeira da Liberdade de imprensa na defesa de uma causa justa e divina (Ferreira, 1962, p. 42 e 43).

Assim, o movimento de defesa do médium Eurípedes Barsanulfo mobilizou os seguidores da doutrina de Kardec em Uberaba, que lideraram os protestos através da imprensa, reivindicando a absolvição dessa importante figura do movimento espírita regional. Sendo o proprietário do *Jornal do Triângulo* e um dos sócios fundadores do CEU, coube ao Sr. João Modesto dos Santos a função de fornecer os meios pelos quais os espíritas poderiam rebater os ataques deflagrados através da imprensa pelo médico João Teixeira Álvares. Um dos principais argumentos utilizados na defesa pública de Barsanulfo era a de que ele não exercia a profissão médica, sendo apenas um médium que atuava nas sessões do centro espírita de Sacramento, sessões que, segundo os defensores do médium, se caracterizavam como uma cerimônia religiosa da doutrina espírita e que, como tal, não seria passível de passar pelo crivo de um processo penal, visto que este tipo de atividade estaria sob a proteção da constituição brasileira, que garantia a liberdade de culto irrestrita aos seguidores de qualquer credo religioso.

Reproduzindo os argumentos utilizados com excelentes resultados pela FEB na defesa dos centros espíritas e dos médiuns processados por exercício ilegal da medicina no Rio de Janeiro, os espíritas de Uberaba buscavam conseguir a absolvição do médium de Sacramento. Embora os esforços dos espíritas da região do Triângulo Mineiro não tenham garantido a absolvição de Eurípedes Barsanulfo, ele também não chegou a ser condenado pela justiça, já que seu processo prescreveu por falta de pronúncia, no dia 9 de maio de 1918 (Silva, 2002, p. 83). Poucos meses depois, este médium veio a falecer, no dia 1 de novembro de 1918, vitimado pela gripe espanhola.

As estratégias de perseguição e a tentativa de repressão do desenvolvimento do movimento espírita na região do Triângulo Mineiro foram semelhantes às que ocorreram em outras regiões do país. Apesar das perseguições sofridas pelos espíritas, lançadas principalmente pelo clero católico e pela classe médica, o número de seguidores da doutrina continuou a aumentar em Uberaba, fato que levou à fundação de novos centros espíritas e novas instituições ligadas ao movimento na cidade, de modo que, na década de 1950, a cidade contava com mais de 20 dessas entidades. Dentre estas, a mais importante para esta pesquisa foi o Sanatório Espírita de Uberaba, inaugurado em 1933, instituição que, como

dito anteriormente, estava prevista nos estatutos de fundação do CEU e que tinha como objetivos ser utilizada para o internamento e tratamento dos alienados da região.

5.3 O Sanatório Espírita de Uberaba.

A construção do Sanatório Espírita de Uberaba (SEU) foi o resultado da mobilização do movimento espírita uberabense em torno do projeto de oferecer à população da cidade uma instituição de acolhimento e tratamento de alienados. No entanto, segundo os registros do movimento espírita local, a principal responsável pela efetiva implantação do projeto de construção do Sanatório teria sido a médium Maria Modesto Cravo.

Nascida em 16 de abril de 1899, D. Maria Modesto era filha de um dos sócios fundadores do CEU, o Sr. João Modesto dos Santos, tendo começado a participar mais ativamente do movimento espírita a partir do ano de 1917, quando, a exemplo de seu pai, também foi aceita como sócia do CEU. Como foi dito acima, o Sr. João Modesto dos Santos participou ativamente da defesa pública do médium Eurípedes Barsanulfo através de matérias escritas, juntamente com outros colaboradores, no *Jornal do Triângulo* de sua propriedade. Em seu livro *Subsídios para a história de Eurípedes Barsanulfo* (1962), o médico Inácio Ferreira afirma que a solidariedade de João Modesto para com o médium de Sacramento foi o resultado, entre outros motivos, de uma “dívida de gratidão” que existiria entre os dois. Segundo o registro dos autores que trataram da história do espiritismo em Uberaba, freqüentemente memorialistas do movimento espírita, esta dívida seria resultante da cura, realizada por Barsanulfo, de uma enfermidade contraída por D. Maria Modesto no final do ano de 1916 (Araujo Júnior, 2007, p. 34).

D. Maria Modesto havia se casado com o major Nestor Cravo em 1915, com quem teve a primeira filha em setembro de 1916. Logo após o parto de sua primogênita, D. Modesto teria contraído uma enfermidade que desafiava o saber dos médicos da época, visto que estes não conseguiam encontrar uma cura para o tipo de moléstia que a afetava (Araujo Júnior, 2007, p. 33). Como as recomendações médicas não teriam produzido qualquer melhora aparente em seu quadro clínico, seu genitor recomendou que ela se encaminhasse a cidade de Sacramento para se submeter aos cuidados do médium Eurípedes Barsanulfo. Ao ser levada à presença do médium, este teria chegado à conclusão de que a

enfermidade de Maria Modesto tinha origens espirituais, e que seria resultado da existência de faculdades mediúnicas latentes ainda não plenamente desenvolvidas, fato que facilitava a atuação de espíritos desencarnados sobre seu corpo espiritual e, conseqüentemente, sobre sua saúde. Com a realização do diagnóstico, D. Modesto passou a ser submetida a um tratamento espiritual para livrá-la da influência prejudicial destes espíritos, ao mesmo tempo em que procurava produzir o desenvolvimento de suas capacidades mediúnicas. Com o sucesso do tratamento, Maria Modesto foi convidada a trabalhar junto ao grupo de médiuns que atuavam em parceria com o Sr. Barsanulfo. Segundo os registros do movimento espírita uberabense, após receber alta, Maria Modesto teria sido aconselhada por Barsanulfo a iniciar sua militância junto ao movimento espírita de Uberaba, de modo a incentivar a criação de instituições que pudessem ser utilizadas no tratamento de enfermos e de alienados (Araujo Júnior, 2007, p. 34).

Para cumprir as tarefas que lhe haviam sido designadas, logo após seu retorno a Uberaba D. Maria Modesto se tornou sócia do CEU, dando início as suas atividades junto ao movimento espírita local. Neste cenário, a primeira realização de D. Modesto foi a inauguração, em janeiro de 1919, do “Ponto Bezerra de Menezes”, nas dependências de sua própria casa. Sendo o seu nome uma homenagem a um dos mais importantes médicos ligados ao movimento espírita do Brasil, o “Ponto” é considerado oficialmente a primeira instituição espírita de Uberaba aberta ao público leigo. Nas reuniões da instituição, que ocorriam nas noites de segunda, quartas e sextas, D. Modesto, auxiliada por outros médiuns, buscava oferecer tratamento espiritual aos enfermos que procuravam a instituição em busca de uma cura para suas moléstias (Araujo Júnior, 2007, p. 35).

Além deste trabalho de natureza mais espiritual, a partir do ano de 1922 o “Ponto” também passou a se encarregar da realização do “Natal dos Pobres”, quando eram recolhidos donativos para serem distribuídos não apenas à população carente, que se encaminhava àquela instituição no dia de Natal, como também a presidiários, cegos e enfermos (Araujo Júnior, 2007).

Devido ao fato de grande parte dos enfermos que procuravam tratamento junto ao “Ponto Bezerra de Menezes” ser constituído por alienados, que segundo os espíritas poderiam estar sofrendo de uma obsessão espiritual, chegando mesmo alguns pacientes a serem internados na casa de D. Modesto, os líderes do movimento espírita de Uberaba

constatarem a necessidade de construir uma instituição destinada exclusivamente ao seu tratamento. Como resultado, foram elaborados os planos para a construção do Sanatório Espírita de Uberaba, cuja pedra fundamental foi lançada em 6 de janeiro de 1928, pelo então presidente do Centro Espírita Uberabense, o médico Henrique von Krüger Schröder (Araujo Júnior, 2007).

Após a construção passar por uma série de dificuldades financeiras, finalmente ocorreu a inauguração solene do Sanatório Espírita de Uberaba, no dia 31 de dezembro de 1933, ocasião em que, como era de praxe no período, vários oradores se pronunciaram enaltecendo a iniciativa da comunidade espírita uberabense. Os registros da inauguração do Sanatório sugerem que este acontecimento foi motivo de comemoração para toda a cidade, sendo noticiado na imprensa espírita e na leiga como uma grande solenidade que contara com a presença de: “... centenas e centenas de pessoas, representantes de entidades várias, autoridades e dirigentes espíritas em geral” (De Vito, 2007, p. 169).

Além de motivo de orgulho ao movimento espírita local, o Sanatório era um instrumento relevante de divulgação da doutrina, já que se apresentava como um importante estabelecimento de saúde para a região e mesmo para os estados vizinhos. Além de ser uma das raras instituições de saúde de Uberaba, o Sanatório era o único estabelecimento da região que realizava o tratamento de alienados, sendo comum que fossem enviados pacientes de outros municípios do Triângulo Mineiro, e mesmo de outros estados do Brasil, para serem ali internados. Outro aspecto importante do Sanatório junto aos espíritas era sua característica de ser uma instituição que ressaltava o aspecto caritativo do espiritismo, já que desde sua inauguração uma porcentagem das vagas era sempre reservada para o atendimento de pacientes pobres e indigentes:

Inaugurado em 1933, já no dia seguinte foram internados dois enfermos. Daí para cá, o Sanatório serviu quase todos os Estados brasileiros, vindo doentes de todas as regiões, devido a fama logo conquistada pelas inúmeras curas verificadas. Lutando sempre com a falta de recursos financeiros, não deixou de, em 50 lugares, conservar 70% para doentes pobres, sendo obrigado, entretanto, a recusar internamento a várias pessoas reconhecidamente hiposuficientes, por falta de vagas (A Flama Espírita, in. Silvia, 2002, p. 91).

O Sanatório se constituiu como um departamento do Centro Espírita Uberabense, ocupando uma área com mais de 10.800 m². Inicialmente, a instituição contava com 60

leitos divididos igualmente entre dois pavilhões de alojamento, sendo um masculino e um feminino (De Vito, 2007, p. 168). A capacidade de internamento da instituição se torna ainda mais relevante se recordarmos que, à época de sua inauguração, a Santa Casa de Misericórdia de Uberaba funcionava precariamente, já há 13 anos, numa residência que havia sido habitada pelo frei Eugênio Maria de Gênova ainda no século XIX. Além disso, segundo José Soares Bilharinho em seu livro *História da medicina em Uberaba* (1980), no ano de 1933, a cidade contava com aproximadamente 30 médicos que eram responsáveis por atender a uma população estimada, no ano de 1929, em mais de 75.000 habitantes, segundo o levantamento do Anuário Demográfico de Minas Gerais (Martins, 2003, p. 156).

A planta da instituição teria sido idealizada por D. Maria Modesto, que afirmava tê-la recebido através de uma comunicação mediúnica. Tendo a construção do Sanatório ficado a cargo dos membros da loja maçônica “Estrela Uberabense”, o Sanatório possui um formato peculiar. Visto de cima, a instituição possui o formato de uma âncora, sendo a ponta constituída pela portaria do edifício, ladeada pela secretaria e pela recepção, os braços compunham originalmente os dois pavilhões de alojamentos, um masculino e um feminino, com suas respectivas enfermarias, tendo a haste como instrumento de ligação da portaria com o refeitório e a cozinha.

Numa demonstração da relação de proximidade que havia sido estabelecida entre o espiritismo e a maçonaria em Uberaba, é interessante notar que a planta do Sanatório Espírita possui elementos derivados da simbologia maçônica, constituindo-se como uma das três referências à maçonaria presentes na instituição. Quando observados de cima, pode-se perceber que os dois pavilhões de internamento da instituição possuem o formato de régua de pedreiro, sendo este juntamente com o compasso, um dos dois principais símbolos da maçonaria normalmente encontrados em todas as lojas maçônicas. Além disso, observando-se com cuidado o piso do refeitório da instituição, é possível notar a presença de três azulejos que possuem uma coloração diferenciada dos demais; ao se traçar uma linha imaginária ligando estes três pontos obtém-se a imagem de um triângulo, outro importante símbolo maçônico e que seria outra referência a essa organização. Por fim, a bandeira do Sanatório Espírita de Uberaba é formada pela imagem de três triângulos

sobrepostos, com uma cruz situada em seu centro, símbolos que também seriam uma referência à maçonaria.¹⁷

Com a inauguração do Sanatório, o Sr. João Modesto dos Santos assumiu o cargo de diretor administrativo da instituição. Para o cargo de enfermeiro-chefe foi designado o Sr. Manoel Roberto da Silva, que exerceu esta função por mais de 30 anos. Membro da loja maçônica “Estrela Uberabense”, o Sr. Manoel era pedreiro de profissão e havia participado das obras de construção do Sanatório. Quando da inauguração da instituição, o único cargo de maior importância que permanecia vago era o de diretor clínico, visto que o médico que originalmente havia sido convidado a ocupar o cargo, o Dr. Boulanger Pucci, havia desistido da empreitada poucos meses antes. Impossibilitado de exercer a função de diretor clínico por já desenvolver várias atividades junto ao movimento espírita local, o Dr. Henrique Krüger convidou para ocupar o cargo o Dr. Inácio Ferreira.

O Dr. Inácio Ferreira, que também era membro da loja maçônica “Estrela Uberabense”, nasceu no dia 18 de julho de 1904 na cidade de Uberaba, sendo filho de um pecuarista da região, o Sr. Jacyntho Ferreira. Após completar sua formação escolar, Inácio Ferreira ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no ano de 1924, vindo a formar-se em dezembro de 1929. Com a obtenção do diploma de médico regressou a terra natal onde passou a exercer a profissão, atuando como clínico geral em consultório próprio (De Vito, 2007).

Segundo afirmações encontradas em seus livros, o Dr. Inácio Ferreira ainda não era um adepto da doutrina espírita no momento em que foi convidado a assumir o cargo de diretor clínico do Sanatório Espírita. Sua conversão teria ocorrido após se deparar com vários casos de pacientes que não reagiam satisfatoriamente quando submetidos ao tratamento médico-psiquiátrico tradicional, só alcançando a cura para suas enfermidades após se submeterem às técnicas de desobsessão espiritual, desenvolvidas pelos médiuns que atuavam no Sanatório. Estes fatos o teriam levado a abraçar a doutrina espírita e a concluir

¹⁷ Segundo os funcionários do Sanatório Espírita de Uberaba, esta relação de proximidade estabelecida entre a maçonaria e o movimento espírita local seria uma consequência do fato de ambas as organizações terem sido constantemente perseguidas pela Igreja Católica local. Embora não me tenha sido possível investigar mais detalhadamente a origem e a natureza dessa relação é interessante notar que, durante a minha pesquisa de mestrado, também foi possível detectar uma relação de proximidade existente entre o movimento espírita e a maçonaria no município de Cachoeiro de Itapemirim, no estado do Espírito Santo. A esse respeito ver: JABERT, A. Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2001.

que uma parcela significativa dos casos de alienação mental tinha como causa fundamental as ações de espíritos desencarnados, que atuavam sobre o corpo espiritual dos pacientes (Ferreira, 1949).

O Dr. Inácio Ferreira teria ficado particularmente impressionado com os trabalhos mediúnicos desenvolvidos por D. Maria Modesto. Considerada uma médium de qualidades extraordinárias, era ela a principal responsável pela coordenação das atividades de natureza espiritual desenvolvidas no Sanatório. Segundo os registros do movimento espírita de Uberaba, seria D. Modesto quem determinava, através de indicações mediúnicas e em conjunto com um grupo de médiuns que atuavam como voluntários na instituição, quais os casos em que um paciente internado no SEU se encontrava sob a influência de uma obsessão espiritual, transmitindo ao Dr. Inácio Ferreira estas informações e nomeando quais seriam os espíritos perseguidores, os motivos que levaram o paciente a estar sofrendo esta perseguição espiritual e quando teria se iniciado o problema. Assim, seria ela quem produzia o “relato espiritual” do caso do paciente, a partir de uma perspectiva enquadrada nos preceitos da doutrina espírita. Deste modo, D. Modesto teria uma participação fundamental na determinação do tipo de tratamento – médico ou espiritual – que seria o mais indicado para cada paciente da instituição: *“Todos passavam por esse crivo de observação espiritual, que era fundamental para a orientação clínica e de acompanhamento”* (Araujo Júnior, 2007, p. 88).

D. Maria Modesto também teria um papel preponderante durante as sessões de desobsessão que eram realizadas nas dependências do Sanatório. Segundo registros encontrados, os trabalhos de desobsessão espiritual ocorriam nas noites de quarta-feira e tinham início a partir das 19h30min. Nestas sessões, cabia à D. Maria Modesto desempenhar a função de médium de incorporação do grupo, ou seja, seria ela quem incorporava as entidades espirituais que perseguiam os pacientes internados na instituição, apontando as razões que haviam levado à perseguição e à obsessão espiritual do paciente. Após se converter ao espiritismo, o Dr. Inácio Ferreira teria passado não apenas a participar dessas sessões de desobsessão, como seria ele o encarregado de dirigir as reuniões e a executar o papel de médium doutrinador, ou seja, seria ele que, se utilizando dos preceitos da caridade e do amor ao próximo da doutrina espírita, procurava convencer o espírito obsessivo a abandonar as perseguições espirituais e a perdoar qualquer possível falta que o

sujeito por ele perseguido pudesse ter cometido nesta ou em outra encarnação (De Vito, 2007, p. 117). Teria sido a partir destas sessões que o Dr. Inácio Ferreira recolheu o material que viria a ser utilizado na elaboração de seus livros que tratavam da relação entre espiritismo e psiquiatria.

Neste sentido, o Sanatório Espírita de Uberaba se constituía como uma instituição híbrida onde, no tratamento das enfermidades mentais, a terapia médico-psiquiátrica era conjugada com os preceitos e práticas da doutrina espírita. Como resultado, saberes e práticas, normalmente tratados como antagônicos e excludentes pela bibliografia que trata da história do espiritismo e da medicina no Brasil eram percebidos como complementares pelos atores sociais envolvidos nas práticas de cura do Sanatório Espírita de Uberaba. A partir da análise dos prontuários médicos encontrados nesta instituição, tentaremos descortinar como esta conjunção de saberes e práticas aparentemente opostos era construída cotidianamente através das atividades terapêuticas implantadas no SEU.

Capítulo 6 – OS PRONTUÁRIOS PSIQUIÁTRICOS DO SANATÓRIO ESPÍRITA DE UBERABA.

6.1 A estrutura dos prontuários do Sanatório Espírita de Uberaba.

No local onde originalmente funcionava a enfermaria do pavilhão masculino do Sanatório Espírita de Uberaba, atualmente encontra-se localizada a Biblioteca Inácio Ferreira. Fundada em homenagem ao médico que durante mais de 50 anos foi diretor-clínico da instituição, dela consta o acervo da biblioteca particular do Dr. Inácio Ferreira. É lá também que se encontram depositados todos os prontuários e fichas de internação dos pacientes recolhidos à instituição desde sua inauguração, em dezembro de 1933. Além desses documentos, também se encontram arquivados na biblioteca livros contábeis, mostrando a movimentação financeira da instituição, registros dos doadores que contribuía mensalmente para a manutenção do Sanatório, uma grande variedade de fotos retratando as dependências físicas e os pacientes que foram ali internados, diários do Dr. Inácio contendo descrições das sessões de desobsessão realizadas no Sanatório e livros de registro com a movimentação de entrada e saída dos pacientes. Enfim, um rico acervo documental praticamente inexplorado que pode servir de base para variados projetos de pesquisa que tenham como tema a história da psiquiatria, do espiritismo ou das práticas e instituições de saúde no Brasil.

A preferência dada à análise dos prontuários de internamento do Sanatório Espírita de Uberaba justifica-se por motivos variados. Primeiramente, nos prontuários das instituições asilares destinadas ao recolhimento de alienados, o discurso sobre a loucura, seja ele psiquiátrico ou espírita, é apresentado de uma maneira diversa do que pode ser encontrado nos textos que tratam do tema sob um ponto de vista estritamente teórico e que têm por objetivo produzir um sistema interpretativo que ofereça inteligibilidade para o fenômeno da loucura. Nos prontuários, este discurso aparece operacionalizado pelo corpo médico-administrativo da instituição em sua forma prática de análise, interpretação e controle da loucura, além de estar atrelado a casos individuais e singulares que exemplificam a experiência cotidiana da loucura através da aplicação deste discurso a situações específicas.

Em segundo lugar, a análise deste tipo de documento também permite identificar como o fenômeno da loucura era compreendido pelo grupo social no qual o indivíduo considerado louco estava inserido, demonstrando como este acontecimento era por eles interpretado, quais fatores eram considerados produtores da loucura e que tipo de procedimento deveria ser adotado quando ela se manifestava. Além disso, permite detectar quais atitudes e comportamentos exibidos por um determinado sujeito eram identificados como os sinais visíveis de sua loucura. Enfim, uma oportunidade para se vislumbrar como a sociedade em geral – e não apenas a classe médica ou os espíritas – interpretava e identificava a loucura.

Por fim, no que pode ser considerado o aspecto mais interessante desta escolha pela análise privilegiada dos prontuários, esta alternativa permite dar visibilidade à fala mais marginalizada dentre todas as que tratam da experiência da loucura: a do próprio louco. Como apontou Maria Clementina Pereira Cunha em seu livro *“O Espelho do Mundo”*, um dos primeiros textos brasileiros a realizar uma análise de prontuários de pacientes psiquiátricos:

(...) apesar do esforço para aniquilar sua presença e apagar sua voz, os registros do asilo denunciam a presença do ‘louco’, resgatam ao menos em parte sua fala e sua experiência, evidenciam sua resistência surda e constante, permitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos (Cunha, 1986, p.16).

Devido ao fato de o prontuário psiquiátrico se constituir como uma fonte histórica que permite sintetizar o aspecto multifacetado da experiência da loucura, o exame destes prontuários pode possibilitar uma análise rica e diversificada da experiência da loucura e das formas como ela foi percebida, interpretada, identificada, classificada, tratada e vivenciada em uma cidade do interior do Brasil na primeira metade do século XX.

Em relação ao período trabalhado, optou-se por analisar os prontuários que vão da data de inauguração do Sanatório, dezembro de 1933, até o ano de 1948. Este recorte temporal é justificado pelas características dos prontuários empregados pela instituição durante esse período. Até o ano de 1948, O Sanatório Espírita de Uberaba utilizou três modelos de prontuários distintos para realizar o registro de informações dos pacientes ali internados. No entanto, a partir de 1948 passou-se a empregar um novo modelo de prontuário extremamente sintético que apresentava, em relação aos anteriores, uma

quantidade mais limitada de dados acerca da anamnese dos pacientes e do tratamento empregado pela instituição. Por estes motivos o ano de 1948 foi estabelecido como a data limite de análise.

Assim, com relação aos prontuários propriamente ditos, durante o período pesquisado foi possível identificar no acervo da instituição três modelos diferenciados de prontuários de internação, utilizados em momentos específicos deste período. Na seção inicial de todos os prontuários são encontrados elementos que traziam algumas informações específicas a respeito dos dados pessoais de cada paciente e que tinham como função facilitar sua identificação dentro da instituição: *data de entrada e de saída, número de registro de seu prontuário, seu nome, filiação, estado civil, idade, naturalidade e procedência.*

O primeiro modelo de prontuário, utilizado no Sanatório a partir de sua inauguração até o ano de 1935, era composto basicamente por um questionário.¹⁸ A parte inicial do prontuário traz informações que dizem respeito aos dados pessoais do paciente. Constam desta primeira parte os seguintes dados, nesta ordem: *nome, sexo, idade, filiação, estado civil, nacionalidade, procedência, condição social (profissão), grau de instrução e caracteres físicos.* A numeração do paciente e as datas de entrada e saída eram preenchidas nos cantos superiores da folha de rosto do prontuário.

A seção seguinte do prontuário é constituída de questionamentos mais detalhados que tinham por finalidade levantar referências à história de vida do paciente bem como de suas heranças familiares. Estes questionamentos eram os seguintes: *os ascendentes paternos e maternos estão vivos? De que faleceram? Qual o estado dos que estão vivos? Entre os outros parentes do ramo paterno e maternos teve ou tem atualmente algum sofrendo de loucura ou moléstia nervosa, de histeria, epilepsia ou paralisia? Tem ou teve ascendentes alcoólicos ou sífilíticos, histéricos, epiléticos ou paralíticos? Nasceu a termo e em condições de saúde? Qual o caráter habitual do doente? Teve convulsões ou ataques e moléstias nervosas infecciosas na 1ª e 2ª infância? Tem filhos? Quantos mortos e de que faleceram? Quantos vivos e qual o seu estado de saúde? O doente teve ou tem hábitos alcoólicos e contraiu alguma vez infecção sífilítica? Que moléstia sofreu antes da atual? Já esteve alguma vez acometido de histeria, epilepsia ou de loucura? Quando e por quanto tempo?*

¹⁸ Ver Anexo 2.

Na maioria dos prontuários estes questionamentos estão preenchidos de forma incompleta, o que não chega a causar surpresa, visto que o Sanatório atendia principalmente à população carente do município de Uberaba e de suas cercanias. Como resultado, a população de internos da instituição era composta majoritariamente de lavradores e trabalhadores rurais semi ou totalmente analfabetos, com uma alta taxa de mortalidade e uma baixa expectativa de vida, podendo-se presumir que o paciente regular da instituição não possuía informações suficientes para responder questionamentos sobre se fora afetado por “moléstias nervosas infecciosas na infância” ou referentes às causas do falecimento de seus pais.

Um ponto que chama a atenção nesta seção do prontuário é a grande quantidade de perguntas referentes à história e à herança familiar do paciente, numa primeira demonstração de como as teorias psiquiátricas serviam de referência para a atuação dos profissionais da instituição durante o processo de diagnóstico do paciente. A preocupação em se determinar o estilo de vida, os possíveis vícios e o estado de saúde dos ascendentes familiares dos internos demonstra uma tentativa de se determinar uma possível influência hereditária ou degenerativa no desenvolvimento das moléstias mentais diagnosticadas nos pacientes do Sanatório.

A hereditariedade era um conceito-chave para diversas teorias de perspectiva organicista que se desenvolveram no campo psiquiátrico a partir de meados do século XIX. Como vimos no primeiro capítulo, a hereditariedade era um elemento explicativo fundamental para a teoria da degeneração de Morel, sendo também amplamente utilizada por Magnan em sua adaptação da teoria da degeneração para o campo psiquiátrico. Vale ressaltar também que, mesmo utilizando modelos teóricos distintos, e por vezes conflitantes, tanto a teoria da degenerescência de Morel, como a da antropologia criminal de Lombroso, passando pelas teorias da eugenia de Galton e também do organicismo de Kraepelin, escolas que influenciaram profundamente os psiquiatras brasileiros; todas elas recorriam ao conceito de hereditariedade como um elemento potencialmente relevante para a determinação da predisposição aos comportamentos desviantes e da alienação mental de um indivíduo (Engel, 2001. Serpa Júnior, 1998).

Também chama a atenção o número de questões relacionadas à existência de casos de alcoolismo e sífilis. Ambos eram considerados pela classe psiquiátrica como as principais

causas de produção de alienação mental entre a população brasileira do período (Roxo, 1921, p. 68). Mesmo considerando-se que a direção do Sanatório tenha optado por utilizar prontuários de internação de outras instituições psiquiátricas como modelo para o seu primeiro prontuário, não deixa de ser interessante notar que estas questões relacionadas a causas hereditárias e ligadas à psiquiatria organicista do período – que era constantemente atacada pelos espíritas – eram frequentemente preenchidas e registradas pelo corpo médico-administrativo do Sanatório.

Por fim, a terceira seção do prontuário traz questões relativas à moléstia mental que havia levado o paciente a ser internado na instituição. Também se buscava nesta etapa identificar as possíveis transformações de comportamento ocorridas com o paciente e determinar se algum acontecimento mais recente poderia ser identificado como disparador da enfermidade. As perguntas presentes nesta seção eram as seguintes: *há quanto tempo começou a moléstia atual? Como começou? Quais têm sido as suas manifestações por atos e palavras? Esteve ou tem estado agitado e furioso ou pelo contrário calmo e triste? Tem cometido violências e atos agressivos? Contra quem? Perdeu a afeição da família, parentes e amigos? Teve ou tem maus costumes ou vícios? Quais são? Por efeito da moléstia atual o doente mudou de vida, de hábitos e costumes? Houve causas morais, como desgostos de família, perda de fortuna e outras que pudessem influir para o aparecimento da moléstia atual?*

O ponto que chama atenção nesta terceira seção do prontuário, além das questões que tentavam identificar que categoria de perturbação mental estava afetando o paciente, são as questões referentes às causas “morais” da alienação mental. Como também foi visto no primeiro capítulo, a formulação da idéia de que a loucura era o resultado de um distúrbio moral era um conceito fundamental presente nas teorias clássicas do alienismo francês. O fato da nascente psiquiatria européia do início do século XIX ter procurado analisar e compreender a loucura como um desvio da razão ou da moral, fez com que esse ramo do conhecimento médico fosse gradativamente se distanciando da medicina clínica, já que, no período, esta última buscava desenvolver estudos mais ligados ao campo da anatomo-clínica, numa tentativa de produzir um conhecimento sobre a etiologia das doenças que permitisse à medicina estabelecer uma sede orgânica para as enfermidades. Por outro lado, para o alienismo pineliano desenvolvido na primeira metade do século XIX na Europa,

eram consideradas causas morais determinantes da alienação mental fenômenos como: “... *emoções vivas, terror, amor levado a excesso ou contrariado, temor, cólera, ambição, reveses da fortuna e desgostos domésticos*” (Oliveira, 2003, p. 57).

Em meados do século XIX, esta característica do alienismo europeu fazia com que este ramo da medicina fosse constantemente criticado pelo restante da classe médica por ser considerado pouco científico. Como consequência, uma preocupação constante dos psiquiatras europeus voltava-se para a tentativa de elaborar teorias que pudessem oferecer uma fundamentação orgânica para a alienação mental. O desenvolvimento das teorias de que enfatizavam de forma mais acentuada o caráter orgânico da loucura a partir de meados do século XIX, como a teoria da degeneração, surgiram como uma reação à escola alienista clássica, que enfatizava que a loucura seria um resultado dos desvios da razão e da moral (Serpa Júnior, 1998. Oliveira, 2003). Como resultado, estas teorias foram recebidas com grande entusiasmo por amplos setores da classe psiquiátrica que sentiram poder finalmente colocar a psiquiatria numa linha de desenvolvimento mais alinhada ao restante do conhecimento médico.

Portanto, não deixa de ser interessante notar que nos primeiros prontuários de internação do Sanatório Espírita de Uberaba seja possível encontrar questões percebidas como relevantes para o diagnóstico da enfermidade mental de um paciente, associadas a formulações teóricas que asseveravam ser a loucura uma consequência tanto de desvios da razão quanto de fatores hereditários de fundo organogênico. Assim, a estrutura dos prontuários do Sanatório Espírita de Uberaba pode ser considerada como mais uma indicação de que, a adoção de uma perspectiva organicista que procurava vincular a loucura a estados mórbidos de natureza orgânica, não significou uma diminuição da ênfase colocada sob o aspecto moral do conhecimento e do tratamento psiquiátrico (Venâncio, 2003, p. 890).

O segundo prontuário utilizado no Sanatório durante o período pesquisado começou a ser empregado pela instituição a partir de 1935.¹⁹ Durante este primeiro ano ele era utilizado em conjunção com o modelo original. Sendo o prontuário padrão da instituição até o final de 1941, este modelo é o mais completo e detalhado dos três utilizados no período trabalhado.

¹⁹ Ver Anexo 3.

Como no modelo anterior, a primeira parte deste prontuário traz dados de identificação do paciente, apresentados nesta ordem: *número da ficha, data de entrada, foto do rosto do paciente, data de saída (que podia ser por cura, transferência, retirada ou falecimento), nome, filiação, estado civil, idade, cor, naturalidade e estado de origem*. Em seguida, ainda na folha de rosto do prontuário, aparece a seção denominada de “história da doença atual” onde era realizada a anamnese do paciente. Neste campo, normalmente era realizada uma descrição detalhada da história da vida pregressa do paciente, onde se buscava levantar informações que diziam respeito principalmente ao seu caráter, estilo de vida, condição social, heranças familiares e eventos traumáticos que pudessem ter contribuído para a produção de seu estado de desequilíbrio mental.

A próxima seção do prontuário era denominada de “exame do doente”, e trazia informações a respeito dos exames diretos realizados nos pacientes. Estes exames eram variados e buscavam levantar informações a respeito tanto do estado geral de saúde do sujeito e de sua constituição física, através de exames clínicos e laboratoriais, como também examinar seu estado psíquico com o objetivo de detectar e diagnosticar as possíveis perturbações mentais de que sofria. Estes exames eram os seguintes: *da face, do estado psíquico, da constituição, da pele, dos gânglios linfáticos, do nariz, dos ouvidos, da garganta, dos olhos, do tórax, do abdômen, do aparelho circulatório, do aparelho gênito-urinário e do sistema nervoso*. O último segmento desta parte do prontuário era composto por uma seção onde deveriam ser registrados os exames do líquido céfalo-raqueano, de urina, de sangue, de fezes e de exsudados. No entanto, estes últimos nunca foram realizados nas dependências da instituição e por este motivo raramente aparecem registrados nos prontuários. Quando aparecem são resultado de exames que o paciente havia realizado em outra instituição antes de procurar internamento no Sanatório. Por fim, a última parte deste modelo de prontuário estava reservada para o registro do diagnóstico, do prognóstico e de como estava sendo realizado o tratamento da enfermidade.²⁰

O ponto que mais chama a atenção neste segmento do prontuário é a extensa seção de exames físicos que eram realizados nos pacientes internados no Sanatório.

²⁰ Devido ao fato deste modelo de prontuário ser o que oferece informações mais detalhadas a respeito do paciente, como o relato do caso, exames físicos, psíquicos e notas sobre o tratamento de sua enfermidade, uma quantidade razoável dos exemplos utilizados para ilustrar as análises realizadas neste capítulo foram retirados do período em que ele foi utilizado no Sanatório.

Tradicionalmente os exames físicos desta natureza – com exames das faces e dos olhos, por exemplo – eram realizados em hospitais psiquiátricos brasileiros com o objetivo de detectar estigmas somáticos que fossem indicativos da presença de sinais de degeneração física, sinais que por sua vez poderiam indicar um estado de degeneração mental e de maior propensão à loucura por parte do paciente (Engel, 2001, p. 163). Em sua grande maioria, os prontuários trazem uma descrição minuciosa destes caracteres morfológicos, sendo também registrados os traços físicos indicativos de degeneração quando estes eram detectados nos pacientes.

A teoria da degeneração, formulada por Morel em 1957, afirmava que a origem da loucura encontrava-se estritamente associada à degeneração orgânica transmitida hereditariamente, sendo esta degeneração um desvio doentio do tipo normal da humanidade. A teoria da degeneração também estabelecia a possibilidade deste desvio se manifestar em gradações diferenciadas entre os indivíduos, ao mesmo tempo em que designava a existência de estados intermediários de perturbações mentais, localizados num espaço nebuloso e nem sempre facilmente detectável entre a sanidade e a loucura: os anormais. Estes estados intermediários da degeneração se manifestariam nas práticas consideradas anti-sociais como a vagabundagem, o alcoolismo, a prostituição, o vício e a criminalidade (Cunha, 1986, p. 25).

Juntamente com o conceito de hereditariedade, a idéia de que os caracteres físicos seriam indicativos da degeneração mental era um conceito-chave para as teorias organicistas que, desde a metade do século XIX, procuravam atrelar inequivocamente o fenômeno da loucura a uma base etiológica estritamente organogênica. No entanto, é importante ressaltar que os espíritas não eram totalmente aversos ao conceito de que a loucura também pudesse ter um substrato orgânico, como fica claro no conceito utilizado por eles de “loucura por lesão cerebral”, apenas não consideravam esta a única explicação etiológica para o fenômeno da loucura.

O terceiro modelo de prontuário de internação foi utilizado entre os anos de 1942 e 1947.²¹ Na verdade, este prontuário consiste de uma versão simplificada do modelo anterior. A folha de rosto do prontuário trazia as mesmas informações referentes aos dados pessoais do paciente e onde também era registrada sua anamnese. A única diferença em

²¹ Ver Anexo 4.

relação ao modelo anterior é que, a partir de 1945 surge uma informação referente à religião praticada pelo paciente.

A adição desta informação pessoal do paciente foi inserida nos prontuários como uma estratégia para se levantar elementos que pudessem servir de resposta ao clero católico e, principalmente, aos setores da classe médica brasileira, que afirmavam que a prática do espiritismo poderia ser um fator contribuinte para o desenvolvimento de distúrbios mentais. Recolhendo e contabilizando os dados referentes à religião dos internos, a direção do Sanatório pretendia demonstrar estatisticamente que a maior porcentagem de pacientes recolhidos para tratamento na instituição praticava o credo católico e, desta forma, refutar as declarações de que o espiritismo levava seus praticantes à loucura (Ferreira, 1949, p. 278).

A seção seguinte deste prontuário era composta por um questionário preenchido pelo paciente ou seus familiares no momento da internação e tinha como objetivo levantar tanto dados pessoais do paciente quanto informações que contribuíssem para a realização de sua anamnese, onde constavam questões relativas aos ascendentes, hábitos de vida e estado de saúde. Por fim, o prontuário apresentava o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade.

O modelo de prontuário que passou a ser utilizado pela direção do Sanatório a partir de 1948²² era o mais sintético de todos os prontuários de internamento observados, sendo composto apenas pela folha de rosto que trazia as seguintes informações: *número da ficha, data de entrada, foto do rosto do paciente, data de saída, nome, filiação, idade, nacionalidade, naturalidade, estado civil, profissão, religião, residência, telefone, se possui bens, se é interdito, nome do requerente da internação, documentos relativos à entrada, objetos entregues, observações, diagnóstico e prognóstico*. Pode-se observar que ocorre um aumento do número de dados pessoais do paciente que passaram a serem preenchidos no prontuário, sendo que anteriormente estes dados eram usualmente inseridos na seção que registrava a anamnese do paciente, e que a partir de então passava a ser inserida sob o quesito observações. Assim, pelos motivos já colocados o momento de adoção deste quarto modelo de prontuário foi estabelecido como o limite temporal de análise.

²² Ver Anexo 5.

Vejam os elementos sobre o funcionamento interno da instituição, seu papel social e os tipos de relação que eram estabelecidas em torno da experiência da loucura, podem ser apreendidos a partir da análise das informações registradas nos prontuários pelo corpo de funcionários que atuava no Sanatório Espírita de Uberaba.

6.2 Psiquiatria e espiritismo: o ecletismo conceitual do Sanatório Espírita de Uberaba.

Ao observarmos a estrutura dos prontuários médicos utilizados no Sanatório, temos a impressão que estamos diante de uma instituição psiquiátrica semelhante a qualquer outra encontrada em território brasileiro no período, dirigida por médicos que se utilizavam exclusivamente do conhecimento e das teorias psiquiátricas da época para realizar seu trabalho de diagnóstico, tratamento e, se possível, cura do paciente. As informações pessoais sobre os pacientes, a anamnese, os questionários e os exames, todos os elementos constituintes da estrutura dos prontuários estão aparentemente de acordo com os ensinamentos e formulações da psiquiatria acadêmica do período.

Um exemplo claro do que foi exposto acima pode ainda ser encontrado nos prontuários de pacientes diagnosticados como portadores de imbecilidade, idiotia, sífilis cerebral e epilepsia. Para os psiquiatras defensores de uma etiologia estritamente orgânica da loucura, os pacientes portadores destes distúrbios seriam os exemplos mais ilustrativos da fundamentação científica e da veracidade de suas proposições. Os caracteres físicos típicos da imbecilidade e da idiotia, os sinais cutâneos característicos da sífilis e os sintomas distintivos da epilepsia faziam com que estas enfermidades fossem consideradas como pertencentes a uma matriz primordialmente orgânica, o que as tornavam fundamentais para a validação da psiquiatria acadêmica do período: “... *sua presença reforça e confirma a existência do substrato orgânico que a psiquiatria do período tentava atribuir a ‘doença mental’*” (Cunha, 1986, p. 128).

Casos pertencentes a estas categorias também eram comuns no Sanatório Espírita de Uberaba, e as formas pelas quais estas perturbações mentais eram identificadas e diagnosticadas seguiam estritamente os pressupostos estabelecidos pela psiquiatria acadêmica do período. Deste modo, na anamnese do prontuário de N° 105, pertencente ao paciente A. R. é registrado que:

Aos 16 anos de idade sofreu um acesso. Foi o primeiro. Ficou desacordado, inconsciente, muitas horas (...). Daí por diante, sofreu-o quase sempre, de 6 em 6, 8 em 8 dias. Raramente passa mais tempo livre dessa perturbação. Antes, não sente nada. Depois, sente fortes dores de cabeça, persistentes, demoradas (...). Nunca teve doenças venéreas e não se recorda de ter sido acometido de outras doenças (...). Diagnóstico: Epilepsia (Livro de registro de 1937, prontuário n° 105).²³

Desta forma, podemos ver como o quadro sintomático do paciente descrito na anamnese, característico dos casos de epilepsia, foi utilizado para se chegar a um diagnóstico clínico para sua enfermidade. No entanto, é nos pacientes diagnosticados com imbecilidade ou idiotia que fica estabelecida de uma forma mais direta a relação entre uma herança biologicamente determinada e a alienação mental, oferecendo uma base mais sólida para as interpretações organicistas da loucura. Os casos mais ilustrativos registrados no Sanatório são os de dois irmãos que compartilharam não apenas a mesma família e instituição de internamento, como também o mesmo diagnóstico e destino social marginalizado. Assim, numa referência direta à noção de transmissão hereditária da idiotia, aparece registrado no prontuário de internação N° 83, referente ao paciente G. C. F., a informação de que este era membro de:

Família grande, composta de vários irmãos, todos mais ou menos com taras familiares, uns mais, outros menos, não deixando, todavia, de sofrerem conseqüências dos casamentos consangüíneos que vem se dando desde os seus antepassados (...). Sistema Nervoso: Parada, visível e facilmente constatada, de desenvolvimento intelectual atingindo quase os últimos graus. Inteligência nenhuma; memória, raciocínio nulos; noção de lugar, espaço e tempo completamente paralisados. É um autômato, incapaz de manifestar um desejo, uma necessidade ou um sentimento de alegria ou tristeza (...). Diagnóstico: Imbecilidade congênita (Livro de registro de 1937, prontuário n° 83).

Um dos aspectos que podemos destacar no registro do prontuário deste paciente são as características do exame de seu sistema nervoso. Tendo como objetivo avaliar o estado psíquico do paciente, o exame do sistema nervoso era realizado de uma forma relativamente subjetiva, sendo conduzido através de inquirições realizadas pelo médico durante a entrevista inicial e que eram dirigidas por um roteiro flexível. Esta inquirição tinha como objetivo avaliar o estado mental do paciente, buscando-se identificar a possível existência de perturbações do seu raciocínio, determinar sua aptidão intelectual e

²³ A grafia utilizada pelos médicos da instituição no preenchimento dos prontuários foi adaptada para a grafia atual.

capacidade de localização, além de verificar a ocorrência de alterações nas funções afetivas e instintivas. Considerado como a sede do psiquismo pela psiquiatria organicista, o sistema nervoso era compreendido pelos espíritas como sendo apenas o instrumento responsável pela manifestação e transmissão do pensamento, do raciocínio e da afetividade, já que estas funções superiores do psiquismo humano seriam primariamente realizadas pelo corpo espiritual dos indivíduos (Menezes, 2002). No entanto, para ambas as correntes de pensamento, uma lesão ou má-formação deste sistema poderia ser responsável pela produção de uma série de transtornos comportamentais que, em última instância, comprometeriam a capacidade do indivíduo de se desenvolver, de realizar atividades e de se relacionar socialmente.

Também podemos observar, no trecho acima citado, como o conceito de hereditariedade, fundamental para várias teorias organicistas, e notadamente para a teoria da degeneração e para a psiquiatria kraepeliniana, que desde o século XIX defendiam a concepção de que a loucura era dotada de uma base biológica transmissível aos descendentes, também era utilizado no Sanatório para interpretar e auxiliar no diagnóstico de certos quadros clínicos apresentados pelos enfermos. A presença de “taras familiares” observadas em outros membros do grupo familiar do paciente sugeria a existência de um quadro hereditário de transmissão biológica de caracteres físicos associados à loucura, o que possibilitava a produção de um diagnóstico de alienação mental fundamentado em teorias derivadas do campo organicista, fato que poderia determinar de forma mais inexorável o destino social e institucional dos indivíduos portadores destes caracteres físicos, já que estes diagnósticos, em teoria, estariam mais solidamente assentados em bases científicas.

Mais emblemático ainda, neste sentido, é o caso de seu irmão V. C. F., registrado no prontuário de internação N° 84, e que sofreu um escrutínio ainda mais detalhado por parte do corpo médico-administrativo do Sanatório. Quando um paciente era admitido para internamento na instituição, além da anamnese e do exame do sistema nervoso, também eram realizadas uma série de exames físicos diretos, que tinham como finalidade verificar se o paciente apresentava os caracteres físicos indicativos da presença de uma degeneração orgânica hereditária mais ou menos acentuada. Estes caracteres físicos seriam fortes indicativos da presença de distúrbios mentais e eram compreendidos como os sinais mais

visíveis e facilmente detectáveis da alienação mental. Refletindo esta concepção, encontram-se registrados na ficha do paciente V. C. F., além das informações relativas à sua família composta por indivíduos “mais ou menos tarados”, as anotações referentes à exaustiva seqüência de exames físicos aos quais foi submetido. Peço licença ao leitor pela longa citação a seguir, mas ela é justificada pela sua capacidade de ilustrar o grau de detalhamento e de requinte, típico do período, a que chegava o olhar médico-psiquiátrico em sua procura por identificar caracteres físicos que possibilitariam estabelecer uma relação direta e causal entre os estigmas físicos indicativos da degeneração orgânica e a loucura:

Faces: Apresentando todos os graus de degenerescência física e mental. Rosto encarquilhado como se fosse de um velho (...). Estado Psíquico: Olhar vago, indiferente ao meio que o cerca. Não diz coisa alguma, não prestando atenção às reiteradas perguntas. Um indiferente – mais do que isso, um idiota. Constituição: Constituição mais ou menos forte, estatura baixa, com atrofia ou parada do desenvolvimento (...). Pele: Seca, grossa, cheia de rugas, mormente na face, escamando-se com facilidade (...). Gânglios Linfáticos: Hipertrofiados, bastante palpáveis (...). Nariz: Nariz pequeno, mal conformado (...). Ouvido: Orelhas assimétricas, mal implantadas e mal constituídas. Não demonstra audição boa. Garganta: Boca entreaberta, deixando a mostra os dentes mal conformados e mal implantados. Hipertrofia das amídalas (...). Tórax: Tipo hipostênico – curto, largo (...). Aparelho Gênito Urinário: Membro viril com ligeira atrofia. Testículos bastante atrofiados, moles. Hérnia inguinal direita, bastante desenvolvida, redutível. Ponta de hérnia inguinal esquerda (Livro de registro de 1937, prontuário nº 84).

As observações do médico são tão inquiridoras que até mesmo exames e observações que não estavam previstos originalmente na estrutura do prontuário foram realizados e registrados na ficha do paciente, transcritos a seguir:

Mãos: Mãos curtas, atrofiadas, mostrando a pele bastante rugosa e o pouco desenvolvimento dos ossos. Unhas curtas, escamosas.
Parada característica do desenvolvimento do organismo, sobretudo no domínio do sistema nervoso central e periférico.
Somaticamente se revelam pelos vícios de conformação de toda ordem, desproporções, deformidades, pequenez da cabeça, talhe, membros, anomalias dos dentes, olhos, órgãos genitais. Além das alterações elementares das funções psíquicas, várias desordens patológicas se enxertam, como a surdo-mudez, vícios de locução (...). Desproporção dos membros, pernas e coxas, braços e mãos, desvio da coluna vertebral (...). Defeitos mais ou menos inerentes aos idiotas (Livro de registro de 1937, prontuário nº 84).

Com tantos estigmas físicos sendo detectados nos exames somáticos realizados no paciente, não chega a causar surpresa o resultado apresentado em seu diagnóstico, além de

ser possível perceber claramente qual o destino social irremediável que lhe estava reservado através do registro, aparentemente científico e imparcial, de seu prognóstico clínico: “*Diagnóstico: Idiótica congênita – forma completa. Prognóstico: Lesões orgânicas irremediáveis*” (Livro de registro de 1937, prontuário nº 84).

Mais uma vez, este tipo de procedimento estava de completo acordo com as metodologias de diagnósticos clínicos validadas pela psiquiatria organicista e acadêmica do período. Em seu livro “*Modernas Noções sobre Doenças Mentais*”, o médico psiquiatra Henrique Roxo, um dos opositores do espiritismo nas primeiras décadas do século XX, afirmava a importância para o diagnóstico do paciente de que fosse realizado um exame minucioso de todas as partes do seu corpo, com ênfase especial dada aos exames do crânio, da face, das orelhas, do nariz, dos olhos e da cavidade bucal. Também buscava enfatizar a importância de se realizar um exame detalhado do tórax, dos órgãos genitais, dos membros, do estômago e do intestino, além de exames de urina e de percussão do crânio (Roxo, 1905, in. Engel, 2001, p. 145).

Já o Dr. Franco da Rocha apontava em seu livro “*Esboço de Psiquiatria Forense*”, que a classificação de um indivíduo como degenerado só poderia ser realizada se fosse levado em consideração o conjunto de estigmas físicos e psíquicos da degeneração diagnosticados num paciente através da realização de exames minuciosos. Segundo ele, os traços mais comuns de estigmas físicos que deveriam ser observados pelos médicos seriam as deformidades cranianas, o estrabismo, orelhas e dentes defeituosos, deformações ósseas, feminismo, membro viril excessivamente grande ou pequeno, cegueira, gaguez, surdo-mudez e até mesmo a fealdade (Rocha, 1904, *apud* Engel, 2001, p. 163). Como se pode observar, os aspectos mais relevantes dos exames físicos que deveriam ser realizados em pacientes psiquiátricos, segundo os dois autores acima citados, eram quase inteiramente cumpridos nos sistemas de exames realizados nos pacientes internados no Sanatório Espírita de Uberaba.

Para a teoria da degeneração de Morel, além dos casos em que a degeneração mental poderia ser mais facilmente detectável através da associação entre debilidade mental e a identificação dos traços mais “visíveis” das malformações físicas do paciente, também existiriam casos em que, dada a ausência aparente de estigmas físicos, um quadro degenerativo poderia ser detectado pelos comportamentos “anti-sociais” do paciente, sendo

que estes comportamentos também tinham a potencialidade de acentuar e acelerar o processo de degeneração mental. Dentre estes comportamentos anti-sociais, um destaque especial era dado ao alcoolismo, que segundo os médicos psiquiatras brasileiros seria responsável, juntamente com a sífilis, pela maioria dos casos de internamento em hospitais psiquiátricos no período (Roxo, 1921).

Casos com estas características também podem ser encontrados nos registros dos prontuários do Sanatório Espírita de Uberaba, em mais uma demonstração de proximidade desta instituição com as concepções e práticas desenvolvidas pela psiquiatria acadêmica. Registro ilustrativo desta característica pode ser encontrado nas anotações referentes à anamnese da paciente M. R., assinalados na ficha de internação N° 168:

Estigmas de degenerescência, avivados e alimentados pelo álcool do qual é consumidora emérita. Bebe muito, quase dia e noite e está sempre provocando distúrbios não só em casa como em toda a vizinhança. Há dois anos atrás, esteve internada em Franca, pois ficou louca, furiosa, chegando a machucar muita gente e dar grandes prejuízos aos vizinhos em cuja casa entrou e reduziu tudo à cacos. Esteve internada durante um ano, apresentando relativa melhora. Voltando para essa cidade, continuou sempre na mesma vida, indiferente ao trabalho. Há 2 meses passados, com nova bebedeira, praticou as mesmas façanhas. Denunciada, foi presa onde permaneceu vários dias em companhia do próprio marido cujo vício também alimenta (Livro de registro de 1938, prontuário n° 168).

Através da análise das anotações referentes aos exames físicos realizados na paciente, pode-se notar ainda como que o consumo do álcool vinha, segundo o registro médico do prontuário, debilitando gradativamente seu estado físico e mental:

Estado Psíquico: Inquieta, agitada, falando muito, sem noção do que a rodeia (...).
Constituição: Constituição regular, com forte desnutrição do organismo (...). Abdômen: Paredes côncavas, com forte desnutrição do conteúdo. Fígado palpável e doloroso. Região ovariana dolorosa (...). Aparelho Gênito Urinário: Inflamação vaginal com forte corrimento, fétido e purulento (Livro de registro de 1938, prontuário n° 168).

Assim, pode-se notar como estava estabelecida no período uma forte correlação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a produção de quadros gradativamente mais acentuados de loucura e degeneração mental. Como resultado, o diagnóstico e, principalmente, o prognóstico da paciente demonstram o ceticismo diante da possibilidade de se conseguir reverter este quadro de degradação física: *“Diagnóstico: Psicose hetero-tóxica alcoólica.*

Prognóstico: Desfavorável. Organismo decadente, incapaz de reação” (Livro de registro de 1938, prontuário nº 168).

Ainda outro aspecto registrado nos prontuários que aproximam as atuações desenvolvidas pelo corpo médico-administrativo do Sanatório Espírita de Uberaba às formulações elaboradas pela psiquiatria organicista e acadêmica brasileira da primeira metade do século XX, pode ser vislumbrado a partir da análise do registro dos diagnósticos dos pacientes, que indicam que o modelo nosográfico adotado pela instituição foi influenciado pela classificação das doenças mentais desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML) em 1910.

Tendo sido fundada em 1907 a SBNPML constituiu no ano seguinte uma comissão, acatando uma proposta formulada pelo Dr. Antônio Austregésilo, que tinha como finalidade apresentar um projeto brasileiro de classificação das doenças mentais, como foi comentado no primeiro capítulo. Formada pelos médicos Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Henrique Roxo, Antônio Austregésilo e Carlos Eiras, a comissão apresentou o resultado de seus trabalhos em 1910, ao propor um modelo de classificação psiquiátrica que a partir de então passaria a servir de base para os registros estatísticos realizados pelos manicômios nacionais (Oliveira, 2003).

Demonstrando ter sido influenciada pela classificação psiquiátrica elaborada por Emil Kraepelin, o modelo classificatório apresentado pela comissão era composto pelo seguinte quadro nosográfico:

- 1) Psicoses Infecciosas.
- 2) Psicoses autotóxicas.
- 3) Psicoses heterotóxicas (alcoolismo, morfinomania, cocaino-mania, etc.).
- 4) Demência Precoce (Esquizofrenia).
- 5) Delírio sistematizado alucinatório crônico. Parafrenias.
- 6) Paranóia.
- 7) Psicose maníaco-depressiva (psicose periódica). Formas maníaca, depressiva predominante, mista.
- 8) Psicose de involução.
- 9) Psicose por lesões cerebrais e demências terminais (arteriosclerose, sífilis etc.).

- 10) Paralisia Geral.
- 11) Psicoses epilépticas.
- 12) Psicoses ditas nevrósicas (histeria, neurastenia, psicastenia, nervosismo e coréia).
- 13) Outras psicopatias constitucionais (estados atípicos de degeneração).
- 14) Imbecilidade e idiotia.

Embora não se encontrem estritamente circunscritos a este quadro nosográfico, a maior parte dos diagnósticos registrados nos prontuários de internamento do Sanatório Espírita de Uberaba enquadra-se em pelo menos uma das categorias presentes neste modelo de classificação psiquiátrico proposto pela SBNPML em 1910.

Apesar das perguntas presentes no prontuário, e sua própria estrutura, estarem baseadas num modelo organicista e psiquiátrico de interpretação da loucura, esta primazia por uma concepção teórica estritamente organicista para a etiologia da loucura é apenas aparente. No espaço entre as perguntas, nas lacunas do questionário que deveriam ser preenchidas pela escrita do médico responsável pela internação do paciente, é possível notar que a psiquiatria era apenas uma das tendências conceituais que informavam os modos de entendimento e tratamento da alienação mental empregadas no Sanatório Espírita de Uberaba.

Se a instituição utilizasse unicamente as noções oriundas do campo da psiquiatria acadêmica, recorrendo a técnicas terapêuticas e teorias derivadas das escolas alienistas ou organicistas, não se diferenciaria de forma significativa do conjunto de instituições psiquiátricas espalhadas pelo Brasil neste mesmo período. Por outro lado, se no Sanatório fossem empregadas como recurso terapêutico somente as técnicas espíritas de cura – como a água fluidificada, os passes mediúnicos e as sessões de desobsessão – os modos de tratamento da loucura empregados neste estabelecimento não se diferenciariam de forma acentuada dos procedimentos terapêuticos desenvolvidos pela FEB no Rio de Janeiro, ou das atividades de cura praticadas por diversos grupos espíritas que atuavam no território brasileiro desde o final do século XIX. No entanto, através da análise das informações preenchidas nos prontuários de internação podemos observar de forma mais minuciosa e objetiva como que conceitos originários de campos de saber muitas vezes considerados

antagônicos – do espiritismo e da psiquiatria – eram utilizados de forma complementar e original no interior desta instituição.

Nesse sentido, embora possam aparecer nos prontuários casos em que os caracteres físicos indicativos dos traços de degeneração eram detectados nos pacientes de forma a sugerir a presença de um substrato orgânico como a causa principal para o seu estado de perturbação mental, nem sempre esta associação era estabelecida de forma automática e imediata, já que outros recursos interpretativos poderiam ser utilizados para se definir e elucidar a natureza do quadro clínico do paciente. Ilustrativo desta situação é o caso do paciente A. C., registrado no prontuário de N° 158. Diagnosticado como sofrendo de uma paralisia geral e tendo sido encaminhado para tratamento no Sanatório pelo delegado de polícia de Sacramento, não foi possível ao médico responsável pela sua internação colher de forma satisfatória as informações necessárias para a realização da sua anamnese. Como resultado, ao preencher o campo destinado a este quesito o médico se pergunta:

A culpa [pela enfermidade do doente] teria sido dos pais que não souberam dar ao seu espírito um organismo são através do qual bem pudesse se exteriorizar, lutando para o cumprimento de sua missão? (Livro de registro de 1938, prontuário n° 158).

Nesta única frase, ao se questionar sobre as possíveis causas do quadro clínico do paciente, o médico responsável pela internação conjuga conceitos provenientes tanto do campo da psiquiatria organicista quanto do espiritismo kardecista. Por um lado, ao identificar os pais do interno como os possíveis responsáveis por seu estado físico e mental, o médico faz uma suposição de que o organismo do paciente, que apresentava estigmas de degeneração, seria um produto de natureza semelhante ao dos seus progenitores, estabelecendo a referência de que os estigmas físicos da degeneração seriam transmitidos hereditariamente e colocando-se em concordância com aspectos fundamentais tanto da teoria da degeneração de Morel quanto da psiquiatria kraepeliniana. Por outro lado, ao apontar para o fato de que o organismo do paciente não estaria oferecendo ao seu espírito a capacidade de se expressar de forma adequada, o médico faz referência à noção espírita de dissociação entre corpo espiritual e corpo material, ou seja, à idéia de que as funções do aparelho psíquico ligadas, por exemplo, ao raciocínio e a afetividade eram atributos exclusivos do espírito do sujeito, sendo o seu corpo material – seu organismo – apenas um instrumento para a manifestação deste corpo espiritual. Desta forma, uma má-formação

orgânica derivada de um estado degenerativo não comprometeria a capacidade de raciocínio do sujeito, comprometeria apenas sua capacidade de manifestar de uma forma inteligível os pensamentos e afetos produzidos por seu corpo espiritual.

Outro caso ilustrativo dessa conjugação entre espiritismo e psiquiatria pode ser observado no prontuário de N° 53, referente ao paciente J. R. C. A anamnese deste paciente traz a informação de que, após ter sido diagnosticado com sífilis, o mesmo passou a se isolar do convívio familiar e dos amigos e a apresentar um quadro de progressiva decadência física, definhando rapidamente como resultado de ter parado de dormir e de se alimentar adequadamente. Além disso, nos quatro dias anteriores ao internamento, o paciente havia passado a fugir de casa, perambulando e correndo pelas ruas da cidade e tornando-se uma fonte constante de preocupação para seus familiares. Como em outros casos aqui relatados, quando de sua internação foram realizados os exames físicos de praxe, onde foi constatada a presença dos traços típicos da degeneração:

Faces: Faces com todos os estigmas de degeneração (...). Ouvido: Orelhas pequenas e mal conformadas e implantação defeituosa (...). Abdômen: Parede côncava, com esvaziamento intestinal. Fígado palpável, doloroso. Várias feridas contusas, pequenas e espalhadas (Livro de registro de 1937, prontuário n° 53).

No entanto, apesar de ser sífilítico e de apresentar sinais visíveis e pronunciados de degeneração física, o paciente acabou por receber um diagnóstico diferenciado, onde foi empregada uma categoria que dificilmente poderia ser enquadrada na nosografia psiquiátrica comumente utilizada no período: “*Diagnóstico: Obsessão*” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 53). Mais interessante ainda é o registro de como este diagnóstico foi realizado. Ao efetuar as anotações sobre o tratamento que estava sendo oferecido para o paciente, o médico responsável por seu caso comentava que:

(...) um bom médium vidente notou ao lado do doente, em seu próprio quarto, o espírito obsessivo que agia com seus fluidos maléficos: - Um indivíduo, melhor, um espírito alto, magro, rosto comprido e coberto de chagas leprosas. De fato, o doente sempre está impressionado de ter o corpo recoberto pela lepra, vivendo com a dor tremenda, dor moral, em se sentir leproso (Livro de registro de 1937, prontuário n° 53).

Primeiramente, pode-se notar no trecho acima citado como ocorria um compartilhamento das funções de tratamento e diagnóstico dos pacientes entre o corpo

médico e o grupo de médiuns que atuava voluntariamente no Sanatório Espírita de Uberaba. Neste sentido, este registro parece confirmar as afirmações levantadas pelos memorialistas do movimento espírita de Uberaba, de que o grupo de médiuns que atuava na instituição tinha a capacidade de influenciar diretamente, através de suas indicações mediúnicas, no processo de diagnóstico dos pacientes, determinando quais eram os casos em que o enfermo se encontrava atingido por uma obsessão espiritual e, conseqüentemente, indicando qual o tipo de tratamento mais indicado para este tipo de interno.

Também é interessante notar como que, para o corpo de funcionários da instituição, o tipo de relação estabelecida entre o espírito obsessor e o paciente poderiam, aparentemente, influir no quadro clínico deste último, já que as “várias feridas contusas” espalhadas pelo corpo do enfermo seriam um reflexo da ação do espírito obsessor e estariam relacionadas ao aspecto com que o espírito se manifestava para os médiuns da instituição, ao aparentar estar “coberto de chagas leprosas”.

Desta forma, podemos observar como que os resultados dos exames físicos realizados nos pacientes, que em determinadas situações poderiam ser um forte indício da presença de estigmas de degeneração orgânica, também poderiam ser interpretados como os sinais físicos de uma obsessão espiritual, dependendo das indicações oferecidas pelo grupo de médiuns do Sanatório. Ainda com relação a este caso específico, depois de realizado o tratamento de desobsessão o paciente foi considerado curado, vindo a receber alta da instituição dois meses após sua internação.

Outro caso registrado nos prontuários de internação que traz informações que nos permitem vislumbrar a importância da atuação dos médiuns junto ao corpo médico-administrativo do Sanatório pode ser encontrado na ficha N° 134, referente ao interno H. C. Em sua anamnese nos é relatado que o pai do paciente era um alcoólatra crônico e que após o seu falecimento, ocorrido 16 anos antes, o paciente também passou a consumir bebidas alcoólicas de forma exagerada, se embebedando com frequência. Ainda na anamnese, o paciente informava ao médico ter consciência dos problemas que o consumo do álcool lhe causava, afirmando se sentir indigno e envergonhado, reconhecendo as dificuldades por que passava em decorrência do seu vício. No entanto, o paciente afirmava sentir que *“uma força mais poderosa que a sua vontade, mais poderosa do que sua razão e seu raciocínio”* o atraía constantemente de volta ao consumo do álcool. Essa perda da vontade própria,

somada a sua incapacidade de agir de forma racional em relação à bebida, fizeram com que fosse levantada a suspeita de que seu caso se tratasse de uma obsessão espiritual. Como resultado, mesmo tendo afirmado no diagnóstico que o paciente sofria de alcoolismo crônico o médico fazia a ressalva que: *“Até hoje, 10/01/38, ainda não foi possível saber se, de fato, trata-se de uma perseguição espiritual ou se é o próprio organismo que intoxicado, requer sempre mais veneno”* (Livro de registro de 1938, prontuário nº 134). Tal indicação parece demonstrar que ele aguardava um posicionamento dos médiuns da instituição em relação ao paciente para poder realizar um diagnóstico definitivo.

Além de auxiliar no diagnóstico dos internos, os médiuns que atuavam no Sanatório também tinham participação ativa no processo terapêutico dos pacientes. Como foi relatado no segundo capítulo, o espiritismo de orientação kardecista afirmava que o universo era preenchido por um fluido universal, de natureza semelhante ao fluido magnético de Mesmer, que envolvia todos os corpos e objetos e sendo passível de ser manipulado tanto por médiuns desenvolvidos quanto por espíritos desencarnados. A manipulação deste fluido universal poderia alterar a relação estabelecida entre o corpo material e o corpo espiritual dos indivíduos, criando um estado de desequilíbrio que poderia levar à loucura ou ao adoecimento. Por outro lado, médiuns bem intencionados poderiam atuar junto ao enfermo aplicando “passes mediúnicos” que teriam a capacidade de restabelecer o estado original de harmonia entre corpo e espírito, contribuindo para a restituição de seu quadro clínico.

Um registro deste tipo de atuação pode ser encontrado no prontuário Nº 109 referente ao caso da paciente C. M. J. Internada gratuitamente no Sanatório a pedido do delegado de polícia de Uberaba, a paciente havia sido recolhida pela polícia após ser encontrada vagando pelas ruas da cidade num estado de completa desorientação e estupor mental. Por ocasião de seu internamento, o médico responsável pela realização dos seus exames registrou que a paciente se encontrava num estado de total esgotamento físico. Além de se mostrar incapaz de falar e de se expressar adequadamente, a paciente não demonstrava ter nenhuma noção de espaço, tempo e lugar, raciocínio nulo e nenhuma memória de sua vida pregressa.

No registro do diagnóstico, o médico afirma que a paciente estava sofrendo de um forte trauma moral, sendo este ainda acentuado pela presença de irradiações espirituais. Como forma de conter estas irradiações, que estariam contribuindo para a debilitação do

seu estado de saúde, os médiuns da instituição foram encarregados de atuar em conjunto com os médicos com o objetivo de auxiliar no tratamento da paciente que, após receber a terapêutica recomendada, foi considerada curada e recebeu alta. O resultado deste trabalho conjunto de médicos e médiuns foi registrado no prontuário da paciente:

Com o conforto que teve, carinho e cuidados médicos, reconstituiu-se aos poucos o seu físico e os passes espirituais, com os seus fluidos potentes e benéficos, conseguiram livrá-la das fortes irradiações maléficas das quais era vítima. Hoje, rediviva, pode-se dizer, relata a sua história (Livro de registro de 1937, prontuário n° 109).

Além de auxiliarem no diagnóstico dos pacientes e na sua recuperação física, através da aplicação de passes espirituais, a principal atividade desenvolvida pelos médiuns que atuavam no Sanatório Espírita de Uberaba era a participação nas sessões de desobsessão. Como vimos, embora admitisse que a loucura pudesse ter um substrato orgânico e ser o resultado de uma má-conformação física, como nos casos de loucura por lesão cerebral, o espiritismo de orientação kardecista defendia a hipótese de que haveria um componente espiritual para a maioria dos casos em que este substrato orgânico não fosse detectado. Estes casos eram denominados como loucura por obsessão espiritual. Normalmente a obsessão poderia ser resultado tanto da atuação de espíritos inconscientes, que desconheciam o seu estado de obsessores, quanto de espíritos perseguidores, que atuavam com o objetivo de obter vingança por algum acontecimento relacionado ao obsidiado que poderia ter ocorrido em alguma encarnação passada ou na sua encarnação atual. Neste sentido, a atuação dos médiuns durante a desobsessão visava doutrinar os espíritos e esclarecer-lhes dos atos que estavam praticando, bem como de dissuadir-lhos de suas atividades obsessoras.

Sem dúvida, esta era a característica mais marcante das atividades terapêuticas desenvolvidas pelo corpo de funcionários e de voluntários espíritas do Sanatório Espírita de Uberaba, além de ser o principal fator de diferenciação desta instituição em relação aos hospitais psiquiátricos destinados ao tratamento de alienados que se encontravam em funcionamento no Brasil durante este período.

Nos prontuários de internação do Sanatório existem inúmeros registros de pacientes que foram diagnosticados como sofrendo de algum tipo de obsessão espiritual, havendo até mesmo alguns poucos casos em foram realizados registros das sessões de desobsessão. Este

é o caso, por exemplo, do prontuário de N° 165, referente ao paciente G. M. M. Internado após se mostrar incapacitado para o trabalho e agressivo em relação a sua família e amigos, uma característica relativamente comum entre os internos da instituição, o paciente se mostrou furioso e incontrolável por vários dias, gritando e falando constantemente frases desconexas, sem demonstrar reconhecimento de familiares e recusando-se a se alimentar. Em consequência disto, foi mantido num estado de confinamento e amarrado por vários dias, tendo que ser alimentado a força pelos funcionários do Sanatório. Além disso, o médico registra no exame de seu sistema nervoso que o paciente por vezes apresentava um quadro de pavor incontrolável por algo que “se apresentava invisível para as demais pessoas”.

Tendo sido diagnosticado como sofrendo de uma obsessão espiritual, a próxima etapa de seu tratamento consistiria na realização das sessões de desobsessão observadas pelo conjunto de médiuns que atuavam no Sanatório, sendo que a primeira dessas sessões foi registrada pelo médico responsável pelo internamento do paciente:

Na sessão de 06/04/38 – conseguimos entabular conversa com um dos seus perseguidores – reconhecia o seu estado e perseguia [o paciente] por ódio e por vingança. Espírito mau, de gênio vingativo, dizendo que prefere andar com o diabo do que com Deus. Há muito que andara a procura do obsidiado e agora que o encontrara só o abandonará após vingar todo o mal que sofreu. Desincorporou, ainda revoltado, dizendo que continuaria com seus propósitos vingativos (Livro de registro de 1938, prontuário n° 165).

O prontuário do paciente não traz maiores informações sobre a ocorrência de subseqüentes sessões de desobsessão, mas nele se encontra registrado que o mesmo recebeu alta da instituição como curado menos de um mês após o início de seu internamento, fato que nos leva a supor que outras sessões foram realizadas e que os médiuns do Sanatório consideraram ter obtido sucesso no processo de desobsessão, avaliando que o espírito obsessivo havia abandonado sua perseguição ao paciente.

Pelo que foi exposto acima podemos vislumbrar como que as atividades terapêuticas e de diagnóstico eram compartilhadas por médicos e médiuns no interior do Sanatório, com cada grupo sendo designado para suas respectivas áreas de responsabilidade. Nesse sentido, enquanto o corpo médico-psiquiátrico da instituição procurava efetuar uma série de exames e inquirições – anamnese, exames físicos e do sistema nervoso – que tinham como objetivo estabelecer as possíveis causas orgânicas do estado de alienação mental do paciente e

realizar um diagnóstico psiquiátrico para que fosse possível prescrever o tratamento adequado, o grupo de médiuns voluntários, por seu lado, procurava detectar a presumível ação persecutória de espíritos desencarnados que, através de irradiações espirituais ou da manipulação do fluido universal, pudessem estar produzindo uma obsessão espiritual no paciente, além de indicar o tratamento espiritual adequado caso a obsessão fosse confirmada. Nesse sentido, a organização interna do Sanatório, como registrada nos prontuários de internação, parece indicar a existência de uma divisão “médico-espiritual” do trabalho, com cada campo de saber sendo utilizado por grupos específicos de funcionários encarregados de aspectos diferenciados da atenção ao paciente.

No entanto, é importante salientar que, mesmo havendo uma partilha de responsabilidades entre médicos e médiuns no exercício das atividades terapêuticas e de diagnóstico no interior da instituição, os papéis exercidos por ambos os grupos não eram mutuamente excludentes já que, por exemplo, os médicos poderiam participar das sessões de desobsessão, como observado no último caso acima relatado. Nesse sentido, também é relevante observar que, da mesma forma que os médiuns, o corpo médico do Sanatório também compartilhava da concepção de que um componente espiritual poderia ser responsável pelos transtornos mentais apresentados por parte dos internos. Esta característica pode ser mais facilmente observada nos prontuários dos pacientes diagnosticados como sendo vítimas de uma obsessão espiritual.

Como forma de ilustrar esse ponto, pode-se recorrer ao prontuário de N° 114, referente ao interno D. N. Nele o médico responsável pela internação nos informa, no espaço destinado a anamnese, que o paciente sempre fora morigerado e afeito ao trabalho na lavoura, nunca tendo apresentado nenhum tipo de vício, como o consumo do álcool ou do tabaco. Casado e pai de um filho, morava nas terras de seu pai, nelas trabalhando para retirar seu sustento, juntamente com seus 12 irmãos. Ainda segundo os registros encontrados neste prontuário, o pai do paciente teria assassinado um de seus empregados durante uma discussão no ano anterior à sua internação e, após ser levado a julgamento, foi absolvido pela justiça. Os sinais de perturbação mental do paciente teriam se iniciado logo após a absolvição de seu pai, com este apresentando dificuldades para dormir, parando de se alimentar, falando demasiadamente e, eventualmente, rasgando suas roupas. Após ter sido submetido a um tratamento médico que não trouxe resultados satisfatórios, seus

familiares decidiram levá-lo a uma sessão espírita, onde um médium teria incorporado o espírito do rapaz assassinado por seu pai, ocasião em que teria sido relatado que este iria perseguir o paciente e seus irmãos como forma de se vingar de seu assassino.

Ao finalizar a anamnese do paciente, o médico responsável por seu internamento registra informações que indicam uma concordância com o diagnóstico realizado pelo médium do centro espírita ao qual o enfermo havia sido levado. Caracterizando seu quadro de perturbação mental como sendo o resultado de uma forte obsessão espiritual, o médico afirmava que: *“O paciente começou sua obsessão, demonstrando muito medo (...). Mudava de voz, ficando, por vezes, confuso e outras ocasiões completamente furioso (...). Tem mais 4 irmãos já com sintomas de obsessão”* (Livro de registro de 1937, prontuário nº 114). Duas semanas após a internação do paciente, ao realizar comentários sobre a evolução de seu quadro clínico, o médico registrava que, apesar de ter ocorrido uma melhora do seu quadro de perturbação mental, o mesmo: *“Ainda tem ligeiras fases de forte obsessão”* (Livro de registro de 1937, prontuário nº 114).

Outro caso demonstrativo dessa aceitação tácita do corpo médico do Sanatório de que um paciente apresentava um quadro de obsessão espiritual mesmo antes que fosse examinado pelo corpo de médiuns da instituição, e dessa forma indicando estar em concordância com as concepções espíritas acerca das causas da loucura, pode ser encontrado no prontuário de internação N° 99, referente à paciente A. M. Membro de uma família numerosa, tendo 11 irmãos vivos, a paciente sempre havia demonstrado ser possuidora de boa saúde, tendo tido apenas algumas moléstias passageiras durante o seu desenvolvimento. No entanto, durante os quinze dias anteriores a sua internação, seus familiares notaram que ela começara a apresentar mudanças em seu comportamento, mostrando-se triste e melancólica sem que soubesse explicar o motivo desta tristeza. De acordo com sua família, algumas noites antes, quando se preparava para dormir, a paciente teria incorporado um espírito que afirmava ser de uma de suas irmãs, relatando que havia falecido naquela mesma noite e que teria se apropriado temporariamente do corpo da irmã apenas com o intuito de advertir os pais sobre o ocorrido, para que estes não fossem pegos de surpresa quando recebessem a notícia. Segundo o médico essa incorporação teria sido encarada com naturalidade pela família, pois:

Como a família possui conhecimento da doutrina [espírita; não se sobressaltou. Foi lida uma página do Evangelho e reconheceram ser uma manifestação de espírito zombeteiro. Logo após a leitura ela [a paciente] dormiu sossegada (Livro de registro de 1937, prontuário n° 99).

Ainda segundo o registro realizado pelo médico durante a anamnese da paciente, várias outras incorporações se seguiram a essa primeira, tendo como característica principal serem sempre manifestações que faziam referência a pessoas já falecidas, o que era entendido como uma indicação de que o estado da paciente poderia ser realmente produto da ação de espíritos desencarnados. Entre estas supostas incorporações, uma em particular havia chamado a atenção da família por se tratar de um espírito que afirmava ser Manoel Rodrigues da Cunha, primo falecido do pai da paciente. No que seria mais uma indicação de que seus sintomas eram o resultado de uma obsessão espiritual, seus familiares afirmavam que durante estas incorporações a paciente recitava inúmeros versos antigos reconhecidos apenas por seu pai. De acordo com o médico, a família havia decidido enviá-la para o Sanatório devido ao fato de que: *“Essas incorporações estavam aumentando demasiado, em prejuízo da menina”* (Livro de registro de 1937, prontuário n° 99).

No entanto, o trecho mais interessante deste prontuário é encontrado no registro do exame do sistema nervoso da paciente, realizado com o objetivo de determinar seu estado psíquico no momento da internação e como forma de auxiliar na posterior elaboração do seu diagnóstico. Neste registro, o médico responsável pela avaliação da paciente afirmava que o quadro mental da mesma se encontrava num:

Estado perfeitamente normal. Memória com todas as minúcias de fatos idos. Raciocínio perfeito, dentro das normas da sua idade e educação (...). Continuam ainda, se bem que muito espaçadas, sintomas de incorporação. Não passam de irradiações sofridas pela paciente, que é médium bastante sensitiva (...). Perfeitamente consciente, sabe tudo o que se passa consigo e com o que a cerca, quando nesse estado (...). Diagnóstico: Irradiações espirituais – Médium sensitiva (Livro de registro de 1937, prontuário n° 99).

Como vimos anteriormente durante a análise dos casos relatados pelo Dr. Inácio Ferreira, embora a obsessão espiritual fosse normalmente considerada pelos espíritas como resultado de uma perseguição sofrida pelo paciente por espíritos vingativos, também existiam casos em que os transtornos apresentados pelos enfermos eram interpretados como um produto da atuação de entidades espirituais que não tinham consciência de suas atividades. Usualmente, quando ocorria essa segunda situação, o paciente passava a ser

considerado como um médium sensitivo que ainda não havia desenvolvido de forma satisfatória suas habilidades mediúnicas.

Ao que tudo indica essa percepção diferenciada das categorias de transtornos espirituais apresentados pelos pacientes tinha como um de seus resultados a estratificação dos mesmos no interior da instituição, com os enfermos sendo incluídos em categorias – obsidiado ou médium sensitivo – que determinavam diretamente o tipo de tratamento ao qual eles seriam submetidos. Desta forma, após ser diagnosticada como uma médium sensitiva, a paciente A. M., ao invés de ser encaminhada às sessões de desobsessão, passou a receber um tratamento distinto do de outros pacientes, chegando mesmo a gozar de uma posição relativamente privilegiada junto ao quadro de funcionários do Sanatório. Assim está registrado no seu prontuário que após a sua internação a paciente passou a ser: “... desenvolvida [mediunicamente] e orientada afim de não continuar sofrendo de constantes irradiações (...). Trabalhadeira, disposta, é uma das dedicadas auxiliares do serviço do Sanatório” (Livro de registro de 1937, prontuário nº 99). Cerca de quatro meses após seu internamento, quando o seu desenvolvimento mediúnico e espiritual foi considerado satisfatório, a paciente recebeu alta do Sanatório.

Diferentemente do que ocorria com as obsessões derivadas de perseguições espirituais, onde na maioria das vezes a loucura era qualificada como uma punição de natureza cármica aplicada ao paciente, além de ser considerada como uma oportunidade para o mesmo expiar falhas e pecados cometidos em sua existência atual ou em encarnações passadas, nos casos em que o enfermo era considerado um médium sensitivo, sua perturbação mental era atribuída meramente a um desenvolvimento incompleto de seu dom mediúnico. Como consequência, o principal tratamento indicado a esse tipo de paciente era a dedicação ao estudo da doutrina kardecista.

Outro caso que exemplifica claramente o ponto acima levantado pode ser encontrado no prontuário de internação N° 29, referente ao paciente J. P. F. Este se caracteriza por ser mais um caso de um indivíduo que levava uma vida regrada, sem consumir bebidas alcoólicas nem afeito a festas, sendo desde pequeno considerado por seus familiares um sujeito calmo e disposto para o trabalho. Segundo seus parentes mais próximos, nos dois anos anteriores à sua internação o paciente havia começado a dar sinais de perturbação mental ao desenvolver um pânico irracional de ladrões e que, aos poucos, foi sendo

substituído por um medo de assombrações. Após uma crise de pavor mais aguda, quando se trancou em casa durante seis dias recusando-se a sair e a se alimentar, passou a demonstrar sinais de fúria e agressividade contra a família, motivo que os levou a interná-lo no Sanatório. Tendo sido classificado como mais um caso de obsessão espiritual, no prontuário deste paciente encontram-se registrados, nos campos destinados ao diagnóstico e ao prognóstico, as causas atribuídas ao seu estado de alteração mental:

Diagnóstico: Obsessão. Mediunidade. Atuando por falta de estudo, compreensão e desenvolvimento. Prognóstico: Bom. Uma vez que siga os preceitos determinados para o estudo e desenvolvimento da sua mediunidade (Livro de registro de 1937, prontuário n° 29).

Nas anotações sobre o tratamento do paciente foi registrado que o mesmo teria sido vítima de irradiações espirituais, produzidas por um espírito desencarnado que agira de forma inconsciente, fato que levou o médico a afirmar que este não poderia ser considerado como um caso típico de obsessão causada por um “espírito inimigo”, e sim que o obsessor havia se aproximado do enfermo por “afinidade de almas” e que, após ter sido alertado sobre seus atos pelos médiuns do estabelecimento, havia se comprometido a afastar-se do enfermo. No entanto, mesmo após ter sido encerrada a obsessão, o médico fez questão de registrar no prontuário do paciente que o fato de estar recebendo alta da instituição não deveria significar o fim do seu processo de desenvolvimento espiritual, entendido como fundamental para que ocorresse o término definitivo e duradouro de suas perturbações:

O paciente está liberto das influências espirituais, nada mais sentindo, pelo que lhe foi dado alta, sendo aconselhado a voltar aos seus afazeres com a condição de estudar a doutrina e procurar desenvolver a sua mediunidade, sem o que estará sujeito a novas outras influências. Se seguir os conselhos que foram dados estará livre. Caso contrário pertencerá aos casos previstos de nova reinternação (Livro de registro de 1937, prontuário n° 29).

Assim, pode-se dizer que para o corpo de funcionários que atuavam no Sanatório Espírita de Uberaba, o recurso mais eficaz que poderia ser utilizado pelos médiuns sensitivos para a prevenção de novos distúrbios mentais, seria a aceitação e a dedicação ao estudo dos princípios constituintes da doutrina de Alan Kardec. A relevância profilática da adesão ao kardecismo era freqüentemente enfatizada pelos profissionais que atuavam na instituição, chegando a ser considerada uma recomendação estritamente médica que deveria ser fielmente seguida pelo paciente para que o tratamento de sua perturbação mental não

fosse interrompido após o término de sua internação. Nesse sentido, quando o paciente I. F., ficha de admissão N° 796, foi readmitido naquele estabelecimento após ter sido anteriormente tratado e curado de seus distúrbios mentais, recebeu a seguinte reprimenda do médico responsável por sua nova internação:

Esteve internado neste Sanatório há 4 anos passados – obtendo alta, curado. Voltou para o seu lar, retornando as suas atividades. Não respeitou as determinações médicas impostas – continuar o tratamento começado e freqüentar trabalhos espíritas bem orientados, pois é médium sensitivo (...). Há 4 dias notaram a mesma anormalidade dos tempos passados (Livro de registro de 1943, prontuário n° 796).

É importante ressaltar que, para o paciente considerado médium sensitivo, se dedicar ao estudo do espiritismo e desenvolver suas capacidades mediúnicas para que pudessem ser utilizadas como um instrumento de defesa contra as influências perniciosas de entidades espirituais, não se resumiria simplesmente à aceitação da existência de um mundo espiritual e da capacidade que certas pessoas teriam de estabelecer vias de comunicação com o mesmo. Significava também, e principalmente, aderir a uma estrita observância dos princípios morais espíritas que deveriam reger a conduta pessoal dos indivíduos, onde a busca pela evolução espiritual que deveria ser perseguida por cada praticante da doutrina kardecista tem no ideal cristão de moralidade seu modelo primordial. Dessa forma, além de estudar a doutrina o paciente deveria praticar o exercício cristão da caridade e do amor ao próximo, passar a levar uma existência austera e morigerada, abandonar todo tipo de vício físico ou moral e estabelecer um controle disciplinado de seus afetos e paixões.

No entanto, segundo o que pode ser levantado através da análise dos prontuários médicos da instituição, um número considerável dos pacientes diagnosticados como médiuns sensitivos não se mostravam dispostos a aceitar de forma passiva as recomendações dos médicos e dos funcionários do Sanatório, já que a maior parte dos pacientes reincidentes da instituição pertencia a esta categoria. Ao serem seguidamente reinternados para tratamento, estes pacientes demonstravam uma recusa tanto a se converter a doutrina espírita quanto a observar de uma forma estrita os padrões de conduta esperados de um praticante do kardecismo.

Esta resistência dos pacientes pode ser observada em seus prontuários de internação, onde os médicos da instituição procuravam apresentar suas justificativas para o

reaparecimento dos sintomas de distúrbios mentais em enfermos anteriormente tratados com procedimentos derivados da doutrina espírita e que haviam sido considerados curados de suas perturbações pelo corpo de funcionários do Sanatório. Assim, ficamos sabendo que o paciente F. C. F., ficha de internação N° 246, já havia sido tratado e curado de uma obsessão espiritual anos antes da ocorrência deste segundo internamento, tendo recebido, à época de sua alta da instituição, o aconselhamento dos profissionais do Sanatório para que passasse a estudar a doutrina espírita com o objetivo de se defender contra possíveis obsessões futuras, conselho que, segundo o registro de seu prontuário, não foi seguido pelo paciente por motivos religiosos: *“Aconselhado a desenvolver sua mediunidade pouco se importou, mesmo porque a família é toda católica e inimiga da doutrina espírita”* (Livro de registro de 1938, prontuário n° 246).

Também é possível encontrar casos em que a justificativa para a nova internação do paciente encontrava-se baseada na recusa deste em se submeter aos modelos de conduta entendidos como profiláticos para os casos de obsessão espiritual. Um exemplo desta situação pode ser observado nos registros do prontuário de N° 790, referente ao paciente A. C., onde seu médico afirmava que o mesmo já havia sido internado no Sanatório em quatro ocasiões anteriores. Tendo sido diagnosticado como médium sensitivo, da mesma forma que nos outros casos de pacientes classificados nesta categoria pelos médiuns da instituição, foi-lhe recomendado que procurasse desenvolver sua mediunidade através da dedicação à doutrina de Alan Kardec, conselho que, de acordo com o registro de sua anamnese, fora ignorado pelo paciente:

É a 5ª vez que sofre de perturbação mental. Médium sensitivo, indiferente ao desenvolvimento e ao trabalho pela doutrina – ao contrário, ainda, é amante do álcool, vício que facilita a aproximação dos (espíritos) inimigos e sofredores (Livro de registro de 1943, prontuário n° 790).

Como vimos anteriormente, para o corpo médico do Sanatório Espírita de Uberaba o consumo excessivo de bebidas alcoólicas poderia ser interpretado como um comportamento anti-social, indicativo da presença dos estigmas relacionados aos processos de degeneração física e mental do paciente, demonstrando uma conformidade com os postulados da psiquiatria organicista da época. No entanto, é importante ressaltar que, para a doutrina espírita, os comportamentos anti-sociais eram entendidos como atitudes características de

indivíduos que apresentavam um baixo desenvolvimento espiritual. Além disso, numa derivação das leis kármicas da atração dos semelhantes, presentes nas teorias espíritas de orientação kardecista, por serem considerados espiritualmente atrasados estes indivíduos eram percebidos como mais suscetíveis à atração de espíritos vingativos e perseguidores e, conseqüentemente, se encontrariam mais vulneráveis a episódios de obsessão espiritual.

Embora também tenha sido possível detectar a presença de alcoólatras e opiomaníacos entre o quadro de pacientes reincidentes, estes não são encontrados em número tão freqüente quanto o dos pacientes que haviam sido anteriormente considerados médiuns sensitivos e que não teriam se dedicado ao estudo do espiritismo. Este fato é até mesmo registrado pelos médicos da instituição nos prontuários de pacientes readmitidos para tratamento, como pode ser observado no seguinte trecho extraído da ficha de internação N° 868, referente ao paciente A. M. L., também ele diagnosticado como médium sensitivo e reincidente:

A maior parte dos enfermos reinternados é justamente devido a mediunidade sensitiva de que são portadores. Como católicos que são, na sua maioria, pouco se importam com as recomendações para, no estudo da doutrina, saberem se orientar e defender. Resultado – são eternos hóspedes dos hospícios porque desejam – tem a mão os recursos necessários e à eles são indiferentes (Livro de registro de 1944, prontuário n° 868).

No entanto, também devemos ressaltar que, embora fossem freqüentes os casos de pacientes classificados como médiuns sensitivos ou diagnosticados como vítimas de uma obsessão espiritual no Sanatório, o fato de um paciente apresentar, em sua anamnese, um quadro de sintomas relacionados a uma aparente capacidade de percepção e comunicação com entidades invisíveis e imateriais, não levava necessariamente a sua categorização como obsidiado ou médium sensitivo. Freqüentemente os pacientes que apresentavam este tipo de sintomatologia eram classificados de acordo com um quadro nosográfico comum à psiquiatria brasileira do período.

Nesse sentido, podemos tomar como exemplo o caso da paciente M. B., ficha de internação N° 91. Segundo os dados de seu prontuário a paciente, lavradora e dona de casa, foi internada no Sanatório aos 58 anos de idade após levar uma vida repleta de pobreza e sacrifícios. Nos anos anteriores a sua internação, sua família teria começado a notar mudanças em seu comportamento, afirmando que a enferma começara a se mostrar sempre

taciturna e desconfiada, constantemente dando a impressão de estar conversando com pessoas invisíveis. Quando era questionada sobre com quem mantinha estas conversas, a paciente afirmava que: “... *era com um irmão já falecido e que não a deixava [em paz] um instante*” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 91). A princípio, seus familiares não teriam dado muita importância ao fato imaginando que esta seria uma situação passageira. No entanto, como a paciente se mostrasse cada vez mais agitada e inquieta, passando a se alimentar pouco e a apresentar dificuldades para dormir, decidiram levá-la a um centro espírita onde, após participar de uma sessão onde teria recebido passes espirituais, teria sido curada de todas as suas perturbações, retornando ao seu comportamento normal. No entanto, este quadro de normalidade não teria durado muito tempo. De acordo com a anamnese:

Poucos meses se passaram quando começou com os mesmos sintomas, sempre dizendo que era seu irmão, o qual a acompanhava por todos os lados (...). Até hoje se repetiram esses fatos já por 4 meses, motivo pelo qual resolveram interná-la afim de que se veja livre disso por uma vez (Livro de registro de 1937, prontuário n° 91).

Apesar de a paciente apresentar um quadro sintomático que poderia ser considerado típico de um caso de obsessão espiritual, já tendo inclusive sido tratada com bons resultados em um centro espírita, após a realização dos exames de praxe o corpo médico da instituição chegou à conclusão de que, na verdade, sua perturbação mental era decorrente de uma esclerose cerebral, afirmando ainda que, devido ao seu quadro clínico, o prognóstico era pouco favorável para uma recuperação.

Outro exemplo desta mesma situação pode ser identificado em relação ao caso do paciente O. C. S., prontuário de internação N° 128. O paciente, estudante de 22 anos de idade e que, à época de sua internação, se encontrava cursando o terceiro ano da faculdade de direito em Belo Horizonte, teria começado a manifestar sintomas de alienação mental ao iniciar seu processo de preparação para um concurso público. Além de começar a se expressar de forma incongruente e a falar em demasia, o paciente teria começado a se alimentar de forma irregular e a apresentar dificuldades para dormir, fatos que estariam produzindo uma acentuada debilitação física do mesmo. Também teria começado a demonstrar uma preocupação exacerbada com assuntos de natureza sexual, tendo: “... *dito e feito coisas incompatíveis com o atual pensamento moral da Humanidade*” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 128). O paciente também teria desenvolvido outros

sintomas que poderiam ser percebidos como uma indicação da atuação de entidades espirituais, já que ele: *“Às vezes dizia estar se sentindo outra pessoa e que isso era obra malfazeja das pessoas do esoterismo (...). Outras vezes ainda, diz ouvir vozes e sentir espíritos lhe passando pelo corpo”* (Livro de registro de 1937, prontuário nº 128).

Como no caso anterior, mesmo com o paciente apresentando sintomas que poderiam ser considerados indicativos de uma obsessão espiritual, o corpo médico da instituição recorreu a uma categoria comum à nosografia psiquiátrica na elaboração do diagnóstico, classificando a perturbação mental do paciente como resultante de um quadro de esquizofrenia. Neste caso em particular, a análise dos exames do sistema nervoso do paciente, registrados em seu prontuário, pode nos fornecer uma indicação dos motivos que levaram o corpo médico do Sanatório a recorrer a um paradigma médico-psiquiátrico para a elaboração deste diagnóstico. Neste exame, o médico encarregado do seu internamento nos oferece uma série de informações sobre o estado psíquico do paciente, como observado nos primeiros dias após a sua internação:

Perda da afetividade, não gostando que se lhe fale dos progenitores e demonstrando contrariedade com a presença dos irmãos (...). Associação extravagante de idéias e conceitos absurdos que admite sem maior análise. Personalidade modificada, pensamento autista, concentrado, evitando aproximação com os companheiros. Predicados exóticos e fixação de pensamento em questões sexuais, com idéias absurdas sobre o assunto. Instabilidade constante. Consciência mais ou menos conservada. Memória sem alteração sensível (...). Distúrbios de consciência com alucinações auditivas. Faculdade intelectual deprimida (Livro de registro de 1937, prontuário nº 128).

Como pode ser visto, ao contrário de outros casos aqui relatados, durante os exames deste paciente não ocorre nenhuma alusão a termos ou categorias provenientes da teoria espírita, como incorporações ou irradiações espirituais, nem ocorrem insinuações a respeito da atuação de entidades espirituais ou de capacidades mediúnicas latentes. Desta forma, ao procurar identificar possíveis alterações das funções afetivas, perversões dos instintos sexuais, comprometimento das funções sensoriais, perturbações da consciência e das funções intelectuais, podemos notar que todo o exame do sistema nervoso de paciente realizado pelo médico do Sanatório é caracterizado pela utilização exclusiva de conceitos e denominações comuns ao campo da psiquiatria.

Ambos os casos acima descritos parecem, a princípio, indicar a existência de áreas de negociação entre os agentes médicos e espíritas que atuavam no Sanatório Espírita de

Uberaba no estabelecimento da natureza dos transtornos mentais apresentados pelos pacientes encaminhados para internamento. Conforme o caso acima parece sugerir, o resultado dos exames realizados pelos médicos poderia, em algumas situações, descartar de antemão a existência de uma possível influência espiritual que estivesse interferindo no estado mental do enfermo. Por outro lado, como vimos anteriormente, mesmo em casos em que o paciente era classificado como sífilítico e apresentava traços visíveis de estigmas degenerativos, ainda assim poderia vir a ser diagnosticado como obsidiado, dependendo das indicações fornecidas pelos médiuns da instituição.

Em um exemplo adicional do que foi acima levantado, podemos verificar que nem mesmo o fato de um paciente ter sido identificado como obsidiado por membros de um centro espírita da cidade de Uberaba, e por eles encaminhado para tratamento no Sanatório, significava que esta avaliação inicial seria mantida pelos profissionais da instituição. Este foi o caso, por exemplo, do paciente V. F., prontuário de internação N° 69. Por indicação de sua família, que teria notado que o paciente havia começado a demonstrar uma série de atitudes estranhas e hostis, este fora levado para uma consulta num centro espírita para que se pudesse determinar se seus transtornos comportamentais eram decorrentes de uma influência espiritual. Segundo os registros da anamnese do paciente, o médium que o atendeu teria afirmado que: “... o doente era atuado por más entidades [espirituais] e necessitava de internamento por 30 dias” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 69). No entanto, após o paciente ter sido submetido aos exames de admissão pelo corpo médico da instituição nada teria sido constatado de anormal em seu quadro clínico, sendo registrado na área de seu prontuário reservada para o diagnóstico que: “Nada consta para um diagnóstico positivo. Não teve e não demonstrou coisa alguma para qualificá-lo como um desequilibrado mental ou espiritual” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 69). Em consequência do fato de essa avaliação médico-espiritual realizada no Sanatório chegar a conclusões discordantes das que foram apresentadas pelo médium do centro espírita, o médico que atendeu o paciente chegou à conclusão de que a orientação espiritual recebida pela família do paciente teria sido proveniente de:

(...) médiuns dominados por animismo e que não se procuram corrigir. Daí esses casos que se tornam comuns de doentes que recebem receitas e conselhos dos quais não tem a mínima necessidade. Triste o crente em seguir essas orientações anímicas até ao desespero (...) o seu

dogmatismo inibe-o de analisar os fatos para depois se orientarem pela razão (Livro de registro de 1937, prontuário nº 69).

O que é interessante notar no trecho acima citado é que o médico somente criticava a imprudência da família do paciente por ter procurado auxílio num médium considerado incompetente pelos funcionários do Sanatório. Em nenhum momento, no entanto, é questionada a capacidade que certos indivíduos possuiriam de estabelecer uma via de comunicação com entidades espirituais ou de perceber a possível influência destas entidades sobre o estado de saúde de um indivíduo.

A análise desses diferentes casos parece apontar mais uma vez para a existência de uma complexa e criativa relação constituída entre diferentes campos de saber – medicina e espiritismo – no interior do Sanatório Espírita de Uberaba, onde ambos pleiteavam de forma negociada a primazia pela determinação do quadro clínico, do diagnóstico e do tratamento a ser oferecido aos pacientes ali internados, relação esta composta por nuances e sutilezas difíceis de serem plenamente apreendidas, mesmo através da análise dos prontuários da instituição. O que se pode dizer é que esta disputa negociada ocorria entre agentes considerados especialistas em suas respectivas áreas de atuação e conhecimento, detentores de métodos próprios de verificação da verdade sobre a natureza da alienação mental, e onde os relatos e avaliações progressas dos familiares, do próprio paciente ou mesmo de outros médiuns que atuavam na região, embora pudessem ser considerados relevantes não chegavam a ser determinantes para a definição do quadro clínico e mental do paciente.

Mesmo não sendo freqüentemente levadas em consideração pelo corpo de funcionários do sanatório, a análise dessas avaliações e percepções sobre o fenômeno da loucura, produzidas tanto pelo paciente quanto por seu grupo familiar, nos permite identificar como estes grupos, e a sociedade em geral, compreendiam a loucura. Desta forma, podemos observar de um modo mais claro como este acontecimento era socialmente interpretado, quais fatores eram considerados como seus produtores e quais procedimentos deveriam ser adotados quando de sua manifestação. Além disso, esta análise nos permite determinar de forma mais precisa quais eram as principais funções sociais desempenhadas pelo Sanatório junto à população do município de Uberaba e suas cercanias. É sobre esses temas que passaremos a tratar a seguir.

6.3 Regular a família, higienizar o meio urbano e administrar a loucura: as funções sociais do Sanatório Espírita de Uberaba.

Uma questão interessante presente no último caso acima relatado, e que também ocorre em outros vistos anteriormente, é o fato de a família do paciente, ao notar a ocorrência de mudanças em seu comportamento, optar por levá-lo a um centro espírita numa primeira tentativa de determinar os motivos que estariam produzindo estas perturbações.

Estando Uberaba situada numa região onde a base da economia no período estava centrada na produção agrícola familiar, normalmente era a família o grupo social que se encontrava mais imediatamente próximo aos indivíduos que apresentavam desvios de comportamento considerados constrangedores e socialmente reprováveis. Conseqüentemente, com freqüência cabia a ela a responsabilidade por tomar as primeiras providências no sentido de regularizar a conduta do sujeito de modo a reconduzi-lo a um convívio social normalizado. Os indícios encontrados nos prontuários do Sanatório Espírita de Uberaba sugerem que, para tentarem entender e corrigir o comportamento errático e desviante apresentado por um de seus membros, um dos principais recursos utilizados pelos grupos familiares da região consistia em buscar auxílio, orientação e tratamento junto aos médiuns que atuavam nos centros espíritas espalhados pela região. São freqüentes os relatos de casos com essas características encontrados nos arquivos do Sanatório.

Assim, no dia 13 de setembro de 1940, deu entrada na instituição o paciente O. A. R., brasileiro, negro, solteiro, com 17 anos de idade e procedente da cidade mineira de Prata. Segundo os dados recolhidos em sua anamnese fazia um ano que:

(...) esteve perturbado, ficou doente durante 6 meses e foi curado com o tratamento espírita, só tomava os passes e a água fluidificada, ficou verdadeiramente são, agora faz 12 dias que tornou a manifestar a perturbação (Livro de registro de 1940, prontuário n° 469).

Apenas para ficarmos ainda no mesmo mês de setembro de 1940, no dia 22 também foi admitido o paciente J. S. B., brasileiro, branco, solteiro, com 66 anos de idade e procedente da cidade mineira de Araxá. Segundo os dados oferecidos pela família do paciente, havia já:

(...) cinco anos, mais ou menos, que vem sofrendo de crises de alienação mental, sendo esta a terceira. As duas primeiras foram de curta duração, vindo repentinamente e todas elas tratadas em centros espíritas. Esta última mais demorada, fazendo já 2 meses que seu estado está estacionário (...). Vários casos de perturbação na família, mas todos curados pelos recursos espíritas (Livro de registro de 1940, prontuário nº 470).

Embora o número de cartas de pacientes ou de seus familiares encontradas nos arquivos do Sanatório seja bastante reduzido, possivelmente devido ao fato de a maioria dos internos ser composta por lavradores rurais, que dificilmente poderiam ter tido acesso a qualquer tipo de educação fundamental, ainda assim foi possível encontrar algumas cartas que trazem registros adicionais de como era disseminada entre a população do período a concepção da existência de um substrato espiritual que seria responsável pela produção da loucura. Numa carta enviada ao Sanatório pelo comerciante J. P., em agradecimento pelo fato desta instituição ter recebido para atendimento uma de suas irmãs, a paciente D. D. S., admitida em 11 de setembro de 1943, o irmão da enferma declarava que:

(...) por ocasião da minha estadia nessa cidade, onde fui com o fim de levar nossa irmã D. D. S., enferma que necessita de cuidados e tratamentos Espirituais, e, que, devido a vossa bondade e caridade Cristã, foi com muita boa vontade, aceita nessa grande casa de caridade, idealização do vosso generoso coração (Livro de registro de 1943, prontuário nº 829).

No entanto, é necessário salientar que, apesar de o espiritismo ser considerado como um recurso viável para o tratamento da loucura, ele era apenas uma das diversas práticas de cura utilizadas pela população do período para o tratamento de suas inúmeras moléstias. Quando os prontuários médicos dos pacientes do Sanatório Espírita de Uberaba trazem informações acerca dos recursos terapêuticos utilizados pelo paciente ou sua família antes de sua internação, numa primeira tentativa de tratar dos seus transtornos mentais ou seus problemas de saúde, freqüentemente o recurso ao espiritismo só chegava a ser acionado quando outras práticas já haviam se mostrado ineficazes.

Seguindo uma tradição comum à cultura das classes populares brasileiras, o auxílio terapêutico mais freqüentemente utilizado pelos pacientes antes de virem a ser internados no Sanatório, aparentemente consistia em procurar tratamento junto a curandeiros e raizeiros de todo tipo, numa indicação de que essas práticas eram mais acessíveis a grandes setores da população do que a medicina oficial e mesmo o espiritismo.

Um exemplo desta característica da população brasileira do período pode ser encontrado no caso da paciente L. G. Seus transtornos se iniciaram quando seu pai falecera, dois anos antes de sua internação. A partir de então começou a mostrar-se bastante agressiva para com a família e os filhos, passando a agredi-los e chegando ao ponto em que os mesmos optaram por mantê-la sempre amarrada em casa, passando a enferma a viver neste estado durante vários meses antes que optassem por sua internação. No entanto, segundo seus familiares, mesmo antes desses acontecimentos, a enferma se mostrara constantemente: “... vítima de doenças, em uso constante de medicamentos fornecidos pelos raizeiros que se instalam por todos os lugares” (Livro de registro de 1938, prontuário nº 183).

Um relato ainda mais ilustrativo que o acima pode ser encontrado na anamnese do paciente J. S. C., registrada no prontuário de internação N° 58, onde se pode perceber como a população da região recorria aos curandeiros para o tratamento de diversos tipos de enfermidades. Assim, apesar de seus familiares declararem que este paciente, casado e pai de 6 filhos, sempre tivera boa disposição para o trabalho, nunca tendo apresentando nenhuma moléstia de maior gravidade que o impedisse de prover o sustento de sua família, também se referiam a ocorrência de:

(...) moléstias venéreas as quais o doente tratava com curandeiros (...). Pouco mais de um mês [antes de seu internamento], na sua lide diária na fazenda tomou um coice de um cavalo. Pegou no ventre e derrubou-o, ficando alguns minutos desacordado. Deram-lhe remédios caseiros (...). Aconselhado a procurar um médico aceitou os conselhos de amigos e foi a um raizeiro que lhe deu uma garrafada (Livro de registro de 1937, prontuário nº 58).

Ainda outro relato que demonstra como o recurso a curandeiros e raizeiros fazia parte da realidade cotidiana da população brasileira, apontando quais os métodos terapêuticos mais comumente utilizados, além de evidenciar o papel preponderante desempenhado por estes personagens perante as concepções de saúde e doença produzidas pela cultura popular do período, pode ser encontrado no prontuário de internação N° 129, referente à paciente M. A. S. Esta paciente, casada, residente na cidade de Uberaba e que contava com 35 anos de idade à época de sua internação, havia contraído matrimônio com a idade de 16 anos sem, no entanto, possuir nenhum filho vivo, sendo que isso ocorria por que a mesma tivera: “... 4 abortos provocados, para isso tomando tudo quanto [os raizeiros] lhe ensinavam”

(Livro de registro de 1937, prontuário n° 129). Os problemas da paciente teriam começado após seu marido contrair varicela e passar vários dias acamado, o que a teria sobrecarregado de trabalho, pois tivera que conciliar suas atividades diárias com os cuidados dispensados ao seu esposo adoecido. Após a melhora de seu marido a paciente adoeceu, apresentando um quadro de febre e cólicas do fígado e dos rins que terminaram por também deixá-la acamada. No entanto, o aspecto mais interessante deste caso foi a interpretação produzida pela paciente sobre sua própria doença e o tratamento procurado por ela e sua família. Segundo sua anamnese a paciente:

Após vários dias [doente], levantou-se e, muito enfraquecida, começou a manifestar sintomas de alienação mental. Ora chorando, ora quieta, distraída. Perguntando-se-lhe qual o motivo desse pranto, disse que estava sendo vítima de feitiços que lhe fizeram com seus próprios cabelos. Procuraram consultar um macumbeiro e esse confirmou dizendo que haviam-na enfeitado e deu-lhe uma garrafada onde o aguardente entrava (...). Ela mostrava inclinação por bebidas e achando esse remédio muito bom, começou a tomá-lo com mais regularidade do que o aconselhado e em maior dose (Livro de registro de 1937, prontuário n° 129).

Além de apresentar um exemplo adicional de que, quando atingida por algum tipo de enfermidade, a população procurava frequentemente recorrer aos serviços de curandeiros que pudessem oferecer um tratamento para suas moléstias, este caso ainda nos permite observar outro traço característico das concepções sobre saúde e doença produzidas pela população brasileira do período que procuravam dar sentido e explicar o fenômeno do adoecimento, neste caso caracterizada pela crença de que determinados rituais de feitiçaria poderiam influenciar no estado de saúde dos sujeitos.²⁴

Também acreditava estar sendo vítima de feitiçaria a paciente M. G. J., prontuário de internação N° 65. Esta paciente, casada, branca e com 45 anos de idade à época de seu internamento, durante toda sua vida sempre apresentara um quadro de saúde perfeito, sendo acometida apenas por doenças corriqueiras. Tendo se casado aos 20 anos de idade, após 25 anos de casada possuía três filhos vivos e seis falecidos. Segundo seus familiares,

²⁴ Para uma análise mais elaborada sobre o tema da crença na capacidade dos feitiços influenciarem os estados de saúde e adoecimento dos indivíduos, além de demonstrar como esta crença era compartilhada tanto pelas camadas populares como pela elite brasileira ver: Maggie, Y. *Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992. Ver também o excelente trabalho de doutorado de Gabriela Sampaio: Sampaio, G. R. *A história do feitiçeiro Juca Rosa: cultura e relações sociais no Rio de Janeiro imperial*. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP. Campinas, 2000.

nos 10 meses anteriores a sua internação a paciente começara a apresentar um quadro de irritação constante, queixando-se de fortes dores de ouvido, chorando continuamente e afirmando que se sentia como se estivessem lhe enfiando agulhas por todo o corpo. Segundo os dados de seu prontuário, nestas ocasiões a paciente:

(...) ficava muito nervosa, chorando e clamando em altos brados (...). Alguns dias após [o começo de seus sintomas] dizia estar enfeitiçada e com uma idéia fixa – vivia procurando o lugar onde julgava estar escondido o feitiço que lhe haviam feito. Começou então a rasgar os colchões, quebrar objetos, escavar o chão procurando com afã uma determinada coisa que lhe corroia a imaginação (Livro de registro de 1937, prontuário nº 65).

Desta forma, pode-se perceber como que os pacientes internados no Sanatório frequentemente procuravam explicações e recursos terapêuticos alternativos à medicina oficial em suas tentativas de solucionar e dar sentido aos seus problemas de saúde. Embora apareçam em menor frequência em seus registros, os prontuários do Sanatório também trazem indicações de que, por vezes, os pacientes e seus familiares haviam procurado o auxílio da medicina oficial antes de optarem pela internação naquela instituição. A baixa procura pelos recursos da medicina pode ser em parte atribuída à carência de instituições de saúde que atendessem às populações carentes da região durante este período. Como vimos, à época da inauguração do Sanatório a Santa Casa de Misericórdia de Uberaba se encontrava instalada em um edifício exíguo e precário, sendo que a outra única instituição que atendia gratuitamente a população empobrecida do município era o Posto de Saúde dirigido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, instituições que, segundo os dados do Anuário Demográfico de Minas Gerais, deveriam atender uma população que já contava com mais de 75.000 habitantes no ano de 1929 (Martins, 2003, p. 156).

Os prontuários de internamento do Sanatório trazem o registro da indignação dos médicos da instituição frente ao descaso do poder público para com a saúde da população carente daquela região, além de ilustrar claramente a situação de quase total desamparo a que ela estava submetida. O relato encontrado no prontuário N° 229, referente à interna H. F. A., é exemplar para demonstrar tal situação. Proveniente de uma família humilde, esta paciente, casada, com 28 anos de idade na época de sua internação e residente no município de Uberaba, havia contraído matrimônio aos 15 anos de idade, possuindo um total de três filhos vivos. Normalmente dividia seu tempo entre os afazeres domésticos e o trabalho no

campo, onde auxiliava o marido na lavoura, tendo durante sua existência conjunta sempre se mostrado bem disposta para o trabalho. No entanto, no período anterior ao seu internamento ela teria começado a sentir uma forte indisposição física que passou a afastá-la de suas atividades cotidianas, levando-a a reclamar sempre de fortes dores de cabeça, como se estivesse “constantemente levando ferroadas”. Dizia também sentir o corpo febril, sem conseguir dormir e nem se alimentar, passando a sentir mesmo repugnância pela comida. Após seu estado de enfraquecimento ter chegado ao ponto de quase não poder mais colocar-se de pé, sua família resolveu interná-la no Sanatório. Ao descrever os exames realizados na paciente, o médico nos revela a causa das dores de cabeça e do mal-estar sentido pela paciente:

Essa doente foi internada e, no mesmo instante examinada. O couro cabeludo estava cheio de feridas onde pululavam milhares de larvas de varejeiras. Lêndeas e piolhos fervilhavam. Imediatamente foi feita a higienização precisa e, em poucos dias, ela voltou a ser o que era – disposta e forte em relação ao seu físico e organismo (Livro de registro de 1938, prontuário n° 229).

A indignação do médico em relação ao estado da paciente foi tamanha que por alguns momentos ele passou a usar seu prontuário como um espaço para expressar fortes críticas ao governo central, principalmente com relação a sua ausência em áreas tão fundamentais quanto à saúde básica da população, enquanto sua presença se fazia notar apenas através do fisco. Nesse sentido o caso desta paciente seria um:

Atestado vivo da degenerescência de uma raça desprezada pelos governantes. Postos de profilaxia, postos de higienização, exames pré-nupciais, nada é dado a essa população miserável que vive labutando quase dia e noite, sacrificada pelo fisco que lhe arrebatava a maior parte do seu esforço, sem lhe dar, nem ao menos as condições necessárias de saúde para que o rendimento seja mais produtivo (Livro de registro de 1938, prontuário n° 229).

O caso desta paciente serve para ilustrar as condições de saúde a que estava submetida grande parcela da população brasileira do período, que dificilmente podia contar com o mínimo acesso a serviços de saúde pública, num claro exemplo do vazio institucional deixado pelo Estado brasileiro nas regiões interioranas do país. Assim, mesmo com a ocorrência de intensas reivindicações dos sanitaristas e de parte da intelectualidade brasileira, desde as primeiras décadas do século XX, acerca da necessidade de realização de uma ampla campanha de saneamento rural, com o objetivo de recuperar a saúde da

população interiorana nacional pode-se notar que, até o final da década de 1930, estes serviços ainda eram inacessíveis para uma significativa parcela da população rural (Hochman, 1998).

Este quadro era ainda mais agravado em Uberaba e na região do Triângulo Mineiro devido ao fato, visto anteriormente, de a região possuir uma frágil representação política junto ao governo estadual, o que fazia com que a região triangulina fosse preterida em relação a outras regiões do estado de Minas Gerais no acesso aos recursos destinados a obras de infra-estrutura, de saúde pública e de assistência social.

Este vazio institucional era precariamente preenchido pela elite econômica local, que por iniciativa própria buscava financiar instituições filantrópicas ou de caridade usualmente organizadas por grupos religiosos, como a Santa Casa de Misericórdia e o Sanatório Espírita na cidade de Uberaba, e que, na divulgação e exercício de defesa dos seus preceitos de caridade e amor ao próximo, procuravam ocupar o vazio institucional deixado pelo Estado.

Além da assistência aos setores empobrecidos da sociedade que não chegavam a ser assistidos pelo estado nacional, outra função social desempenhada pelo Sanatório consistia em auxiliar os governos municipais da região na higienização do espaço público urbano, através da sua utilização pelo poder público para a internação de mendigos e indigentes loucos. Embora a grande maioria dos pacientes fosse conduzida para o internamento por uma solicitação de seu grupo familiar, também ocorriam casos em que os pacientes eram encaminhados para a instituição a partir de requerimentos redigidos por prefeitos ou chefes de polícia, tanto de Uberaba quanto de outras cidades da região, que enviavam para a instituição os indivíduos indigentes que vagavam pelas ruas de suas cidades.

Este foi, por exemplo, o caso da paciente C. M. J., internada no Sanatório em 18 de setembro de 1937. Seu caso encontra-se registrado no prontuário de internação N° 109. Segundo o médico que a atendeu, a paciente seria uma figura conhecida da população de Uberaba já que: *“Toda gente a viu percorrer as ruas da cidade, no seu passo incerto, cantando e gritando numa ‘alegria doída’ que fazia chorar aos mais sensíveis”* (Livro de registro de 1937, prontuário n° 109). Além destas informações, o médico pouco mais conseguiu levantar a respeito da história de vida da paciente, apenas registrando o boato, disseminado entre a população local, de que a paciente teria enlouquecido após assistir aos

assassinatos de seu marido e de seu filho. Anexada ao seu prontuário encontra-se a carta do chefe de polícia de Uberaba, em que este solicitava que a paciente fosse internada no Sanatório sob a condição de indigente:

Senhor Diretor. Venho solicitar-vos, em nome do snr. prefeito municipal, o internamento nesse Sanatório, em caráter provisório e com regalias de gratuidade, da enferma indigente C. J., não portadora de moléstia infecto-contagiosa, e acometida de enfermidade mental (Livro de registro de 1937, prontuário n° 109).

Outro exemplo pode ser encontrado no prontuário da paciente O. M. S., internada no Sanatório em 31 de maio de 1939, por uma solicitação do delegado de polícia do município de Araguari, localizado no norte do Triângulo Mineiro. Numa situação semelhante a outros casos de pacientes indigentes enviados por municípios vizinhos para internamento no Sanatório, não foi possível ao médico responsável por seu internamento levantar nenhuma informação que permitisse realizar a anamnese da paciente. As únicas informações presentes em seu prontuário de internação são seu nome, data de internação e a data em que foi transferida para o hospital psiquiátrico de Barbacena. Além dessas informações, também se encontra anexada ao seu prontuário a carta do delegado de polícia de Araguari, onde este atestava a situação de indigente da paciente e solicitava que esta fosse aceita gratuitamente para internação no Sanatório (Livro de registro de 1939, prontuário n° 309).

Desta forma, podemos observar que o Sanatório era regularmente utilizado pelo poder público como um instrumento auxiliar na tarefa de administração e higienização do espaço urbano, permitindo que os indigentes, mendigos, desocupados e vagabundos pudessem ser retirados do convívio social e impedindo-os de circular livremente pelas ruas e vielas da cidade, onde poderiam vir a causar constrangimentos às sensibilidades do restante da população.

Um exemplo da indignação por parte de profissionais do Sanatório ao tratamento normalmente reservado aos membros da sociedade pertencentes a estes estratos sociais pode ser encontrado nos registros do prontuário de internação da paciente M. G. M., ficha de internação N° 1. Encaminhada para a instituição por um requerimento do chefe de polícia de Uberaba, a paciente já havia sido recolhida repetidas vezes à cadeia municipal. Tendo sido diagnosticada como um caso de sífilis cerebral, a mesma encontrava-se, segundo a avaliação feita pelo médico do Sanatório, aproximadamente no seu sexto mês de

gravidez no momento de sua internação. Devido ao fato de se encontrar num estado de fúria constante, agravado pelo estágio já avançado de sua infecção sífilítica no momento de sua internação, mais uma vez não foi possível ao médico realizar uma completa anamnese da paciente. Em seu lugar, ele registrou que a mesma seria:

Uma das muitas infelizes que, perambulando pelas ruas sem destino, são levadas aos cubículos de uma prisão onde carpem as mais negras torturas, as maiores misérias. Vivia pelas ruas, descomposta, gritando e insultando com palavrões proibidos pela moral e por atos e gestos que feriam o pudor hipócrita da hipócrita sociedade (Livro de registro de 1934, prontuário nº 1).

Após dar à luz a uma menina que foi adotada por funcionários do Sanatório, a paciente foi transferida para o hospital de Oliveira, aonde veio a falecer poucos meses depois. Pelo trecho acima citado, podemos observar que a função social excludente da instituição não passava despercebida aos médicos e funcionários do Sanatório, sendo que aparentemente estes nem sempre se mostravam inteiramente satisfeitos com o papel social por eles desempenhado ou com o destino social reservado pelo poder público, e pela sociedade em geral, para os indivíduos insanos considerados perturbadores da ordem pública.

Por outro lado, segundo pode-se inferir a partir da análise dos prontuários, o Sanatório Espírita de Uberaba parece ter sido uma instituição utilizada preferencialmente pelas famílias da região como um instrumento de regulação e controle de seus membros menos disciplinados. Por vezes, mesmo quando um sujeito era encaminhado para internação pela delegacia de polícia de Uberaba, esse fato era resultado de uma solicitação anterior da família do alienado, como ocorreu, por exemplo, com o paciente J. R. Em seu prontuário de internação encontra-se anexada uma carta do delegado de polícia da cidade em que este afirmava que: *“Achando-se recolhidos à cadeia pública local J. R. e A. A. P., à pedido das respectivas famílias por tratar-se de enfermos mentais, vos solicito a internação dos mesmos nesse estabelecimento”* (Livro de registro de 1942, prontuário nº 723).

Outra característica interessante encontrada em alguns prontuários de pacientes do Sanatório pode ser observada nos casos em que, mesmo quando os médicos e funcionários da instituição não chegavam a diagnosticar nenhum traço de alienação mental, os familiares do paciente insistiam que o mesmo fosse internado se o mesmo apresentasse algum tipo de

comportamento que fosse por eles julgado inapropriado ou reprovável, descartando, desta forma, a opinião dos profissionais que atuavam naquele estabelecimento. Estes casos são demonstrativos do modo como a instituição familiar poderia empregar suas prerrogativas sociais para controlar e determinar o destino social de seus membros.

Foi este o caso, por exemplo, do paciente V F., prontuário de internação N° 69. Internado pela segunda vez na instituição em 7 de junho de 1937. Segundo os dados de sua anamnese este paciente: “... no ano de 1936, durante os primeiros meses, estive internado neste Sanatório, sem demonstrar nada que justificasse aquele internamento. Agora acontece o mesmo” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 69). Segundo seus familiares, no entanto, o paciente era descrito como tendo sido sempre muito quieto e calado, evitando o convívio dos membros de sua família, embora, por outro lado, tivesse amigos fora do círculo familiar com os quais passeava e conversava normalmente, aparentando sentir um apreço pela companhia dos amigos que não demonstrava sentir por seus pais ou irmãos. Por considerarem seu comportamento preocupante e anormal, seus familiares resolveram encaminhá-lo novamente para internação. No entanto, segundo o médico que acompanhou o caso do paciente, este possuía:

Perfeita noção de lugar, tempo e espaço, recordando-se de quando aqui estive internado (...). Não está e não se sente doente. Alguma coisa que faz, coisas naturais também, é devido a contrariedade por parte de sua família. Não necessita ser internado. Veio para satisfazer o gosto do pai, que julga necessitar mais do que ele, passar aqui uma temporada (...). Amigo dos companheiros com os quais sempre troca idéias é um bom auxiliar nos serviços do Sanatório (Livro de registro de 1937, prontuário n° 69).

Assim, podemos observar como o Sanatório poderia ser utilizado como um instrumento de mediação na resolução de conflitos familiares, caracterizando-se por ser uma instituição empregada pelas famílias da região na regulação e controle dos indivíduos que apresentassem comportamentos considerados socialmente inapropriados. Mas quais seriam estes comportamentos que, quando exibidos por um determinado indivíduo, tinham como resultado a sua exclusão do convívio social e familiar, levando a sua internação num sanatório de alienados?

No campo reservado para a anamnese dos pacientes normalmente encontram-se registrados os argumentos apresentados pelas famílias para justificar suas requisições de internamento, além da descrição dos distúrbios familiares provocados pelos pacientes. A

análise dessas justificativas, as causas imediatas da internação, nos possibilita observar de forma privilegiada como estavam organizadas as relações sócio-culturais que regulavam, à época, o convívio social entre os indivíduos. Era esta realidade sócio-cultural que determinava para os sujeitos quais projetos, anseios e desejos seriam aceitáveis e legítimos, além de definir que papéis sociais deveriam ser desempenhados pelos indivíduos pertencentes aos diferentes grupos sociais. Finalmente, os prontuários de internação do Sanatório apresentam os exemplos concretos das possíveis conseqüências que estavam reservadas aos sujeitos cujas ações e desejos pudessem ameaçar a integridade da instituição familiar ou que viessem a contestar este modelo sócio-cultural de conduta previamente estabelecido.

Quando observamos o conjunto dos distúrbios apresentados pelos pacientes, na forma como foram relatados por seus familiares no momento da internação, um ponto que chama a atenção é a sua distinção de acordo com o gênero sexual do paciente. No caso dos pacientes adultos do sexo masculino, as manifestações comportamentais indicativas da loucura normalmente aparecem relacionadas à capacidade produtiva e à disposição individual para o trabalho. Por outro lado, embora a disposição para o trabalho também possa aparecer como um fator relevante nos casos das mulheres oriundas de camadas mais empobrecidas da população, os comportamentos relacionados com a alienação das pacientes adultas do sexo feminino normalmente estão associados a distúrbios domésticos. Embora em ambos os casos o internamento tivesse como objetivo preservar a integridade familiar, as variações referentes ao gênero dos pacientes eram circunscritas principalmente a estas duas esferas diferenciadas da vida social.

Normalmente limitados ao papel de provedor do lar e chefe de família, a capacidade para desempenhar de forma satisfatória estas funções, principalmente através do trabalho, estava diretamente relacionada à percepção social de normalidade estabelecida para os indivíduos do sexo masculino. Em conseqüência destas características, um dos dados mais importantes presentes nos prontuários dos homens internados no Sanatório, juntamente com as informações sobre sua carga hereditária familiar e seu estado de saúde, dizia respeito a sua disposição pregressa para o trabalho, sendo esta normalmente a primeira informação a ser registrada na anamnese do paciente. Assim, por exemplo, no início da anamnese do paciente J. A. S., ficha de internação N° 82, o médico responsável por seu internamento fez

questão de registrar que este era: *“Indivíduo pobre, com numerosa família, foi sempre afeito ao labor rude e pesado, pois como bom homem e bom pai de família, sempre foi morigerado nos seus costumes, trabalhando para que nada faltasse aos seus”* (Livro de registro de 1937, prontuário nº 82). Neste caso pode-se claramente notar como a imagem do “bom homem” estava diretamente associada ao “bom pai de família”, sendo que, por seu lado, o bom pai de família era o trabalhador que demonstrava capacidade de sustentar materialmente o seu grupo familiar. Outro ponto interessante com relação a este caso é que, depois de os médiuns do Sanatório terem determinado que o distúrbio mental do paciente seria de natureza espiritual, o mesmo foi diagnosticado como um médium sensitivo, ou seja, a sua perturbação não foi caracterizada como o resultado de uma perseguição vingativa empreendida por alguma entidade espiritual, sendo identificada apenas como uma perturbação resultante de sua escassa orientação espiritual no estudo da doutrina kardecista, como pode ser observado no registro do seu prognóstico: *“Prognóstico: Favorável. Trata-se de mediunidade não desenvolvida. Necessita de orientação e desenvolvimento”* (Livro de registro de 1937, prontuário nº 82).

Por outro lado, o paciente M. A. S., casado, com 36 anos de idade à época de seu internamento, pai de 7 filhos vivos, proveniente da cidade de Jubaí no estado de Minas Gerais e diagnosticado como sofrendo de uma obsessão espiritual, encontrava uma maior dificuldade para se adequar de forma apropriada ao papel de pai de família e provedor do lar. Segundo sua anamnese:

Há 10 anos que vive em alternativas de normalidade e anormalidade do cérebro. Tem ocasiões que briga muito com a mulher, maltratando os filhos, bruto e estúpido para com todo mundo, mormente pessoas de conhecimento e amizade. Expulsa a mulher de casa, entrega os filhos aos vizinhos e fica à toa, sem trabalhar, andando ao léu (...). Passados dias, às vezes meses, vai se acalmando, voltando a ser bom pai e bom esposo. Faz com que a mulher retorne para o lar e recontinua seu trabalho (...). Há 10 dias atrás, voltaram as mesmas manias, expulsando a mulher de casa (...), maltratando os filhos e deixando de trabalhar (Livro de registro de 1937, prontuário nº 82).

Embora não seja possível estabelecer uma relação direta entre o diagnóstico realizado pelos médicos e médiuns do Sanatório e a adequação prévia do paciente a um determinado papel social, não deixa de ser interessante notar que, pelo menos nos casos acima relatados, o paciente que havia apresentado um histórico de “bom pai de família” foi diagnosticado como sendo vítima do que poderia ser caracterizado como o tipo mais “positivo” de

perturbação espiritual, sendo considerado um médium sensitivo e necessitando apenas de uma orientação apropriada dos preceitos da doutrina kardecista para que pudesse aprender a controlar de forma satisfatória o seu dom mediúnico.

A disposição para o trabalho era uma característica tão importante para a avaliação social de um indivíduo que chegava a ser utilizada como um dos principais parâmetros para a definição do seu estado de saúde ou do seu equilíbrio mental. Outro exemplo ilustrativo desta situação pode ser encontrado nas informações registradas na anamnese do paciente D. B. C., onde podemos observar que seus familiares começaram a suspeitar que o mesmo pudesse estar sofrendo das faculdades mentais quando: *“Há 1 mês, notaram que não estava perfeitamente equilibrado, pois deixou de trabalhar e ficou perambulando [pelas ruas]”* (Livro de registro de 1938, prontuário nº 189).

Outro exemplo ilustrativo desse ponto pode ser encontrado no caso, já citado anteriormente, do paciente G. C. F., prontuário de internação Nº 83. Diagnosticado como sofrendo de um caso clássico de idiotia congênita, um aspecto da sua anamnese que chama a atenção do leitor, principalmente devido ao destaque dado a esse ponto pelo médico responsável por sua internação, era a sua incapacidade de contribuir para o sustento material de sua família através do seu trabalho, característica do paciente que parece ter sido de fundamental importância para a elaboração do seu diagnóstico. Desta forma, segundo os registros encontrados no seu prontuário:

Mesmo quando pequeno e rapazote, foi muito preguiçoso, nunca freqüentou a escola mesmo porque não demonstrava aptidão para coisa alguma. Não trabalhava, vivia perambulando e dando cuidados aos seus (...). Nesses últimos anos, com muito esforço e muito sacrifício, trabalhando apenas por momentos, mostrando sempre visível contrariedade. Ultimamente deu na mania de dizer que trabalhava para todo mundo e ninguém lhe pagava (Livro de registro de 1938, prontuário nº 189).

No entanto, para que um sujeito fosse definido como mentalmente equilibrado e garantisse seu estatuto de normalidade perante a sociedade da época não bastava apenas que ele se mostrasse disposto para o trabalho. Era necessário também que ele acatasse as regras de submissão e dominação estabelecidas nas relações de trabalho entre patrão e empregado. É esta a conclusão que podemos chegar ao analisar, por exemplo, o caso do paciente A. V. D., prontuário de internação Nº 101. Apresentando uma característica comum da grande maioria dos internos do sexo masculino do Sanatório, este paciente

também passou a maior parte de sua existência dedicando-se ao trabalho pesado na lavoura, levando: “... *uma vida recatada, sem esses abusos naturais da mocidade que não tem uma noção perfeita das responsabilidades do homem perante si mesmo, perante a sociedade e perante Deus*” (Livro de registro de 1937, prontuário nº 101). No entanto, sua disposição para o trabalho e seus hábitos morigerados não o afastaram do Sanatório quando, após uma vida de dedicação submissa e disciplinada ao trabalho, o paciente revoltou-se contra seu patrão:

Trabalhava em serviços de lavoura e pequenos outros encargos que lhe eram dados pelo seu patrão ou pessoas de sua família, encargos que sempre cumpriu com boa vontade e prontamente (...). Há 15 dias atrás, disposto como sempre, foi chamado pelo patrão que o incumbiu de levar uma mala de roupas, vazia, em um vizinho das suas relações. Pôs a mala nas costas e, no meio do caminho, voltou para dizer ao seu patrão que não era criado de ninguém. Ficaram sobressaltados com tal gesto (Livro de registro de 1937, prontuário nº 101).

Como resultado de suas atitudes para com seu patrão, consideradas incomuns por seus familiares, o paciente acabou por ser encaminhado para internamento no Sanatório. Desta forma, podemos observar como o Sanatório Espírita de Uberaba, além de ser utilizado como um instrumento de mediação para a resolução de conflitos familiares, também poderia ser empregado na regulação de conflitos de trabalho que não chegassem a requerer a intervenção do sistema legal, com o claro objetivo de disciplinar as individualidades que se mostrassem resistentes à lógica das relações de trabalho estabelecidas no período.

Outro aspecto interessante que pode ser observado nos prontuários do Sanatório e reforçador da noção de que, para que um indivíduo adulto do sexo masculino pudesse se adequar aos padrões de normalidade da época era fundamental que tivesse a capacidade de desempenhar de forma satisfatória as funções de chefe do lar, pode ser demonstrado nos casos em que os pacientes eram encaminhados para internação quando suas resoluções ou comportamentos passavam a ameaçar o patrimônio material e a estabilidade financeira da família, comprometendo desta forma o seu papel de provedor do lar. Foram estas as razões apresentadas pelos parentes do paciente E. A. R., com o objetivo de justificar a solicitação para que o mesmo fosse admitido para tratamento no Sanatório. Descrito como um competente homem de negócios, perspicaz e trabalhador, os problemas deste interno teriam começado quando seus familiares notaram que este:

(...) ia aos poucos perdendo a vivacidade e o tino para transações comerciais. Essa desorientação foi aumentando sensivelmente, tanto que pessoas amigas chegaram a aconselhar que a família fizesse com que procurasse descansar um pouco, julgando que fosse trabalho demasiado a enfraquecê-lo. Há 4 meses atrás, essa desorientação chegou ao ponto de fazer negócios absurdos, transações desnecessárias cujos prejuízos eram visíveis mesmo ao alcance de uma inteligência mediana (...). Vivia procurando todos os fazendeiros a fim de lhes propor a compra de suas propriedades (Livro de registro de 1937, prontuário n° 63).

Outro aspecto do seu comportamento que alarmava seus familiares era o desejo demonstrado pelo interno de: “(...) *procurar os chefes políticos e autoridades, pedindo-lhes permissão para mandar, por sua conta, fazer os serviços imprescindíveis a fim de dotar o lugar de água, luz e esgotos*” (Livro de registro de 1937, prontuário n° 63).

Como vimos no capítulo anterior, devido às tênues ligações políticas da região do Triângulo Mineiro com o governo estadual, a cidade de Uberaba apresentava uma forte carência de investimentos em obras de infra-estrutura que possibilitassem o incremento tanto da qualidade de vida da população quanto de sua capacidade produtiva. Como resultado, coube muitas vezes à elite agropecuária e comercial da região a tarefa de, por conta própria, dotar a cidade de algumas melhorias infra-estruturais ou de instituições assistenciais que viessem beneficiar a população uberabense. Ao perceber a situação de abandono da região por parte do poder público e se dispor a dotar a localidade de melhorias, prática relativamente comum entre a elite local, o paciente demonstrava possuir discernimento suficiente para perceber as carências infra-estruturais que prejudicavam o desenvolvimento da região. Ao expressar tamanha clareza e altruísmo, entretanto, seus projetos passaram a serem vistos como uma ameaça ao patrimônio da família, que decidiu que a melhor solução para o caso seria o seu recolhimento a uma instituição de alienados, aonde o paciente viria a falecer ao final de seu primeiro ano de internamento.

Enquanto as regras sócio-culturais que regulavam o comportamento masculino no período determinavam que os homens adultos devessem desempenhar prioritariamente o papel do chefe de família trabalhador, a imagem de mulher ideal estava intimamente associada ao papel da dona de casa e mãe de família. Essa limitação do papel social da mulher ao universo doméstico e familiar pode ser claramente constatada a partir da observação das respostas dadas ao quesito “Profissão” nos prontuários das pacientes do sexo feminino. Com exceção às raríssimas ocorrências de professoras primárias, as

ocupações femininas são quase que invariavelmente descritas sob os termos “doméstica” ou “do lar”, enquanto que no caso dos pacientes masculinos, embora a grande maioria seja descrita como “lavrador”, podemos observar uma variação maior de ocupações profissionais, como telegrafistas, pedreiros, escriturários, barbeiros, alfaiates, comerciantes, industriais e até mesmo médicos que eventualmente eram internados na instituição. Como resultado dessa realidade sócio-cultural, embora nos casos referentes às pacientes do sexo feminino a internação também fosse o resultado de iniciativas que visavam preservar a integridade da instituição familiar, os distúrbios apresentados como justificativa para a internação normalmente estavam mais circunscritos à esfera doméstica e privada.

Uma situação ilustrativa de como era esperado que os papéis sociais de mãe, esposa e dona de casa fossem cumpridos de forma satisfatória pelo sexo feminino, além de demonstrar qual o destino social reservado para as mulheres que não conseguissem se adequar a esta tarefa, pode ser observado no caso da paciente A. F. S., registrado no prontuário de internação N° 90. Segundo os dados passados por sua família a paciente, branca, casada, mãe de cinco filhos e com 48 anos de idade, teria sido sempre: *“Boa esposa, boa mãe, adorando os seus filhinhos, foi sempre de uma dedicação e de um carinho a toda prova”* (Livro de registro de 1937, prontuário n° 90). Este quadro teria permanecido assim até que a paciente passou a mostrar-se:

(...) muito nervosa, contrariando-se por senões e mesmo chegando à irritação não provocada. Tomou raiva do marido, contrariando-o em tudo e, apesar da paciência e carinho de que era rodeada, caía em verdadeiro pranto e lamentações (...). Do marido, passou aos filhos, implicando com todos eles e proporcionando mesmo castigos severos, contrastando com o que sempre fora para eles, boa e carinhosa (Livro de registro de 1937, prontuário n° 90).

No entanto, não eram apenas os conflitos domésticos decorrentes de excesso de irritabilidade em relação ao marido ou aos filhos que poderiam resultar no encaminhamento das mulheres para tratamento no Sanatório, já que eram variadas as situações que poderiam vir a comprometer estabilidade da instituição familiar e fazer com que a mulher passasse a ser classificada como mentalmente desequilibrada. Ilustrativo dessa situação é o caso da paciente C. D. B., registrado no prontuário de N° 641. A paciente, casada, branca, com 40 anos de idade à época de sua internação e proveniente da cidade de Prata no estado de Minas Gerais, foi encaminhada para internação cinco dias após começar a apresentar a

“mania” de querer se divorciar do esposo, somente vindo a receber alta ao final do seu segundo mês de internação, após ter sido considerada curada de sua “perturbação mental”.

A análise dos prontuários do Sanatório também nos permite observar que, de acordo com os padrões de moralidade da época, a única forma legítima de expressão do desejo feminino era através das regras estritas do matrimônio. Embora também existissem mecanismos de regulação da sexualidade masculina, era o livre exercício da sexualidade feminina que se apresentava como uma das principais ameaças à instituição familiar. A paciente M. D. A., por exemplo, teria começado a desenvolver sua enfermidade nos cinco anos anteriores ao seu internamento. Segundo as informações contidas em seu prontuário, embora a paciente fosse casada e mãe de nove filhos, quando foi encaminhada para a internação ela estaria:

Vivendo afastada não só do esposo como, também, da família devido aos seus costumes licenciosos. Enfeita-se muito, exageradamente, com pó de arroz, rouge, batom, dizendo mesmo que assim procede com a intenção de arranjar um noivo, para isso lhe servindo qualquer pessoa. Só pensa em enfeites, vestidos caros e passeios. Vivendo engolfada nessas idéias, em absoluto se conformando com a sua detenção. Todas as pessoas com as quais se aproxima, pede para chamar um automóvel afim de ir passear. Não tem noção do ridículo que pratica e, quando aconselhada ou chamada à realidade, zanga-se ficando muito nervosa, agitada, falando muito (Livro de registro de 1943, prontuário n° 788).

Pode-se claramente perceber a repulsa apresentada pelo médico ante o comportamento da paciente, numa demonstração do sentimento de intolerância existente em relação às formas de expressão do desejo sexual que não se apresentavam subjugadas às regras matrimoniais e, conseqüentemente, considerados inapropriados para a condição feminina.

No entanto, se por um lado as tentativas de burlar as regras matrimoniais estabelecidas poderia ter como resultado a internação num asilo de alienados, por outro também existiam regras que determinavam quais os procedimentos adequados que poderiam ser empregados por uma mulher que procurasse alcançar o consórcio matrimonial. Por ter utilizado uma estratégia considerada incorreta e escandalosa por seus familiares, a interna N. M. L. também acabou sendo recolhida ao Sanatório para tratamento. Esta paciente, solteira aos 32 anos de idade, havia começado a se tornar motivo de preocupação para seus parentes quando:

De dois anos para cá, aos poucos, começou a demonstrar ódio contra as pessoas da família, ao mesmo tempo em que uma vaidade ridícula a assaltava, abusando da pintura, vestes berrantes e enfeites que ultrapassavam do normal. Aconselhada por irmãos e irmãs, zangava-se, chorando, maldizendo a vida – pois era jovem, dizia e precisava arranjar um casamento. Nos últimos tempos, esteve internada em vários sanatórios de São Paulo, sem resultados apreciáveis (Livro de registro de 1943, prontuário n° 744).

Este caso vem mais uma vez demonstrar como o Sanatório poderia ser utilizado como um instrumento de punição para os indivíduos que se desviavam das normas sociais de comportamento do período, já que a paciente, em sua tentativa de atrair a atenção de um marido em potencial, acabou por ser classificada como mentalmente desequilibrada apenas por se vestir de um modo considerado ridículo e espalhafatoso por seus familiares. Além disto, esse caso também é ilustrativo da angústia sentida por mulheres que, ao atingirem uma determinada idade sem que tivessem estabelecido um contrato matrimonial, passavam a viver numa espécie de limbo social por não estarem desempenhando os únicos papéis socialmente legítimos para os membros do sexo feminino, ou seja, de esposa, mãe de família e dona de casa.

Outro caso também relacionado a esta situação pode ser encontrado no prontuário de internação N° 1.730, relacionado à interna T. G. Possuindo um emprego de professora na cidade de Igarapava no interior de São Paulo, esta era uma das raras pacientes que não eram classificadas como “doméstica” ou “do lar”. Segundo as informações contidas em sua anamnese seus distúrbios teriam começado quando:

Não conseguindo que se realizasse o casamento com quem desejava, começou a sofrer crises de agitação, falando muito, gritando, pronunciando palavrões contra todo mundo (...). Já esteve internada em sanatórios de Ribeirão Preto, submetendo-se a eletrochoques (Livro de registro de 1948, prontuário n° 1.730).

Assim, podemos observar como que o Sanatório Espírita de Uberaba, embora também fosse utilizado pelo poder público da região na higienização do espaço urbano, recolhendo às suas dependências mendigos, alcoólatras e desocupados, tinha como sua principal função social atuar na intermediação e resolução de conflitos familiares, sendo empregado prioritariamente no tratamento, controle, punição e disciplinarização dos indivíduos que apresentassem comportamentos considerados socialmente inapropriados por seu grupo familiar.

Além de empregar os métodos terapêuticos baseados nos preceitos do espiritismo kardecista, o corpo de funcionários do Sanatório podia também se utilizar do aparato coercitivo comumente empregado nos hospitais psiquiátricos do período para que pudessem cumprir de forma mais eficaz sua função social de controlar e corrigir o comportamento dos internos colocados sob sua tutela.

Como foi possível observar em certo número de casos relatados anteriormente, alguns dos internos conseguiam conquistar um tratamento diferenciado por parte do corpo de funcionários, contado com certas regalias e chegando mesmo a auxiliá-los no desempenho de suas atividades e serviços no interior da instituição. No caso dos pacientes diagnosticados como médiuns sensitivos, por exemplo, o tratamento indicado poderia consistir apenas em uma orientação espiritual e na iniciação do mesmo nos princípios da doutrina espírita, para que seu dom mediúnico fosse desenvolvido de forma apropriada. Já os pacientes que aceitavam seu internamento com resignação e se mostravam dispostos a cumprir o regulamento do Sanatório sem questionamentos, também tendiam a serem recompensados com um abrandamento do seu regime disciplinar e no relaxamento de sua vigilância, fato que podemos observar, por exemplo, no seguinte trecho, extraído do prontuário do interno V. F.:

Durante os primeiros dias de internamento, conservou-se quieto, calado, sem fugir, todavia, do convívio dos companheiros (...). Diz que não sente nada e não se importa [com a internação] porque sabe que são 30 dias apenas e isso passa depressa (...). Dorme e se alimenta bem, não vivendo sob vigilância. Amigo dos companheiros com os quais sempre troca idéias é um bom auxiliar nos serviços do Sanatório (Livro de registro de 1937, prontuário n° 69).

Por outro lado, a experiência da internação poderia ter uma conotação bem menos agradável se o paciente demonstrasse uma menor propensão a aceitar de forma passiva os regulamentos e a ordem disciplinar impostos pela direção do Sanatório. Isso pode ser observado nas informações que constam no prontuário do interno S. I. C., registradas no prontuário de N° 52. Os problemas do paciente, de 19 anos de idade e proveniente da cidade mineira de Ponte Nova, teriam começado quando o mesmo foi detido numa das pensões da cidade de Uberaba sob a acusação de furto, não chegando a ser efetivamente preso pela polícia, já que sua inocência teria sido posteriormente comprovada. No entanto,

devido ao seu estado de agitação e nervosismo produzido por esta situação, acabaram optando por interná-lo no Sanatório, fato que aparentemente não o agradou muito:

No dia em que foi internado, passou calmo, quieto, sossegado. Não dormindo a noite. No dia seguinte, verdadeiro estado de fúria, dando violentos pontapés na porta do quarto, tentando arrombá-la. Gritava muito, falando sem cessar de macumbas e feitiçarias (...). Passou o dia todo em camisa-de-força (Livro de registro de 1937, prontuário n° 52).

Desta forma podemos observar que mesmo tendo sido inocentado do crime a que fora originalmente acusado e tendo demonstrado um comportamento calmo e circunspecto em seu primeiro dia no Sanatório, o paciente foi mantido isolado em uma cela trancada e, quando procurou reagir a esta situação, foi considerado furioso e contido numa camisa-de-força.

A situação vivida por este paciente traz à tona uma das principais características das instituições asilares destinadas ao internamento e tratamento de alienados no período, que consistia na estratégia de desqualificar e invalidar qualquer expressão da vontade do louco, desde que esta fosse considerada inapropriada pela direção da instituição, fazendo com que o paciente perdesse o direito de exercer livremente o domínio sobre o próprio corpo a partir do momento em que era internado. Esta característica era ainda mais acentuada no Sanatório nos casos em que se considerava que o paciente se encontrava sob a influência de uma obsessão espiritual, já que nestas situações os médicos e funcionários avaliavam que as ações do paciente eram a expressão de uma vontade exterior e dominadora que o controlava momentaneamente. Nesse sentido, o exercício da violência aplicada sobre o corpo do louco tinha como principal objetivo retirar do mesmo qualquer resíduo de controle sob si próprio, submetendo-o exclusivamente à vontade do médico que passava a ter o direito de determinar quais os comportamentos e desejos do paciente que seriam socialmente aceitáveis. Embora não tenha sido encontrada nenhuma referência nos textos escritos por médicos espíritas sobre as propriedades terapêuticas da camisa-de-força e do leito de contenção, estes eram os principais instrumentos utilizados pelos profissionais do Sanatório para controlar e subjugar a vontade dos pacientes considerados indisciplinados ou perturbadores da ordem asilar.

No entanto, muitas vezes apenas o estigma e o isolamento social decorrentes de uma internação num asilo de alienados já se constituíam como punição suficiente para os

indivíduos perturbadores da ordem familiar. Exemplar nesse sentido é o caso do paciente O. V. J., registrado no prontuário de internação N° 106. Este paciente, solteiro, branco e com 21 anos de idade, perdera a mãe quando ainda criança e, segundo as informações contidas em sua anamnese, teria tido uma educação deficitária por ter passado a maior parte de sua juventude convivendo com os lavradores que trabalhavam na fazenda de seu pai. Ainda segundo o médico responsável por sua internação o paciente:

Não parava em colégios, pouco ligando aos estudos. Não procurava se identificar com os companheiros – ao contrário, era um provocador constante de brigas e inimizades. Por todas as escolas pelas quais passou, foi tido como turbulento e preguiçoso, um tarado mental (Livro de registro de 1937, prontuário n° 106).

Além desses comportamentos anti-sociais, o paciente também se mostrava pouco afeito ao trabalho na fazenda de seu pai, aonde chegava a causar prejuízos devido aos maus tratos que aplicava aos animais de criação da família. A sua internação no Sanatório teria sido definida após o mesmo ter falsificado um cheque do pai que utilizou para retirar 10 contos de réis de sua conta bancária sem o seu conhecimento. Ao oferecer uma descrição dos primeiros dias do paciente na instituição, o médico responsável pelo caso nos oferece uma descrição de como a experiência do internamento poderia ser angustiante, além de demonstrar o caráter potencialmente punitivo da experiência que fazia com que a instituição se assemelhasse a uma casa correcional:

Nos primeiros dias de internamento, tem mostrado quase que verdadeiro desespero para sair, ressentindo-se imenso [sic.] com a falta de liberdade. Todas as manifestações e pedidos, porém, feitos com verdadeira humildade a ponto de chorar. Pouco se alimenta e verdadeira insônia. Para conter o seu desespero, foi levado com carinho e bondade, a compreender a necessidade deste internamento (Livro de registro de 1937, prontuário n° 52).

Nos livros de registro do Sanatório encontram-se arquivados, junto aos prontuários de internamento, todos os documentos relacionados aos casos dos pacientes que passaram pela instituição. Nestes arquivos raramente são encontradas cartas escritas pelos internos, no entanto, num desses raros registros das impressões que os pacientes produziam sobre sua própria condição, pode-se perceber o estado de desamparo ao qual o paciente era levado, além de demonstrar seu desejo de retornar ao convívio familiar, características que deveriam ser comuns à existência cotidiana de muitos dos internos.

A carta em questão fora escrita pela paciente U. R., prontuário de internação N° 740. A paciente, solteira, branca, com 27 anos de idade à época da sua internação e procedente da cidade de Colina no estado de São Paulo, era retratada como sendo bastante inteligente, já que trabalhava como professora em uma das escolas da sua localidade de origem. Desde o falecimento de sua mãe que a paciente era também a responsável pela administração da residência da família, auxiliando o pai na criação de seus irmãos mais novos. Segundo os registros de sua anamnese, nos quatro meses anteriores a sua internação a paciente teria passado a: *“Levantar falso testemunho contra todo mundo (...). Intrigas terríveis vem tecendo entre famílias vizinhas provocando inimizades e más situações, não chegando mesmo a haver crimes por terem notado sua anormalidade”* (Livro de registro de 1943, prontuário n° 740). Assim, mais uma vez o Sanatório era utilizado pra administrar uma situação familiar delicada e desagradável, ao possibilitar a exclusão de um elemento que aparentemente criava situações embaraçosas e constrangedoras para seu grupo familiar, impossibilitando a ocorrência de um convívio social harmonioso.

No entanto, mesmo tendo sido rechaçada por sua família, a paciente registra em sua carta, endereçada ao diretor clínico da instituição, o desejo de retornar ao convívio familiar, além de expressar a angústia produzida por sua internação:

Nunca passei tanto tempo sem ter notícias dos meus (...). O dia que o senhor der-me licença de ir-me embora eu considerarei um dia feliz. Mesmo que a jardineira tombe na estrada e eu morra de perna quebrada, ainda será um dia feliz (...). Pode crer Dr. I., que se não me der alta por esses dias eu me suicidarei (...). Como fazem aqui, só não vira a cabeça quem se destina a suportar ou suicidar-se (...). Sofro horivelmente, por isso não podia deixar de usar de toda franqueza (Livro de registro de 1943, prontuário n° 740).

Apesar de alguns pacientes conseguirem estabelecer boas relações com os funcionários da instituição, chegando por vezes a serem considerados importantes auxiliares na realização dos serviços gerais, como vimos anteriormente, a carta da paciente indica que nem todos os internos conseguiam estabelecer o mesmo nível de confiança e camaradagem com o corpo médico e administrativo do Sanatório. Assim, dirigindo-se ao diretor da instituição a paciente afirmava que:

Mais uma vez repito que o senhor e D. M. não são culpados, por que estão completamente alheios do que se passa aqui (...). Eu o considero bastante e confio em si como pessoa digna e como diretor dessa casa (...). Mas eu fico admirada de ver tanta falta de respeito num

sanatório como este. O seu C. até na hora das preces provoca-me (...). D. M. diz que uma moça igual a mim precisa ser uma mulher da vida, porque causa muita inveja. Somente aqui que ouço isso (...). Eu não condeno os diretores do Sanatório porque sei perfeitamente que o que tem passado por aqui não é regulamento e sim falsidade dos empregados (...). Não sou eu somente que me queixo; a M. foi bem explorada e eu vejo os insultos que a H. recebe. Não fique zangado comigo e para castigo não vá segurar-me mais tempo aqui, Dr. I. Falo para o seu próprio bem e para o nosso (Livro de registro de 1943, prontuário nº 740).

Pode-se notar na carta da paciente que a mesma procurava realizar uma aproximação com o diretor clínico da instituição através dos elogios dirigidos ao mesmo, certamente tentando atrair sua simpatia através de uma postura submissa, numa estratégia empregada com o objetivo de obter mais rapidamente sua alta do Sanatório. No entanto, sua atitude de procurar tecer críticas ao comportamento dos funcionários da instituição não deve ter sido interpretada de maneira positiva pelo médico. Ao contrário, deve ter servido apenas para reforçar o diagnóstico já estabelecido para a sua perturbação mental, já que, durante sua anamnese, o médico responsável pela sua internação assim descreveu a paciente:

Egocêntrica, tornou-se vaidosa, fazendo-se de vítima e perseguida inocente, graças a sua beleza e qualidades. Criatura perigosa em todo e qualquer meio, inclusive no hospital onde, poucos dias de observação foram suficientes para constatar a sua mania – Intrigas tremendas, falsos testemunhos (Livro de registro de 1943, prontuário nº 740).

Dessa forma, podemos perceber como que os discursos dos pacientes poderiam ser antecipadamente desqualificados pelo corpo médico da instituição, o que fazia com que suas manifestações e protestos por eventuais maus-tratos pudessem ser compreendidos apenas como mais um elemento a ser utilizado para reforçar o seu diagnóstico de alienação mental.

Em algumas situações, no entanto, a instituição poderia ser utilizada apenas como um depósito para os membros que se tornavam indesejáveis para suas famílias. Foi este o caso, por exemplo, da paciente A. F. D. Internada no dia 14 de agosto de 1937, esta paciente, branca, casada e procedente de Goiás, havia sido levada para Uberaba por um de seus três filhos para que fosse internada no Sanatório. Segundo o médico responsável por sua internação: *“Após ser examinada e sendo constatado ser um caso incurável, inaproveitável, portanto, para o doente e para o Sanatório, foi recusada a sua internação”*

²⁵ (Livro de registro de 1937, prontuário n° 98). A solução encontrada pelo filho da paciente por ter-lhe sido negada a solicitação de internamento da mãe foi relativamente simples: ele optou por retornar sozinho para Goiás abandonando-a em Uberaba. Este fato fez com que a instituição finalmente aceitasse o internamento da paciente, atendendo a uma solicitação feita pelo delegado de polícia da cidade:

O filho abandonara-a, sem recursos, vagando pelas ruas, sujeita às intempéries, a fome e a sede (...). Naturalmente, se envergonhavam com os seus atos, falando e praticando tolices, incomodando os amigos e os vizinhos, em vez de procurarem ampará-la, dando-lhe um pouco de conforto, um pouco de carinho (Livro de registro de 1937, prontuário n° 98).

Outro caso ilustrativo deste tipo de situação encontra-se registrado no prontuário de internação N° 149. Nele ficamos sabendo que a paciente F. G. S., casada, morena, com 18 anos de idade à época de sua internação e residente em Uberaba, foi descrita por seus familiares como uma pessoa alegre e bondosa. Segundo os dados presentes em sua anamnese ela teria tido uma ligeira perturbação mental dois anos antes de sua internação, sendo que esta havia passado rapidamente sem que tivesse sido necessária sua internação. Este fato não teria causado maiores repercussões, tendo a paciente inclusive contraído matrimônio logo após este incidente. Aproximadamente 40 dias após o parto do primeiro filho teria voltado a apresentar sinais de perturbação mental, sendo que, desta vez, a perturbação foi descrita como mais intensa, fazendo com que a paciente se mostrasse furiosa, chegando a ser necessário que fosse amarrada. A família decidiu interná-la no Sanatório quando começou a apresentar dificuldades para dormir e para se alimentar, ficando bastante enfraquecida em consequência desses problemas. Diagnosticada como sofrendo de uma obsessão espiritual, a paciente teria sido curada de suas perturbações mentais aproximadamente um mês após o seu internamento. No entanto, a cura da paciente não significou o fim do seu encarceramento e de sua exclusão social. Segundo os registros de seu prontuário:

²⁵ Numa tentativa de otimizar seus recursos financeiros, a administração do Sanatório usualmente só aceitava tratar de pacientes que fossem avaliados como passíveis de serem curados através dos métodos terapêuticos empregados na instituição. Mesmo quando o paciente chegava a ser aceito para internação era necessário que o mesmo passasse por um período inicial de avaliação. Se ao término deste período ele passasse a ser classificado como incurável, a administração procurava devolvê-lo ao seio familiar. Se esta se recusasse a aceitá-lo ou demonstra-se não possuir capacidade de cuidar do enfermo, optava-se por sua transferência para algum outro hospital psiquiátrico mineiro, usualmente o Hospital Psiquiátrico de Barbacena.

Tendo obtido alta, foi avisada a família e essa, parecendo pouco ligar à paciente, incluindo o próprio esposo, custou muito a vir buscá-la. Apaixonada com esse fato, vendo-se, assim, desprezada, tentou suicidar-se pondo fogo nas vestes dentro do próprio hospital. Queimaduras de 2º grau nas coxas, ventre, tórax e membros superiores (Livro de registro de 1938, prontuário nº 149).

Como pode ser notado no caso acima relatado, além de todos os estigmas sociais que os pacientes internados deveriam encarar em decorrência de se verem subitamente internados numa instituição que os excluía do convívio social, destinada ao recolhimento e encarceramento de alienados mentais, muitas vezes os internos ainda tinham que lidar com os sentimentos de humilhação e de abandono por se verem rejeitados por seus familiares, enfrentando a aversão de pessoas que se recusavam a manter com eles qualquer tipo de contato social. Como consequência, frequentemente os internos do Sanatório Espírita de Uberaba perdiam por completo a perspectiva de um dia conseguirem retomar um convívio social normalizado, seja com o seu grupo familiar ou com o restante da sociedade. Contando como uma população de indivíduos rejeitados por seus pares, privados de todos os seus direitos básicos, perdendo até mesmo o controle sobre seus corpo e suas vontades, vendo por vezes seus argumentos e reclamações sendo utilizados para reforçar o seu estatuto de louco e passando a viver num estado de “morte social”, podemos facilmente perceber o motivo que fez com que os hospitais psiquiátricos já tenham sido denominados como “cemitérios dos vivos”.²⁶ Para alguns dos internos, ter de viver sob esse tipo de estigma era simplesmente insuportável.

²⁶ Referência ao texto de Lima Barreto *O Cemitério dos Vivos*. Obra em que o escritor carioca narra sua experiência do período, entre o final de 1919 e o início de 1920, em que esteve internado no Hospício Nacional de Alienados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns pontos levantados até agora merecem ser recapitulados. Constatamos, no início deste trabalho, que a emergência do alienismo como um saber médico especializado no cuidado, tratamento e administração da loucura e do louco, foi o resultado da busca por soluções para problemas técnicos, institucionais, sociais, políticos e econômicos criados pela nova ordem liberal burguesa e exacerbados pelo processo de ruptura institucional causado pelo movimento revolucionário francês do final do século XVIII. A solução encontrada pela Assembléia Constituinte francesa foi o estabelecimento da tutela médica da loucura como uma estratégia para garantir a legitimidade da sequestração do louco. Como resultado dessa reconfiguração social do fenômeno da loucura, um setor da classe médica passou, a partir de então, a se debruçar sobre o problema colocado pelo louco e seu estado particular, procurando inseri-lo numa racionalidade médica (Castel, 1978). Outra consequência desse rearranjo político-institucional foi a configuração do asilo psiquiátrico como local específico de tratamento e controle da loucura.

No entanto, a implantação deste projeto não ocorreu sem os seus percalços e, ironicamente, o principal movimento de resistência encontrado pelos médicos contra o processo de medicalização da loucura partiu da própria loucura. Conforme foi observado, desde as primeiras investigações realizadas por Pinel a medicina mental encontrou dificuldades para determinar as possíveis causas anatomopatológicas da loucura, fato que impedia o estabelecimento de uma sólida fundamentação orgânica para a alienação mental. Tais características levaram o alienismo francês a se dedicar de forma privilegiada ao estudo sistemático dos fatores morais, que passaram a serem considerados como as principais causas da loucura (Pinel, 2007).

Devido a esta dificuldade em se determinar as bases anatomopatológicas da alienação mental, a nosografia psiquiátrica era normalmente estabelecida a partir da observação dos sintomas clínicos da alienação. Esses sinais manifestos da loucura eram então agrupados de acordo com o princípio da semelhança em classes específicas de distúrbios mentais (Pinel, 2007, Esquirol, 2003).

Essas características específicas do campo colocavam o alienismo em uma posição delicada frente ao restante do conhecimento médico por afastá-la das mudanças epistemológicas formuladas pela medicina anatomopatológica, que se apresentava, de

forma cada vez mais acentuada, como a base para uma nova racionalidade médica no período.

No entanto, essas dificuldades iniciais não impediram a medicina mental de continuar a perseguir seu objetivo de reduzir os fenômenos mentais e as funções do entendimento humano a mecanismos de funcionamento do sistema fisiológico, procurando explicar a loucura como uma manifestação de estados orgânicos patológicos. Esta tendência era um reflexo da tentativa da psiquiatria de se filiar à tradição acadêmica vitalista, derivada das ciências naturais que, por seu lado, procuravam identificar as leis físicas, químicas e biológicas que regulariam os fenômenos da vida.

Quanto à formação do campo psiquiátrico no Brasil, demonstramos que a criação do hospício em território nacional não teria sido o resultado de um processo político de reformulação da figura do louco, ocorrido por intermédio de novas instituições democráticas e liberais que procuravam estabelecer um estatuto médico da loucura como forma de justificar e validar a sua internação em instituições próprias de tratamento, como ocorrera na Europa. No Brasil, a criação do asilo de alienados teria sido, principalmente, o resultado de acordos realizados entre as elites como forma de reforçar o poder imperial (Teixeira, 1997).

Também foi possível observar as dificuldades iniciais encontradas pela medicina mental para colonizar o espaço asilar e realizar, de forma “apropriada”, a administração médica da loucura. Nesse sentido, teria sido somente após a proclamação da República e durante as primeiras décadas do século XX que a colonização médica do hospício pôde ser realizada de forma completa (Oda e Dalgalarondo, 2005; Machado, 1978).

Além disso, procuramos demonstrar como a recepção nacional das teorias européias provenientes do campo da psiquiatria veio a influenciar o debate acerca da viabilidade do projeto de construção de uma nação civilizada num país tropical e miscigenado. Nesse sentido, as posições divergentes levantadas nesse debate tinham como objetivo estabelecer quais seriam as medidas mais eficazes a serem tomadas pelo poder público – importação de mão-de-obra branca européia, projetos de saneamento urbano e rural, campanhas de higiene mental – para que fosse realizada uma regeneração física e moral da população brasileira.

No entanto, mesmo com essas realizações no campo da assistência e da prevenção à alienação mental e a participação da psiquiatria nos debates acerca da construção da nação

brasileira, a medicina mental continuou a ocupar uma posição marginal em relação ao restante do saber e da prática médica no Brasil (Almeida, 2007; Medeiros, 1977; Venancio, 2003). Tal situação só começaria a ser contornada ao final da primeira metade do século XX.

Já com relação ao espiritismo de orientação kardecista, demonstramos que sua constituição foi o resultado de buscas que visavam elaborar uma explicação racional para fenômenos até então considerados sobrenaturais, que para os espíritas seriam apenas fenômenos naturais ainda não investigados de uma forma cientificamente apropriada.

Nesse sentido, a preocupação original do espiritismo não se encontrava vinculada à busca por uma solução para o problema social gerado pelo louco e pela loucura. No entanto, como resultado de sua definição de que a vontade, a inteligência, a consciência, os sentimentos e a razão seriam atributos próprios de um corpo espiritual, que se encontraria temporariamente habitando um corpo material, o espiritismo acabou por produzir uma concepção explicativa própria sobre a natureza dos fenômenos mentais. Ainda, como forma de validar suas formulações conceituais acerca dos processos de adoecimento e de cura dos indivíduos, o espiritismo realizou uma aproximação com outras escolas do pensamento europeu, como o mesmerismo e a homeopatia, que se desenvolveram a parte e muitas vezes em conflito com a cultura acadêmica de sua época.

Devido à sua visão dualista da realidade, que seria dividida entre um mundo material, visível para nós, e um mundo espiritual que permaneceria inobservável a maior parte do tempo mas, ainda assim, retendo a capacidade de influenciar as ações dos espíritos encarnados no mundo material, o espiritismo de orientação kardecista desenvolveu a noção de que existiriam duas formas fundamentais de manifestação da loucura: a loucura por lesão cerebral, de natureza orgânica e que deveria ser tratada pela medicina; e a loucura que se manifestaria independentemente da existência de uma lesão, designada de loucura por obsessão espiritual (Guedes, 1955; Menezes, 2002).

Através de suas formulações conceituais, podemos dizer que, para o kardecismo, todos os tipos de distúrbios mentais que não fossem decorrentes de uma causa orgânica eram compreendidos como desvios da razão ou da moral, passando a ser explicados como resultantes da ação persecutória de espíritos que teriam a capacidade de afetar e influenciar a vida e as manifestações mentais dos encarnados.

Numa aproximação com os conceitos desenvolvidos pelo alienismo francês da primeira metade do século XIX, o espiritismo postulava que qualquer excesso das paixões e dos sentimentos atuaria como fator de predisposição para a loucura, visto que a adoção de um estilo de vida desregrado e intempestivo facilitaria a atração de espíritos inferiores, responsáveis pelas obsessões espirituais (Mattos, 1914).

Nesse sentido, a melhor estratégia de profilaxia da loucura seria o desenvolvimento de um constante exercício de auto-regulação moral por parte dos sujeitos, traduzida pela observância estrita dos códigos de conduta estabelecidos. Assim, quanto mais controlada e de acordo com os preceitos morais do período fosse a existência de um indivíduo, quanto menos exaltados fossem os seus estados de ânimo, mais protegido ele se encontraria das influências espirituais perniciosas que poderiam lhe conduzir à alienação mental. A obsessão era também constantemente considerada como o resultado de uma ação persecutória desenvolvida por um espírito desencarnado, que teria como objetivo se vingar de faltas cometidas pelo obsidiado na sua existência atual ou em encarnações passadas.

No entanto, sendo constatada a obsessão espiritual, o kardecismo recomendava que a melhor estratégia de tratamento a ser empregada fosse a utilização de um grupo especializado de médiuns que atuariam no sentido de doutrinar o espírito obsessor, procurando convencê-lo a abandonar a perseguição ao paciente obsidiado, num exercício de tematização do preceito cristão do perdão e da caridade (Menezes, 2002; Ferreira, 1949).

Desta forma, todo o drama vivido em função da obsessão funcionava, para os espíritas, como uma espécie de prova factual das implicações morais de sua doutrina. A obsessão apontaria, na grande maioria das vezes, para a existência de uma falta moral cometida pelo obsidiado em uma encarnação anterior contra a pessoa representada pelo espírito obsessor. A obsessão, portanto, realizaria uma dramatização do cumprimento de uma lei divina de retribuição cármica, traduzida na perseguição que sofreria o paciente obsidiado.

Neste sentido, o tratamento consistiria, por um lado, em uma moralização do obsidiado, procurando, em seus momentos de lucidez, mostrar-lhe a falta de que deveria se arrepender e incitando-o a ter pensamentos e atitudes mais regrados, diminuindo assim sua suscetibilidade a espíritos ímpuros; por outro, em uma doutrinação – também moral – do obsessor, destinada a convencê-lo do prejuízo que a vingança que infligia ao obsidiado

causaria ao seu próprio desenvolvimento espiritual e fazendo-lhe compreender as virtudes do perdão.

Podemos perceber no que foi exposto até agora, como foram constituídas duas formas diversas de se compreender o fenômeno da loucura no Brasil. Por um lado se desenvolveu uma cultura médico-psiquiátrica afiançada por um grupo de médicos que, realizando uma releitura das teorias psiquiátricas em voga no continente europeu, se propôs a investigar o problema da loucura e avaliá-lo a partir do campo de saber da medicina. Embora este grupo de médicos tenha encontrado dificuldades em reduzir a experiência da loucura à lógica fisicalista da medicina, este fato não arrefeceu seus objetivos de investigar o substrato orgânico dos fenômenos mentais, com o objetivo de assentá-lo em bases mais objetivas e científicas.

Nesse sentido, os projetos de criação de institutos de pesquisa psiquiátrica e a realização de reformas no curso de medicina, que estabeleceram a obrigatoriedade das disciplinas psiquiátricas, podem ser compreendidos como o resultado de um esforço empreendido por esse grupo de médicos no sentido de enfatizar o aspecto acadêmico e científico de suas investigações.

Como resultado de seu desejo de inserção no campo das ciências da natureza, a psiquiatria procurou se distanciar de conceitos como “espírito” ou “alma”, pelo fato destes serem considerados cientificamente inconcebíveis e, portanto, sem validade para serem utilizados como elementos de explicação para os fenômenos mentais, passando a considerar a mente humana como um produto de reações fisiológicas naturais que ocorriam no organismo humano.

Por outro lado, por um percurso tangencial, o espiritismo acabou por estabelecer uma explicação própria sobre a natureza dos fenômenos mentais, derivada de sua crença mais generalizada na existência de um mundo espiritual, da mente humana como uma manifestação de um corpo espiritual temporariamente habitando um corpo material e orgânico e da crença na capacidade que os corpos espirituais desencarnados teriam de se comunicar e influenciar as ações dos espíritos encarnados. Também como resultado de sua convicção de que certos indivíduos possuiriam uma capacidade inata de estabelecer vias privilegiadas de comunicação com os espíritos desencarnados, o espiritismo desenvolveu

um método terapêutico próprio para o tratamento da loucura, entendida como um processo de obsessão espiritual normalmente empreendido por um espírito vingativo.

Como aponta Rosenberg, a origem da medicina, e, portanto, das artes de curar, está localizada numa tentativa do enfermo de restituir o seu estado de saúde e de produzir uma explicação inteligível que permita a elaboração de um sentido para sua experiência de infortúnio pessoal (Rosenberg, 1997, p. XVI). Nesse sentido, o ponto a ser destacado em relação às formulações do espiritismo e da medicina mental é que ambos os modelos conceituais procuravam estabelecer um pano de fundo interpretativo que possibilitaria a produção de uma inteligibilidade e de um sentido para o fenômeno do enlouquecimento.

Um desses modelos, a psiquiatria, era derivada de uma cultura acadêmica que realizava um esforço conceitual no sentido de reduzir a experiência da loucura a um substrato orgânico e biológico. O outro, o espiritismo, que embora possuísse pretensões científicas, estabeleceu alianças conceituais com teorias que se desenvolveram a parte da esfera acadêmica e que reafirmavam que os processos mentais, a consciência humana e suas perturbações seriam produtos de um corpo espiritual imortal e derivado da inspiração divina. Nesse sentido, ambas as propostas de entendimento da loucura enfatizam o aspecto multidimensional deste fenômeno humano, capaz de produzir diferentes análises e soluções conceituais por grupos heterogêneos de atores sociais para o problema gerado pelo louco e pela loucura.

Como foi salientado na introdução deste trabalho, os autores que tratam da história do espiritismo no Brasil procuram constantemente enfatizar as disputas que teriam ocorrido entre os grupos espíritas e a classe médica nacional, dando destaque especial às denúncias de exercício ilegal da medicina que foram realizadas por médicos contra os praticantes do espiritismo, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, e que tiveram como resultado a instauração de uma série de processos judiciais contra as instituições espíritas. Também procuram apresentar os debates que ocorreram entre médicos e espíritas na imprensa leiga como mais um exemplo do antagonismo que teria existido entre estes dois grupos distintos de atores sociais. Ambos os acontecimentos, debates e processos, são analisados como elementos de uma estratégia da medicina para conquistar a hegemonia e a exclusividade do exercício das artes de curar (Giumbelli, 1997; Gama, 1992; Maggie, 1992; Almeida, 2007; Scoton 2007).

Embora os debates e processos médicos contra o espiritismo tenham de fato ocorrido, estes autores falham em apontar para a existência de um número significativo de médicos pertencentes às fileiras do espiritismo kardecista e que participaram ativamente do processo de debate e de legitimação das práticas espíritas de cura. Muitos deles, inclusive, utilizavam o instrumental terapêutico derivado das formulações espíritas em suas práticas médico-terapêuticas cotidianas. Nesse sentido, se a medicina via no espiritismo um antagonista privilegiado para a implantação do seu projeto de construção de uma hegemonia no campo da saúde, a classe médica teve que lidar constantemente com a presença de “traidores” no seio de suas próprias fileiras. Desta forma, procurou-se demonstrar no terceiro capítulo como foi travado o debate acerca das formulações espíritas no interior da própria classe médica, com opositores e defensores do espiritismo apresentando seus argumentos e defendendo seus pontos de vista acerca da perniciosidade, da validade e das possíveis contribuições que a utilização do referencial terapêutico oriundo do campo espírita poderia oferecer para a o saber médico acadêmico em geral.²⁷

Mais uma vez, o que se trata aqui é de uma disputa entre dois modelos diferenciados de explicação dos processos produtores das enfermidades humanas, e particularmente da loucura. O debate ocorrido entre os médicos favoráveis e contrários ao espiritismo kardecista era uma tradução do embate ocorrido entre dois modelos conceituais e entre duas tradições culturais diferenciadas, que tinham por objetivo estabelecer a natureza da condição humana e os elementos produtores das atividades mentais.

Nesse sentido, é interessante notar que até mesmo médicos que, num primeiro momento atacaram o espiritismo, reproduzindo as noções correntes no período entre alguns setores da classe médica, e principalmente da psiquiatria, de que o espiritismo seria um elemento produtor da alienação mental, voltaram atrás em suas declarações iniciais, passando a afirmar que não mais faziam objeções ao estudo e a prática do espiritismo. Caso emblemático dessa situação foi a apresentação realizada em 1941, na Academia Paulista de Medicina, pelo médico psiquiatra Ozório Cezar, ocasião em que este não apenas se retratou de suas críticas realizadas anteriormente contra o espiritismo como passou mesmo a afirmar

²⁷ Convém destacar, no entanto, que estes mesmos espíritas apoiavam as críticas médicas realizadas às outras práticas espirituais provenientes das religiões de origem africana, procurando se distanciar de um tipo de espiritismo considerado como “baixo” ou “primitivo”, em prol de um espiritismo “iluminadamente” científico e de origem européia.

que o espiritismo kardecista seria a teoria mais apropriada para explicar os fenômenos mediúnicos que havia investigado.

A análise do debate ocorrido no interior da classe médica acerca da legitimidade dos postulados da teoria espírita nos permite observar de forma privilegiada como elementos provenientes de uma tradição cultural popular, no sentido de esta haver se desenvolvido fora dos meios acadêmicos, influenciou e transformou a percepção que atores sociais formados numa cultura acadêmica de cunho vitalista possuíam acerca da saúde, da doença, da loucura e de suas formas específicas de tratamento.

Significativo nesse sentido é que médicos como Bezerra de Menezes, Pinheiro Guedes, Inácio Ferreira, Wantuil de Freitas, Antão de Vasconcelos, para citar apenas alguns, tenham chegado à conclusão de que, para que pudessem atuar terapêuticamente de forma mais eficiente, para que pudessem tratar e curar seus pacientes de forma mais efetiva, seria necessário que eles passassem a atuar não propriamente como médicos, mas principalmente como médiuns.

Por fim, vimos também que, como resultado de suas formulações particulares sobre as relações entre corpo material e corpo espiritual relacionados aos estados de saúde e doença, de suas concepções próprias acerca das melhores formas terapêuticas para lidar com os problemas de saúde e com a loucura, aliadas, ainda, à importância dada às ações de caridade como forma de facilitar a evolução espiritual de seus seguidores, o espiritismo kardecista acabou por patrocinar o desenvolvimento de inúmeras ações de saúde no Brasil do período (Giumbelli, 1997; Gama, 1992; Maggie, 1992).

De forma sucinta, podemos dizer que, entre as organizações espíritas que atuavam no Rio de Janeiro na passagem do século XIX para o XX, as principais ações terapêuticas voltadas para o campo espiritual eram: o receituário mediúnico, a aplicação de passes e a desobsessão mediúnica. As terapêuticas espíritas freqüentemente recorriam ao uso de remédios homeopáticos e da água fluidificada, caracterizados como substâncias que teriam a capacidade de agir “magneticamente” sobre o perispírito dos indivíduos, de forma a restabelecer a harmonia perdida entre o corpo material e o corpo espiritual.

Atenção especial era oferecida pelos espíritas às práticas de desobsessão. Isso se deve ao fato de que o conceito de obsessão aparecia como fundamental para o espiritismo, pois permitia demonstrar a validade de seus pressupostos e, nos casos de cura, enfatizava a

eficácia de suas práticas junto ao público leigo e aos seus seguidores. Além disso, em torno da obsessão era possível estabelecer uma hierarquia de valores fundamentais para a doutrina, utilizados para reforçar, entre seus seguidores, a importância de se levar uma existência baseada na moralidade cristã, na retidão das condutas, na valorização do trabalho e na disciplina pessoal, atitudes que, segundo os espíritas, seriam profiláticas para a loucura e a obsessão espiritual.

No caso mais específico do Sanatório Espírita de Uberaba, foi possível observar como a teoria espírita de tratamento da loucura era utilizada para informar as práticas cotidianas de cura empregadas naquele estabelecimento, influenciando nas estratégias de atuação dos médiuns, e até mesmo dos médicos, junto aos pacientes internados. Como em outras instituições espíritas do período, no Sanatório não eram comumente utilizados medicamentos alopáticos para o tratamento da alienação mental, dando-se preferência às estratégias da doutrinação espiritual, da água fluidificada, dos passes mediúnicos e das sessões de desobsessão. Os exames laboratoriais também eram raramente empregados para a realização do diagnóstico das enfermidades mentais que afetavam os pacientes daquele estabelecimento.

Por outro lado, com relação aos prontuários utilizados na instituição, estes possuíam uma estrutura semelhante tanto aos utilizados no Hospital Psiquiátrico do Juquery, como descritos por Cunha (1986), quanto aos que eram empregados para o registro dos pacientes no Hospício Nacional de alienados, como descrito por Facchinetti (2004a).

A análise dos prontuários do Sanatório Espírita de Uberaba nos permitiu verificar como eram conjugadas nessa instituição formulações provenientes tanto do campo da psiquiatria acadêmica quanto do espiritismo de orientação kardecista. Como foi possível observar, conceitos como degeneração e hereditariedade, peças-chave da teoria da degeneração de Morel e adaptados por Magnan para uma utilização mais científica no campo da etiologia e da nosologia psiquiátrica, tinham um papel fundamental para a definição do quadro clínico dos pacientes; afinal, tais conceitos orientavam a realização dos exames físicos que procuravam identificar a possível existência dos estigmas físicos e psíquicos, além de influenciarem na determinação do seu diagnóstico diferencial. É também no registro do diagnóstico dos pacientes que podemos notar a presença de outra influência das formulações provenientes da psiquiatria acadêmica brasileira da primeira

metade do século XX visto que, o quadro nosográfico utilizado pelos médicos do Sanatório foi influenciado pelo modelo classificatório para as doenças mentais desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal em 1910.

No entanto, embora a estrutura dos prontuários fosse derivada do modelo médico-psiquiátrico, a presença da influência espírita pode ser notada através da análise dos registros médicos realizados nestes mesmos prontuários de internação. Nesse sentido, embora a classificação psiquiátrica de 1910 fosse utilizada para a realização da classificação da enfermidade que atingia o paciente, também eram freqüentes os casos em que os pacientes eram diagnosticados pelos médiuns da instituição como sendo vítimas de um processo de obsessão espiritual.

Também foi possível observar essa conjunção entre psiquiatria e espiritismo nas formas de atuação conjunta de médicos e médiuns na aplicação dos métodos terapêuticos. Em relação à psiquiatria, este fato pode ser observado principalmente em relação à ênfase colocada no aspecto terapêutico do isolamento do paciente e na utilização das estratégias de contenção e de administração da punição no interior do Sanatório. Por outro lado, a terapêutica espírita era utilizada principalmente durante as sessões de desobsessão e na administração das irradiações de fluidos mediúnicos.

No caso mais específico das técnicas de desobsessão, vimos anteriormente como que, para os seguidores do espiritismo de orientação kardecista a loucura seria normalmente o resultado de uma perseguição realizada por entidades espirituais que procuravam se vingar do enfermo devido a falhas cometidas por ele em sua existência atual ou em uma encarnação anterior, sendo que para isso produziam irradiações espirituais que afetavam o perispírito do paciente, atrapalhando seu raciocínio e perturbando suas emoções. Assim, a prática da desobsessão era vista como de fundamental importância para a reafirmação dos valores espíritas pela busca de uma vida baseada nos princípios cristãos do perdão, do arrependimento e da caridade, já que a desobsessão só seria alcançada se o espírito obsessivo, através de sua doutrinação espiritual, percebesse a importância de perdoar seu desafeto de vidas passadas, cessando sua busca por vingança. Dentro dessa lógica, para que o processo de desobsessão fosse facilitado, era também importante que o obsidiado se mostrasse arrependido dessas mesmas faltas, promovendo o exercício do perdão por parte de seu obsessivo. Finalmente, para os médiuns, a prática da desobsessão apresentava-se

como uma oportunidade para que pudessem exercitar o princípio da caridade, oferecendo assistência mediúnica aos espíritos atormentados que se encontravam tanto no mundo material como no plano espiritual. Era através dessa busca por sentimentos baseados na moral cristã que os espíritas procuravam garantir a continuidade do processo de evolução espiritual, seja para os obsidiados, para os obsessores ou para os próprios médiuns.

Assim como já foi afirmado, a organização interna do Sanatório, como registrada nos prontuários de internação, parece indicar a existência de uma divisão “médico-espiritual” do trabalho no interior da instituição, com cada campo de saber sendo utilizado por grupos específicos de funcionários encarregados de aspectos diferenciados da atenção, do diagnóstico e do tratamento do paciente. Nesse sentido, o Sanatório Espírita de Uberaba pode ser caracterizado como uma instituição híbrida, onde psiquiatria e espiritismo compartilhavam, de forma negociada, as tarefas de definição do quadro clínico do paciente, de elaboração do seu diagnóstico diferencial e da aplicação dos métodos de tratamento.

Entre os autores que tratam da história da psiquiatria no Brasil, o asilo psiquiátrico é normalmente caracterizado como uma instituição que teria a função de auxiliar o poder público na higienização do espaço urbano, livrando as ruas da presença incômoda de mendigos e loucos (Machado, 1978; Cunha, 1986; Engel, 2001). Embora o Sanatório Espírita de Uberaba também tenha sido utilizado pelos governos municipais da região para o controle de sua população de indigentes, foi possível observar como ele era empregado prioritariamente pelas famílias da região como um instrumento de regulação e controle de seus membros menos disciplinados. Provavelmente, essa característica era resultante do fato de Uberaba estar situada numa região rural em que a base da economia estava centrada na produção agrícola familiar, fazendo com que, usualmente, a família fosse o grupo social mais imediatamente próximo dos indivíduos identificados como alienados mentais, cabendo a ela a responsabilidade de tomar as primeiras providências no sentido de regularizar o comportamento de um de seus membros para reconduzi-lo ao convívio social normalizado.

Já com relação aos motivos apresentados pelas famílias para buscar o internamento de um de seus membros, estes apresentam uma divisão de gênero semelhante à encontrada por Cunha nos prontuários do Hospital Psiquiátrico do Juquery (Cunha, 1986, p. 143). A análise das justificativas apresentadas pelas famílias acerca das causas imediatas da

internação nos possibilita observar como estavam organizadas as relações sócio-culturais que regulavam, à época, o convívio social entre os indivíduos. Nesse sentido, os internos do sexo masculino e as mulheres das camadas mais empobrecidas da população normalmente eram encaminhados para tratamento quando se mostravam incapacitados para o trabalho, sendo que no caso dos pacientes do sexo masculino essa incapacidade era normalmente encarada como uma ameaça ao patrimônio familiar. Já no caso das famílias que se encontravam acima da linha da miséria, os comportamentos relacionados à alienação das pacientes adultas do sexo feminino normalmente eram associados a distúrbios domésticos.

Desta forma, independentemente da utilização dos preceitos do espiritismo ou da psiquiatria, os profissionais que atuavam no Sanatório Espírita de Uberaba eram “homens do seu tempo”, e isso se refletia no processo sociocultural de identificação daquilo que determina a loucura. Assim, tanto homens que se mostravam incapacitados ou indispostos para o trabalho quanto os que apresentavam um comportamento julgado por demais altruísta, ameaçando dessa forma o patrimônio familiar, quanto mulheres que desejavam obter o divórcio de seus maridos ou que se utilizavam de técnicas consideradas inapropriadas para encontrar um, poderiam ser inadvertidamente classificados como loucos e ter como seu destino social final o internamento numa instituição de alienados.

Por fim, pela análise dos prontuários também foi possível observar que frequentemente o enfermo e sua família procuravam prioritariamente o auxílio de práticas populares de cura na tentativa de encontrar uma solução para os casos de alienação mental. No entanto, quando estes recursos falhavam, a família procurava outros métodos de tratamento, que poderiam ser tanto a medicina oficial quanto o espiritismo, como mais uma tentativa de encontrar a cura para a enfermidade de um de seus membros. Procuramos demonstrar com isso que a população brasileira do período possuía uma série de recursos terapêuticos diferenciados dos quais lançava mão em busca da resolução de seus problemas de saúde que, mesmo que não produzissem a cura, ao menos oferecessem uma explicação satisfatória para o fenômeno do adoecimento.

Que o recurso ao espiritismo fosse um dos que eram utilizados pelos enfermos e suas famílias pode ser visto como uma demonstração da capacidade da doutrina espírita de produzir uma rede simbólica, inserida no universo cultural brasileiro do período, que oferecia um sentido para o processo do adoecimento capaz de torná-lo mais suportável para

os enfermos e sua rede de socialização mais imediata, normalmente sua família. Através da aceitação da lei de retribuição cármica do espiritismo, o infortúnio e a enfermidade passavam a ser entendidos como provações que deveriam ser enfrentadas pelo indivíduo para que este pudesse atingir um grau mais elevado de perfeição espiritual em alguma existência futura, além de serem compreendidos como aspectos da existência material que poderiam acelerar seu processo de evolução espiritual. Como consequência dessas formulações, o fenômeno da alienação mental poderia, a princípio, passar a ter um significado menos estigmatizante para os seguidores do espiritismo, ao ser aberta a possibilidade de que fosse interpretado como uma provação, que contribuiria para o processo de redenção espiritual do alienado, colaborando para que o mesmo tivesse uma existência futura mais próxima da perfeição.

Exemplo mais significativo dessa possibilidade de se positivar a experiência da loucura pode ser encontrada nos casos em que esta não era compreendida como sendo o resultado de uma ação de espíritos vingativos, mas como o resultado de um processo de atração que um espírito desencarnado sentiria por um indivíduo dotado de “mediunidade sensitiva”. Quando este fenômeno era detectado pelos espíritas, a explicação oferecida era a de que o obsidiado estaria sendo vítima de irradiações fluídicas produzidas por alguma entidade espiritual que não teria consciência de sua desencarnação, encontrando no enfermo alguém com quem pudesse estabelecer um contato espiritual de forma a permanecer ligado à sua existência terrena anterior. Nesses casos, a desobsessão do paciente era vista como mais simples de ser realizada e, se o mesmo viesse a se converter ao espiritismo, poderia ainda passar a ser considerado um médium sensitivo pleno. Como resultado, não apenas a loucura do paciente seria curada como este também poderia vir a ser reinserido em uma comunidade que compartilharia de sua visão-de-mundo e que passaria a considerá-lo como um sujeito dotado de uma sensibilidade especial, não disponível a todo e qualquer indivíduo.

Considerando-se apropriada a metáfora utilizada por Lima Barreto para descrever a instituição psiquiátrica como um “cemitério dos vivos”, podemos dizer que o Sanatório Espírita de Uberaba se caracterizava por ser um cemitério onde os vivos ali internados poderiam vir a estabelecer um diálogo direto com os mortos, sendo que este diálogo poderia levá-los para um outro mundo, para um outro universo sociocultural que, mesmo

permanecendo invisível para amplos setores da sociedade brasileira, poderia reconduzi-los para um convívio social aceitável entre determinados grupos de viventes.

Era essa capacidade do espiritismo de reinterpretar o fenômeno da loucura que permitia aos seus seguidores oferecer uma concorrência às teorias psiquiátricas em voga no período. Mais do que a cura, o que a doutrina de Allan Kardec ofereceu para uma parcela considerável da sociedade brasileira do período, inclusive médicos, foi a possibilidade de produzir um novo sentido para um fenômeno de difícil compreensão, se analisado a partir dos pressupostos da medicina acadêmica, oferecendo uma inteligibilidade para a experiência do adoecimento que deveria ser enfrentada pelos enfermos e suas famílias. Era essa característica que levava o Dr. Inácio Ferreira a declarar na introdução do seu livro *Novos rumos à Medicina: “Essas páginas são consagradas a todos aqueles que sofrem, sem saber por que dessa impiedade dos vendavais do Destino”* (Ferreira, 1949, p. 31).

BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. **Annaes da Academia de Medicina**. Tomo 74, p. 320–329, 1911.

ACKERKNECHT, E. H. **A Short History of Psychiatry**. New York City: Hafner, 1968.

ALMEIDA, A. A. S. **“Uma fábrica de loucos”**: **psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950)**. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP. Campinas, 2007.

AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social. UERJ, 1982.

ARAIA, Eduardo, **Espiritismo: doutrina de fé e ciência**. São Paulo: Ática, 1996.

ARAUJO JÚNIOR, I. C., **Recordações de Modesta**. Belo Horizonte: Editora INEDE, 2007.

AZAMBUJA, M. E. **Uma Nova ciência**. Porto Alegre: Of. Gráf. da Livraria do Globo, 1942.

BACCELLI, C. A., **O Espiritismo em Uberaba**. Uberaba: Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 1987.

BILHARINHO, J. S., **História da Medicina em Uberaba**. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro Ed., 1980.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CESAR, O. **Misticismo e Loucura.** São Paulo: Ofic. Gráficas Do Arq.De Assist.Aos Psicopatas do Juqueri. 1930.

CESAR, O. Fenomenologia supranormal. **Revista Paulista de Medicina.** v. 19, n. 5, p. 49–73, 1941.

CESAR, O. Experiências metapsíquicas, com provas fotográficas, sobre algumas curiosas formações teleplásticas. **Revista Paulista de Medicina.** v. 20, n. 3, p. 7–28, 1942.

COFFIN, J. C. **La Transmission de la Folie, 1850-1914.** Paris: Ed. L'Harmattan, 2003

CORRÊA, A. D., et al. Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** v. 13, n. 1, p. 13–31, jan./mar. 2006

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 4ª ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAMAZIO, S. F. **Da elite ao povo: advento e expansão do espiritismo no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

DARNTON, R. **O lado oculto da revolução: Mesmer e o final do Iluminismo na França.** São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

DE VITO, F., **Dr. Inácio Ferreira – Vida e Obra**. Uberaba: Livraria Espírita Edições “Pedro e Paulo”, 2007.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESQUIROL, E. Da lipemania ou melancolia (1820). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 6, n. 2, p. 158–166, jun. 2003.

FACCHINETTI, C. **Deglutindo Freud: história da digestão do discurso psicanalítico no Brasil 1920-1940**. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. UFRJ. Rio de Janeiro, 2001.

FACCHINETTI, C. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos. In: NASCIMENTO, D. R. & CARVALHO, D. M. (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Paralelo 15, 2004.

FACCHINETTI, C. **Diagnósticos de uma nação: Discursos e práticas revelados pelo acervo do Hospício Nacional (1900-1930)**. Relatório de pesquisa de Pós-Doutoramento (CNPq/Fiocruz), 2004a.

FERREIRA, I. **A psiquiatria em face da reencarnação**. Uberaba: Gráfica A Flama, 1951.

FERREIRA, I. **Espiritismo e Medicina**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1941.

FERREIRA, I. **Novos Rumos à Medicina**. 1º Volume. Uberaba: Gráfica A Flama, 1945.

FERREIRA, I. **Novos Rumos à Medicina**. 2º Volume. Uberaba: Gráfica A Flama, 1949.

FERREIRA, I. **Subsídio para a história de Eurípedes Barsanulfo**. Uberaba: Gráfica A Flama, 1962.

FERREIRA, I. **Tem Razão?**. Rio de Janeiro. Gráfica Mundo Espírita S. A., 1946.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva S. A., 1999.

FREITAS, A. W. **Ciência Religião Fanatismo**. Rio De Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1938.

FREITAS, A. W. **Noções de Filosofia Espírita**. Rio De Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1948.

FREYRE, G., **Sobrados e Mucambos: decadência do patriarcado e desenvolvimento do urbano**. 14ª ed. rev. São Paulo: Global, 2003.

GAMA, C. M. P. **O espírito da medicina: médicos e espíritas em conflito**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. UFRJ. Rio de Janeiro, 1992.

GIUMBELLI, E. A. **O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

GREENFIELD, S. M. O Corpo como uma Casca Descartável: as cirurgias do Dr. Fritz e o futuro das curas espirituais. **Revista Religião e Sociedade**. v. 16, n. 1-2, p. 136–145, 1992.

GUEDES, A. P. **Ciência Espírita: origem da medicina**. Rio de Janeiro: Indústria Gráficas Taveira, 1951 [1901].

GUIMARÃES, E. N., **Infra-estrutura pública e movimento de capitais: a inserção do Triângulo Mineiro na divisão inter-regional do trabalho.** Dissertação (Mestrado em Economia) – CEDEPLAR, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1990.

HESS, David Jr., **Spirits and scientists: ideology, spiritism, and Brazilian culture.** University Park: Pennsylvania State University Press, 1991.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde Pública no Brasil.** São Paulo, Editora HUCITEC/ANPOCS, 1998.

HOLLOWAY, T. H. **Polícia no Rio de Janeiro: repressão e resistência numa cidade do século XIX.** Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

JABERT, A. **Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido: As formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

JACOBINA, R. R. **O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Comunitária. UFBA. Salvador, 1982.

JOÃO do RIO. **As Religiões no Rio.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1976.

KAPLAN, F. “The Mesmeric Mania”: The Early Victorians and Animal Magnetism. **Journal of the History of Ideas.** v. 35, n. 4, p. 691–702, out./dez. 1974.

KARDEC, A. **A Gênese – os milagres e as predições segundo o espiritismo.** Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2004a [1868].

KARDEC, A. **O Céu e o Inferno**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2004b [1865].

KARDEC, A. **O Evangelho segundo o espiritismo**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2004c [1864].

KARDEC, A. **O Livro dos Espíritos**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2003 [1857].

KARDEC, A. **O Livro dos Médiuns**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2004d [1861].

KEIDE, Ricardo A; Jacó-Vilela, Ana Maria. Positivismo e psicologia no século XIX no Brasil In: AMARANTE, P. **A loucura da história**. Rio de Janeiro, LAPS/ENSP, 2000. p.401-408.

LOPES, A. C. **Conferências sobre Homeopatia**. Rio de Janeiro: [s. n.], 1882.

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, U. **Os Intelectuais e o Espiritismo: de Castro Alves a Machado de Assis**. Niterói: Publicações Lachâtre, 1996)

MAGGIE, Y. **O Medo do Feitiço: relações entre magia e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

MARTINS, H. T., **A Fragmentação do Território Nacional: a criação de novos estados no Brasil (1823-1988)**. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. UFRJ. Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, L. **Espiritismo Racional e Científico (Christão)**. Rio de Janeiro: Typ. Americana de Cadaval & C., 1914.

McCANDLESS, P. Mesmerism and Phrenology in Antebellum Charleston: “Enough of the Marvellous”. **The Journal of Southern History**. v. 58, n. 2, p. 199–203, mai. 1992.

MEDEIROS, T. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria. UFRJ. Rio de Janeiro, 1977.

MENDONÇA, J. **História de Uberaba**. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro Ed., 1974 [1956].

MENEZES, A. B. **A Loucura sob Novo Prisma**: (estudo psíquico-fisiológico). Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2002 [1897].

MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Classificação das moléstias mentaes do professor Emil Kraepelin. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciências Afins**. Anno I, n. 2, p. 204–216, 1905

MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. A paranóia e as síndromes paranóides. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 4, n. 2, p. 134–167, jun. 2001.

ODA, A. M. G. R. Nina Rodrigues e *A loucura epidêmica de Canudos*. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 3, n. 2, p. 139–144, jun. 2000.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. A paranóia, segundo Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 4, n. 2, p. 125–133, jun. 2001.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Uma preciosidade da psicopatologia brasileira: *A paranóia nos negros*, de Raimundo Nina Rodrigues. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 7, n. 2, p. 147–160, jun. 2004.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, ciências, Saúde – Manguinhos**. V. 12, n. 3, p. 983–1010, set.-dez. 2005.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Apresentação. In: PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto alegre: Editora da UFRGS, 2007.

OLIVEIRA, C. F. A. **Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: um esboço histórico**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. Campinas, 2003.

OLIVEIRA, X. **Espiritismo e Loucura**. Rio de Janeiro: A. Coelho Branco Filho Editor, 1931.

PACHECO, M. V. P. C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 6, n. 2, p. 152–157, jun. 2003.

PEREIRA, M. C. P. Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 4, n. 4, p. 126–129, dez. 2001.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PRADO JUNIOR, C. **Formação do Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

PUTTINI, R. F. **Medicina e Religião no espaço hospitalar**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. Campinas, 2004.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

REZENDE, E. M. M., **Uberaba: uma trajetória sócio-econômica (1811 – 1910)**. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Letras. UFG. Goiânia, 1983.

RIBEIRO, L.; CAMPOS, M. **O Espiritismo no Brasil: Contribuição ao seu estudo Clínico e Médico-Legal**. Rio de Janeiro, Companhia Editora Nacional, 1931.

RODRIGUES, R. N. A loucura epidêmica em Canudos. Antônio conselheiro e os jagunços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 3, n. 2, p. 145–157, jun. 2000.

RODRIGUES, R. N. A paranóia nos negros: estudo clínico e médico-legal (1903). Parte 1. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 7, n. 2, p. 161–178, jun. 2004.

ROGER, J. The Mechanistic Conception of Life. In: LINDBERG, D. C. & NUMBERS, R. L. (Org.). **God and Nature: Historical Essays on the Encounter between Christianity and Science**. Berkley: University of California Press, 1986.

ROSENBERG, C. E. Introduction. Framing Disease: Illness, Society, and History. In: ROSENBERG, C. E. & Golden, J. (Org.). **Framing Disease: studies in cultural history**. New Jersey: Rutgers University Press, 1997.

ROXO, H. B. B. **Manual de Psychiatria**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921.

SAIDE, O. L., 1980. **Psiquiatria e Organização do Estado Brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto Biomédico. UERJ. Rio de Janeiro, 1980.

SAMPAIO, B. **Uberaba: história, fatos e homens**. Uberaba: Academia de Letras do Triângulo Mineiro Ed., 1971.

SAMPAIO, G. R. **Nas Trincheiras da Cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial**. Campinas: Editora da UNICAMP, CECULT, IFCH, 2001.

SAMPAIO, G. R. **A história do feiticeiro Juca Rosa: cultura e relações sociais no Rio de Janeiro imperial**. Tese (Doutorado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP. Campinas, 2000.

SANTOS FILHO, L. C. **História Geral da Medicina Brasileira**. 2º volume. São Paulo: HUCITEC/EDUSP, 1991.

SCOTON, R. M. S. **Espíritas enlouquecem ou espíritos curam? Uma análise das relações, conflitos, debates e diálogos entre médicos e kardecistas na primeira metade do século XX (Juiz de Fora - MG)**. Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

SERPA JÚNIOR, O. D. **Mal-estar na natureza: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

SHORTER, E. **A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac**. New York City: John Wiley & Sons, 1997.

SILVA, F. L., **Espiritismo: história e poder (1938-1949)**. Londrina: Eduel, 2005.

SILVA, R. M. **Chico Xavier: imaginário religioso e representações simbólicas no interior das Gerais - Uberaba, 1959/2001**. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

STEPAN, N. L. Eugenia no Brasil – 1917 a 1940. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Org.). **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio: Editora Fiocruz, 2004.

SUTTON, G. Electric Medicine and Mesmerism. **Isis**. v. 72, n. 3, p. 375–392, set. 1981.

TEIXEIRA, M. O. L. Nascimento da Psiquiatria no Brasil. **Cadernos do Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. n. 8; p. 42–78, 1997.

TEIXEIRA, M. O. L. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. **Cadernos do Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. V. 6, n. 18, p. 84–101, 2000.

VASCONCELOS, A. **Revelações de Além Túmulo**. Rio de Janeiro, Livraria da Federação Espírita Brasileira, 1936 [1907].

VASCONCELOS, J. Espíritos clandestinos: espiritismo, pesquisa psíquica e antropologia da religião entre 1850 e 1920. **Revista Religião e Sociedade**. v. 23, n. 2, p. 92–126, 2003.

VENANCIO, A. T. A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, ciências, Saúde – Manguinhos**. V. 10, n. 3, p. 883–900, set.-dez. 2003.

VENANCIO, A. T. A.; CARVALHAL, L. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CERREZZO, A. C. O. A.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio-Psyché - Subjetividade e História**. 1. ed. Juiz de Fora: Clio Edel - Clio Edições eletrônicas, v. 1, 2001.

VENANCIO, A. T. A.; FACCHINETTI, C. “Gentes provindas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V. 8, n. 2, p. 356–363, jun. 2005.

WAGNER, R. A. V. **Papel das elites no desenvolvimento político e econômico do município de Uberaba (MG) - 1910 a 1960**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

WANTUIL, Z. **Grandes Espíritos do Brasil**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2002.

WARREN JR, D. A Terapia Espírita no Rio de Janeiro por Volta de 1900. **Revista Religião e Sociedade**. v. 11, n. 3, p. 56–83, 1984.

WARREN JR, D. A Medicina Espiritualizada: a homeopatia no Brasil do séc. XIX. **Revista Religião e Sociedade**. v. 13, n. 1, p. 88–107, 1986.

WEBER, B. T. **As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928**. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC – Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.

ANEXO 1.

Propositions Concerning Animal Magnetism, by Anton Mesmer, 1779.

1. A responsive influence exists between the heavenly bodies, the earth, and animated bodies.
2. A fluid universally diffused, so continuous as not to admit of a vacuum, incomparably subtle, and naturally susceptible of receiving, propagating, and communicating all motor disturbances, is the means of this influence.
3. This reciprocal action is subject to mechanical laws, with which we are not as yet acquainted.
4. Alternative effects result from this action, which may be considered to be a flux and reflux.
5. This reflux is more or less general, more or less special, more or less compound, according to the nature of the causes which determine it.
6. It is by this action, the most universal which occurs in nature, that the exercise of active relations takes place between the heavenly bodies, the earth, and its constituent parts.
7. The properties of matter and of organic substance depend on this action.
8. The animal body experiences the alternative effects of this agent, and is directly affected by its insinuation into the substance of the nerves.
9. Properties are displayed, analogous to those of the magnet, particularly in the human body, in which diverse and opposite poles are likewise to be distinguished, and these may be communicated, changed, destroyed, and reinforced. Even the phenomenon of declination may be observed.
10. This property of the human body which renders it susceptible of the influence of heavenly bodies, and of the reciprocal action of those which environ it, manifests its analogy with the magnet, and this has decided me to adopt the term of animal magnetism
11. The action and virtue of animal magnetism, thus characterized, may be communicated to other animate or inanimate bodies. Both of these classes of bodies, however, vary in their susceptibility.
12. Experiments show that there is a diffusion of matter, subtle enough to penetrate all bodies without any considerable loss of energy.
13. This action and virtue may be strengthened and diffused by such bodies.
14. Its action takes place at a remote distance, without the aid of any intermediary substance.
15. It is, like light, increased and reflected by mirrors.
16. It is communicated, propagated, and increased by sound.
17. This magnetic virtue may be accumulated, concentrated, and transported.
18. I have said that animated bodies are not all equally susceptible; in a few instances they have such an opposite property that their presence is enough to destroy all the effects of magnetism upon other bodies.
19. This opposite virtue likewise penetrates all bodies: it also may be communicated, propagated, accumulated, concentrated, and transported, reflected by mirrors, and

propagated by sound. This does not merely constitute a negative, but a positive opposite virtue.

20. The magnet, whether natural or artificial, is like other bodies susceptible of animal magnetism, and even of the opposite virtue: in neither case does its action on fire and the needle [of a compass] suffer any change, and this shows that the principle of animal magnetism essentially differs from that of mineral magnetism.
21. This system sheds new light upon the nature of fire and of light, as well as on the theory of attraction, of flux and reflux, of the magnet and of electricity.
22. It teaches us that the magnet and artificial electricity have, with respect to diseases, properties common to a host of other agents presented to us by nature, and that if the use of these has been attended by some useful results, they are due to animal magnetism.
23. These facts show, in accordance with the practical rules I am about to establish, that this principle will cure nervous diseases directly, and other diseases indirectly.
24. By its aid the physician is enlightened as to the use of medicine, and may render its action more perfect, and can provoke and direct salutary crises, so as to completely control them.
25. In communicating my method, I shall, by a new theory of matter, demonstrate the universal utility of the principle I seek to establish.
26. Possessed of this knowledge, the physician may judge with certainty of the origin, nature, and progress of diseases, however complicated they may be; he may hinder their development and accomplish their cure without exposing the patient to dangerous and troublesome consequences, irrespective of age, temperament, and sex. Even women in a state of pregnancy, and during parturition, may reap the same advantage.
27. This doctrine will finally enable the physician to decide upon the health of every individual, and of the presence of the diseases to which he may be exposed. In this way the art of healing may be brought to absolute perfection.

Endereço eletrônico:

<http://web.archive.org/web/20040710162753/http://www.unbf.ca/psychology/likely/readings/mesmer.htm>

ANEXO 2.

5-1-35
Ch. n. 1

2-1-534

SANATORIO ESPIRITA
UBERABA - Minas

III

QUESTOS . 0 0

Para a internação do enfermo

no Sanatório..... *Esprita* . 0 0

1 - Nome

2 - Sexo *feminino*

3 - Idade *34 anos de idade*

4 - Filiação

5 - Estado civil

6 - Nacionalidade

7 - Procedencia

8 - Condição social (profissão)

9 - Grau de instrução

10 - Característicos físicos

11 - Os ascendentes paternos e maternos estão vivos ou mortos? De que faleceram? Qual o estado dos que estão vivos?

12 - Entre os outros parentes do ramo paterno e materno teve ou tem atualmente alguns sofrendo de loucura ou de moléstia nervosa, de histeria, epilepsia ou paralisia? *tem um irmão com 25 anos de idade também sofrendo de perturbação mental*

13 - Teve ou tem ascendentes alcoólicos ou sífilíticos, histericos, epilepticos ou paralíticos?

14 - Nasceu a termo e em condições de saúde?

15 - Qual o caracter habitual do doente?

16 - Teve convulsões ou ataques e moléstias nervosas infecciosas na 1.^a e 2.^a infancia?

17 - Tem filhos? Quantos mortos e de que faleceram? Quantos vivos e qual o seu estado de saúde?

18 - O doente teve ou tem hábitos alcoólicos e contraiu alguma vez infecção sífilítica?

19 - Que moléstia sofreu antes da atual?

20 - Já esteve alguma vez acometido de histeria, epilepsia, ou de loucura? Quando e por quanto tempo?

21 - Há quanto tempo começou a moléstia atual?

22 - Como começou?

23 - Quais tem sido as suas manifestações por atos e palavras?

QUESTIOS

- 24 - Esteve ou tem estado agitado e furioso ou pelo contrario calmo e triste?
- 25 - Tem cometido violencias e atos agressivos? Contra quem?
- 26 - Perdeu a afeição da familia, parentes e amigos?
- 27 - Teve ou tem maus costumes e vicios? Quais são?
- 28 - Por effeito da molestia atual o doente mudou de vida, de habitos e costumes?
- 29 - Houve causas Moraes, como desgostos de familia, perda de fortuna e outras que pudessem influir para o aparecimento da molestia atual?
- 30 - Nome e residencia da pessoa da familia que pediu a internação:

O responsavel, Antonio Conrentino da Cunha
 Endereço: Araguany
 Internado em 3/1/34

4 - 1 - 34

1/20 int.
 Brometo de lítio - 15.0
 Op. flor. taraxys - 30.0
 Lave 3 colheres dia

Inte - gymna - 1/10
 Lave 1 colher 2x dia
 1/20 int.

Em 24-1-34

1/20 int. Inte - gymna araguany - 1/10
 1/20 int.
 Agua destilada - 110.0
 Valerianato amonico - 1.0
 Wood - 15.0
 Op. flor. taraxys - 30.0
 1 colher 2x dia

Luminal - 5 cent.
 B. clorobenz - 5 milly.
 Spartein - 1 milly.
 Em 1 papel Ep 10 -
 Lave 1 a noite.

Em 28/2/34

Inte - gymna ampola - 1/10
 Salobis ampola - 1/10

1/20 int.
 Cinohi - 1/20
 1 amp. 2x dia

Em 10-2-34

1/20 int.
 Sulfato sodu - 6.0
 Bicarbonato sodu - 5.0
 Phosph. sodu - 3.0
 Agua destilada - 1 litro
 Lave 1 colher 2x dia

1/20 int.
 Sedolipal 5 - 1/4
 1 amp. 2x dia
 Em 19/3/34

1/20 int.
 Agua destilada - 110.0
 Valerianato amonico - 1.0
 Wood - 15.0
 Op. flor. - 30.0
 Lave 2x dia

ANEXO 3.

FICHA N. 167



ENTRADA 5/4/38

SAÍDA 15/12/38 - trancado

Nome

Filiação João Roberto Souza - Estelina Franco Souza

Casado ou solteiro

Casado - Maria Regina Souza

Idade

40 anos

Cór

Morena

Naturalidade

Uberlândia

Estado

Minas Gerais

Historia da doença actual

baseado na alguma altura tendo, deste casamento, 2 filhas, filha, cadete. Foi sempre bom pai e esposo cuidadoso. Trabalhava em serviços de limpeza, fazia algo, porém, quieto, sossegado. Há 1 ano e 6 meses, sem causa justificada, começou a discutir com a filha, jogando a pa- ra o ar, castigando com crueldade, batendo etc, cha- mado a atenção pela mãe, esposa e pessoas amigas, tor- nou-se subitamente furioso, jogando verdadeira bomba, completamente transtornado. Ploteou uma mulher, a ma- chadada, feriu um dia sua conhecida e fugiu, aliu- usado, para o estado onde é e muito custo conseguiram encaixá-lo, completamente esgotado. Permaneceu no e trouxeram para casa onde foram tentados cura-lo, sempre, porém, amarrado e vigiado dia e noite. Não dormia e não se alimentava. Levado para Franca, ali esteve internado durante quase 2 meses. Fugiu e veio parar em casa, começando usar a sua e um lastime- ral estado. Precautelaram-no para Franca de onde, al- guns dias, após, tomou a fugir. Perambulou por umas cidades do estado de S. Paulo até que, encontrado, trouxeram-no para Uberlândia onde ficou 8 dias na prisão da localidade. Baseu incomodava muito, gritan- do dia e noite, sem dormir e sem se alimentar, re- soleram traze-lo para Uberlândia e aqui admitiu-lo. Não melhor. Ingressou no hospital com perturbação mental.

Exame do doente

FACIES: Face com stigmas de degenerescência - Rosto comprido, nariz adunco, testa larga, cabelos e barba pretos, mal cuidada.

ESTADO PSYCHICO: Falando muito, descomplicado, extremando sempre o ditado, sem significação. Rosto mal cuidado.

CONSTITUIÇÃO: Tipo hiperestênico - Alto, desenvolvido, musculoso - Higiene salutar.

Peso Em Altura

PELLE: Afrouxa, acinza, tipo do cabelo - Seca, usa muito. Muitas cicatrizes morruante no tronco e pernas.

GANGEIOS LYMPHATICOS: Hipertrófiada, palpanável, com reação dolorosa.

NARIZ: Comprido, terminando em forte dilatação. Mancha pigmentar.

OUVIDO: Orelha grande, mal implantada e conformada. Audição ótima.

GARGANTA: Boca e garganta, lábia grossa, dentes mal cuidada. Hipertrófia amigdalina.

OLHOS: Olho grande, bastante corado. Sobrancelhas pretas, curvas.

THORAX: Tipo hiperestênico - Alto, largo, desenvolvido e musculoso. Sternalgia pronunciada.

ABDOMEN: Paredes amplas - Forte conteúdo intestinal. Fígado hipertrófiado com reação dolorosa.

Aparelho circulatório

Pulso Coração
Pressão Arterial MX MN

Aparelho Genito Urinario

Urina de normal.

Systema Nervoso

Inquieto, agitado, nunca avisa recostado de seu, a pe-
sado falar, por não demonstrar ter o raciocínio preciso pa-
ra se manter - Pequena vigilância cuidadosa e constan-
te. Sua memória e seu raciocínio. Seu oração de lu-
gar, tempo e espaço. Fala muito, constantemente, em um
afaroso transe, misturando o assunto com a omni-
ma conexão. Predomina espírito de grandeza, apesar
de estar sob o colunato variado, quasi não se
afirma - e rapidamente. No primeiro dia, em um
momento de grande agitação, por um medium in-
dente, bem desenvolvido e de confiança, foi visto, ao
seu lado, uma mulher, engravida. Em recibos
forte influencias e irradiação espirituosa. É medium
de incorporação e pouco que, mediante. Necessita desen-
volvimento e domínio do proprio espirito.

Exames

Líquido Cephalo - Racheano

Urina

Sangue

Fezes

Exsudatos

Diagnostico

É medium de incorporação. Influencias
espirituas
Syphilis cerebral

Prognostico

Gravido.

Tratamento.

Notas sobre a marcha da doença

Sen. José Rodrigues de Souza
Casa Branca - Caixa 150
Uberlândia.

2

- to int. Seleniano - 1 V. L.
Come 50 gotas 3 vezes dia.
- to ext. Selenio M. - 1 ca
to indic.

- to int. Elixir Iodado - 1 V. L.
1 colher com refresco
- to ext. Bicromato - 1 ca
1 colher com refresco 3/3 dia.
- to ext. Iodoformo - 1 ca
1 colher com refresco.

3

ANEXO 4.

FICHA N.º 1.332



ENTRADA 30-3-47

SAÍDA 23-5-47 - curada

Nome _____
 Filiação Horacio Leix. Carvalho - Izaura fenoleira de Jesus
 Casado ou solteiro Solteiro
 Idade 20 anos
 Côr Branca
 Religião Católica
 Naturalidade Luziniguara Estado Minas

Foi sempre muito discreta, correta, controlada no seu modo de vida. Limpota, afeta ao trabalho e sem molestias graves, no passado. Ha 20 dias, mais ou menos, notaram o seu descontrole psiquico porquanto deu ma mania de falar que sua familia desejava mandar matar o seu marido, ideia fixa que se apoderou do seu espirito, falando nisso dia e noite, tomando odio de todos os seus e tentando fugir de casa.

A noite, dorme pouco, falando sozinho, continuamente, como que confabulando com pessoas que só ela vê ou ouve.

Não obedecendo mais as pessoas da familia e notando que o seu estado mental se agravava dia a dia a pesar dos tratamentos por qual foi submetida, resolveram intermedia-la para o tratamento espiritual. Porca, me verdade, tratar-se de um caso espiritual - medium sensitiva, sofrendo irradiação de espiritos imperfeitos.

NOME _____
QUAL A MANIA *Que mataram o nervo dela*
QUANDO ADOECEU *A 20 dias*
QUE MAIS FALA *Em namorado*
DE ONDE É NATURAL *Itumbeta*
QUAL A PROCEDENCIA *Itapaciguara*
NACIONALIDADE *Brasileira*
ENDEREÇO DO DOENTE *Str Jose Dutra Alvim, Rua*
DO RESPONSÁVEL *Presidente Olegario 6*
NOME DO ESPOSO, OU ESPOSA _____
ESTÁ EM TRATAMENTO _____
COM MEDICO _____
QUAL O TRATAMENTO _____
ESTADO CIVIL *Solteira*
IDADE *20 anos*
NOME DO PAI *Therasio Teixeira de Carvalho*
ESTÁ VIVO *Sim*
OU JÁ É FALECIDO _____
NOME DA MÃE *Lyara Genoveva de Jesus*
ESTÁ VIVA _____
OU JÁ É FALECIDA _____
UZA BEBIDA ALCOOLICA *Não*
Qual a religião que professa *Catolica*
É a primeira vez que adocece de molestia nervosa *Sim*
Ja houve outros casos na familia *Sim um irmão*
Assinatura do responsavel *Jose Dutra Alvim*
Uberaba, 30 de Março de 1947

Exames

Líquido Céfaló-Raqueano

Urina

Sangue

Fezes

Exsudatos

Diagnóstico

Esquizofrenia (Alsenai)

Prognóstico

Bom

ANEXO 5.

De 1947 para 1948

SANATÓRIO ESPÍRITA DE UBERABA

FICHA N. 1.334



ENTRADA 28.11.47

SAÍDA 2.4.48 curada

Nome ..
 Filiação José Teotônio de Carvalho - Honorina Rosa Jesus
 Idade 30 Nacionalidade Brasileira Naturalidade Luz. Minas
 Estado civil Casada sexo Feminino cor Branca
 Profissão Doméstica Religião Católica
 Residência Luz - Minas Telefone
 Tem bens? .. É interdito? ..
 Curador ..
 Internado por José Jarcia de Carvalho
 Documentos relativos à entrada ..

Objetos entregues: ..

Observações: É a quarta vez que se vê acometida por perturbação mental. A 1.ª tratou-se em Oliveira - ficou lá durante 3 meses. As demais, tratada em a própria residência. Essa última data de 1 mês, apenas, vindo quase repentinamente, com fúria, inquietação, muito agitado, falando muito, rasgando as próprias vestes. Pouco dorme e pouco se alimenta, estando bastante enfraquecida. Na família, 1 irmã e 1 tio paterno.
 PSICOSE AUTO-TÓXICA (nômina) BOM