



A gratidão
como forma
de evolução
espiritual



A visão
espírita da
deficiência
visual



Intervenções
espirituais na
saúde mental:
são possíveis?

Saúde & *Espiritualidade*

Nº 6 • ABR / MAI / JUN 2012

Eutanásia:
temos o direito
sobre nossa
própria vida?

A defesa da vida

Marlene Nobre

Há quem diga que o aborto é um direito da mulher. Não existe engano maior. Tirar a vida de alguém é crime. A mulher, tanto quanto a equipe médica, o Estado, ou o companheiro, não tem esse direito.

O artigo 5º da Constituição Brasileira garante a inviolabilidade do direito à vida, defendendo-o como bem fundamental do ser humano. É certo que o artigo 4º afirma que a personalidade civil do homem começa no nascimento com vida, mas a lei põe a salvo que ela deve ser defendida desde a concepção (Código Civil, Lei Federal 3.071). E mais, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, celebrada na Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, deixou claro, no chamado Pacto de São José da Costa Rica, assinado por inúmeros países, entre os quais o Brasil, que esse direito deve ser protegido, desde o momento da concepção. Nossa Lei Maior reconhece, portanto, que a vida está presente no zigoto ou na primeira morada do ser humano - a célula-ovo – e deve ser defendida, porque é um bem indisponível.

Assim sendo, qualquer projeto de lei em prol da legalização do aborto, que tramite no Parla-

mento brasileiro, é, antes de tudo, inconstitucional. Infelizmente, assistimos, hoje, a mais uma investida para a legalização do aborto no Brasil com a proposta de reformulação do Código Penal, que deverá ser votada por senadores e deputados.

Com esse grande perigo à vista, é chegada a hora de lutarmos, mais uma vez, com empenho e coragem, na defesa da vida, a fim de mantermos a nossa Constituição intacta, livre dessa nódoa.

Para os defensores do aborto, embrião e feto são “coisas” e como tais passíveis de serem destruídos em qualquer tempo. Esta, porém, não é a opinião da imensa maioria do povo brasileiro que tem se manifestado em diversas pesquisas de opinião, contrariamente ao aborto, porque considera o embrião como pessoa.

A sociedade que apela para o aborto, declara-se falida em suas bases educacionais, porque dá guarida à violência no que ela tem de pior, que é a pena de morte para inocentes. Compromete, portanto, o seu projeto mais sagrado que é o da construção da paz.

O que a gestante precisa é de amparo à maternidade, de esclarecimentos quanto ao uso de métodos anticoncepcionais confiáveis e de vias fáceis de acesso a eles, para que possa planejar sua família. Uma sociedade organizada, segundo as leis de Deus, obrigatoriamente, deve ter o amor na sua base de sustentação. Entre outras ações, tem o dever de cuidar da educação de crianças e jovens, dar todo o apoio à maternidade e à paternidade responsáveis, além de cuidar

dos que trabalharam uma vida toda e têm de ser amparados na velhice.

Assim, nossa luta continua para que o Ordenamento Jurídico Brasileiro continue a respeitar a vida desde a concepção. É preciso que esse direito seja respeitado a fim de que a nossa bandeira mantenha-se pura e imaculada como até aqui – símbolo de uma nação que escolheu a vida e a paz como sua vocação primordial.

S U M Á R I O

Seção Dr. Responde	4
Médico Espírita na Prática - Doenças Crônicas e Qualidade de Vida	6
Médico Espírita na Prática - Imunologia e Espiritualidade	10
Médico Espírita na Prática - Visão médico-espírita das deficiências visuais	14
Seção Fé e Ciência	20
Evolução na Ciência - A psicologia da gratidão	22
Eventos	32
Dicas de livros	34
Bioética - Eutanásia	38
Pesquisa em Espiritualidade	54



Reprodução Assistida e Bioética

Boa noite,

Sou espírita e preciso de orientação para tomar uma decisão importante.

Estou querendo engravidar e decidi procurar ajuda através de fertilização *in vitro*, pois tenho uma relação homoafetiva e queremos constituir uma família. Desde então tenho procurado informações sobre o assunto e descobri que são fecundados mais óvulos dos que são implantados no útero da mulher, ou seja, os que não forem implantados são descartados. Minha dúvida é se para o mundo espiritual os óvulos fecundados já tem vida ou se podem ser considerados com vida apenas a partir do momento em que se podem ouvir os batimentos cardíacos?

**Espero conseguir uma orientação.
(A.P.)**

Cara A.P.

O Livro dos Espíritos na questão 344 traz a seguinte resposta a uma pergunta de Kardec:

Questão 344. *Em que momento a alma se une ao corpo?*

“A união começa na concepção, mas só é completa por ocasião do nascimento. Desde o instante da concepção, o Espírito designado para habitar certo corpo a este se liga por um laço fluídico, que cada vez mais se vai apertando até ao instante em que a criança vê a luz. O grito, que o recém-nascido solta, anuncia que ela se conta no número dos vivos e dos servos de Deus”.

Nós Espíritas, portanto, baseados na resposta dos espíritos e em outras comunicações espirituais, temos a convicção que a vida do ser humano se inicia no momento da fertilização ou concepção. Independente do modo em que o embrião é gerado seja por relação sexual ou em laboratório (fertilização *in vitro*), o embrião é portador de vida e com toda a possibilidade de ter um espírito a ele ligado. Como não temos meios de saber qual embrião tem a ele ligado, um espírito, devemos respeitar e preservar todos, como seres humanos.

Na técnica de reprodução assistida são produzidos de 8 a 12 óócitos (pré-óvulos) que vão dar origem ao mesmo número de embriões, quando associados aos espermatozoides, em laboratório. Desse total, são implantados no útero da mulher, um máximo de quatro, o que é o limite permitido pelo Conselho Federal de Medicina, para evitar gestações múltiplas e riscos maiores de insucessos. O restante 4 a 8 embriões, não implantados, serão congelados. No Brasil, a Lei de biossegurança, permite que após três anos de congelamento, os embriões não aproveitados pelos pais e com a permissão dos mesmos, sejam usados para pesquisa científica.

Nós, da Associação Médico Espírita do Brasil somos contra o uso dos embriões congelados para quaisquer fins que não seja o da reprodução humana, pois respeitamos a vida do embrião.

Sugiro que vocês conversem com o médico responsável pela reprodução assistida e solicitem a produção de no máximo quatro embriões e que todos eles sejam implantados no útero, evitando assim o congelamento e possível descarte posterior. Considerem, também, que ao decidir pela reprodução assistida os embriões formados são frutos de uma decisão (livre arbítrio) do casal, baseados num desejo que enseja amor e responsabilidades, tanto para os embriões implantados como para os excedentes.

*José Roberto Pereira Santos
Comissão de Bioética da AME-Brasil*

Psicopatias

Gostaria de saber qual a sua opinião sobre os psicopatas. Esse é um assunto que me interessa muito, acabei de ler o livro “mentes perigosas” da psiquiatra Ana Beatriz e ela afirma que os psicopatas não tem sentimento. Na visão espírita, como é isso? Eles realmente não têm sentimento? O que os fez ficarem assim tão frios? Muito obrigada pela atenção.

(C. – Recife –PE)

Prezada C.,

Os doentes mentais são espíritos que muito erraram pe-

rante a Lei Divina; são almas muito comprometidas com os erros de vidas passadas, por isso tem o seu próprio perispírito desequilibrado, o seu corpo mental destrambelhado, e renascem dessa forma na tentativa de se reequilibrarem, embora muitas vezes não consigam fazê-lo em uma única existência, devendo voltar várias vezes à Terra. Eles precisam de tratamento a vida toda, mas em nosso país os doentes mentais de um modo geral não tem boa assistência médica.

Dentre os doentes mentais, os psicopatas não conhecem limites, não colocam sentimento em nada do que fazem, porque aprenderam a agir dessa forma em vidas sucessivas, como se fossem donos do bem e da verdade, sem ter que dar satisfação a ninguém. Eles fazem as leis e agem como se os outros não existissem. São as aberrações a que nos leva o egoísmo. Mas através da dor e das vidas sucessivas eles também alcançarão a evolução espiritual.

Marlene Nobre – presidente da AME-Brasil

Passe Magnético e Depressão

Preciso de uma ajuda sobre o tema depressão, assisti ao vídeo - Estudando a Depressão - que em resumo para que possamos sair da depressão nós temos que tomar as seguintes atitudes: receber passes, assistir a palestras, tomar água fluidificada, orar e ir ao médico especialista. Em seu livro *O passe como cura magnética*, não fala se há um passe específico para depressivo, isto é, há passe específico, usando técnicas diferentes, no passe para depressivo?

(M.Z. – Brasília – DF)

Prezada M.,

A depressão tem de ser tratada como doença multifatorial que tem que ter assistência médica e espiritual. Não se descuide de ir ao médico, prestar atenção no diagnóstico que lhe for dado e tomar os medicamentos recomendados.

No meu livro não falo em passes especiais para a depressão, porque isso não existe. Os passes constituem excelen-

te medicação para todas as doenças.

Constituem em transfusão de energia vital de uma pessoa para outra. Eles são direcionados, principalmente, pelos médicos do além a fim de melhorar a condição do doente encarnado. Tudo vai depender da absorção que o paciente fizer do auxílio que lhe é dado.

Continue com fé a realizar o tratamento médico e espiritual. Os milagres são obras da fé, diz o Evangelho de Jesus.

Marlene Nobre – Presidente da AME-Brasil

Embriões Congelados

Prezados Senhores,

Sou do interior de MG, temos um grupo de oração que se reúne toda semana para realização do estudo do evangelho. Espíritos convictos, solicitamos dos senhores ajuda para esclarecermos um assunto que está afligindo um casal de amigos que fizeram uma fertilização *in vitro* e tiveram gêmeos, porém foram fecundados também mais quatro óvulos no caso de uma negativa inicial.

Portanto estes óvulos estão fecundados e congelados e o casal não mais pode gerá-los. Nossa dúvida é: Já temos um espírito ligado a esta fertilização? O que seria considerado aborto? Ou somos ligados quando os temos conectados aos nossos órgãos? Por favor, nos ajude a tranquilizar esta mãe que teme pelo futuro destes.

Buscamos sempre, mas ainda não obtivemos uma resposta direta.

(A.L. – MG)

Prezada A.L.,

Nos dias de hoje, a única forma de saber se há espíritos ligados é implantando os embriões no útero.

Não há alguém necessitando de adotar esses embriões?

Quero dizer: não há alguma mulher que não produz óvulos e que poderia transplantar os embriões excedentes para tentar engravidar em um legítimo processo de adoção?

Se não houver, a própria dona dos embriões não se candidataria novamente?

Marlene Nobre – Presidente da AME-Brasil



Christina Alochio

“A enfermidade longa é uma bênção constitui precioso curso preparatório

Giovana Campos

Com a definição acima, ditada pelo espírito André Luiz, na obra *Entre a Terra e o Céu*, psicografada por Chico Xavier, a pneumologista Christina Alochio apresentou um paralelo entre as doenças crônicas e a qualidade de vida e como a Doutrina Espírita pode auxiliar na compreensão desses quadros enfermos, por muitas vezes de difícil provação tanto para os pacientes como para seus familiares.

Como definir e quais são as doenças crônicas?

Doenças crônicas são as de longa duração e progressão geralmente lenta. São a principal causa de mortalidade no mundo, o que, em 2008, representou 63% de todas as mortes no mundo, ou seja, 36 milhões.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardíacas, o acidente vascular cerebral, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes. A OMS também inclui nessa lista aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Todas elas exigem contínua atenção e esforços de governos e das famílias.

De acordo com a OMS, o que é a qualidade de vida?

A OMS define como qualidade de vida a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive,



o desconhecida entre os homens, o da libertação da alma”



e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, apesar de a doença ser a mesma, no mesmo grau de intensidade, a qualidade de vida dos indivíduos pode ser completamente diferente, de acordo com a sua história de vida e as suas crenças.

Como inserir a qualidade de vida nos casos de doenças crônicas?

Cada vez mais informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos em algumas doenças, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde.

Pensar mais em qualidade de vida e com o desenvolvimento de mais pesquisas nessa área poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande importância para a superação de modelos de atendimento eminentemente biológicos, que negligenciam importantes aspectos socioeconômicos, culturais, psicológicos e espirituais nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

Clinicamente, o que desperta ou causa a cronicidade de uma doença?

A medicina ainda não dispõe de meios de cura para algumas doenças ou suas sequelas, necessitan-



do manter tratamento por longo tempo, às vezes, para toda a vida.

A experiência física é fator decisivo para o melhor aprimoramento espiritual?

Sim, Emmanuel, em *O Consolador*, nos fala que “A doença incurável traz consigo profundos benefícios. Que seria das criaturas terrestres sem as moléstias dolorosas que lhes apodrecem a vaidade? Até onde poderiam ir o orgulho e o personalismo do espírito humano, sem a constante ameaça de uma carne frágil e atormentada?”.

André Luiz, em *Entre a Terra e o Céu*, afirma que “A enfermidade longa é uma bênção desconhecida entre os homens, constitui precioso curso preparatório da alma para a grande libertação. Sem a moléstia dilatada, é muito difícil o êxito rápido no trabalho da morte”.

Como fazer um paralelo entre essas doenças e o Espiritismo?

O Espiritismo nos ensina que a doença é um processo de ajustamento à Lei de Deus, que infringimos nesta vida ou em passadas, sendo um recurso necessário para nos colocarmos em harmonia com a Lei de Deus.

“Doença e dificuldade são, algumas vezes, as muletas de que carecemos em longos períodos de reajuste” (*Estante da Vida*, pelo Espírito Irmão x Humberto de Campos).

Há pesquisas apontando a espiritualidade como fator de promoção de melhor qualidade de vida nos quadros crônicos?

Os trabalhos sugerem que os pacientes gravemente enfermos muitas vezes se voltam para práticas espirituais para ajudá-los a enfrentar esses eventos, porque a espiritualidade parece ajudar o processo de ajuste e diminui alguns dos efeitos psicológicos negativos que muitos experimentam.

São escassas as pesquisas que estudam diretamente os mecanismos pelos quais a espiritualidade pode levar a um melhor enfrentamento, cicatrização e controle da doença. A oração e a meditação têm sido associadas com o relaxamento, um acentuado senso de controle e aumento do efeito placebo (1, 2). Alguns estudos laboratoriais e clínicos, por sua vez, ligam esses estados com a melhora do funcionamento dos sistemas fisiológico, bioquímico e imune (3, 4, 5). Práticas espirituais, especialmente aquelas associadas com a religião formal, podem ser associadas com a redução de comportamentos de alto risco para a saúde (fumar, beber, usar drogas, por exemplo) (6, 7) e apoio social reforçado (8, 9, 10).

Já as pesquisas sobre a influência da espiritualidade na qualidade de vida são inúmeras, como, por exemplo:

- No câncer: Pacientes com câncer que relatam forte sentido de espiritualidade têm aumento dos sentimentos de paz, conforto e suporte (11), menos efeitos debilitantes da fadiga (12), dor menos intensa (13,14), e menos ansiedade (15). Brady et al (12) propuseram que a espiritualidade é tão importante parte da recuperação de um paciente de câncer e de saúde que devem ser incorporados em medidas de ferramentas validadas em qualidade de vida.

- Em doenças cardiovasculares: Pesquisa observacional demonstrou uma ligação entre a frequência regular à igreja e diminuição da mortalidade causada pela doença coronariana, em uma amostra de 393 pacientes de uma unidade coronariana (16). Frequência à igreja também tem sido associada a menor pressão arterial, que pode ser um mecanismo pelo qual a espiritualidade pode afetar a recuperação de doenças cardíacas (17, 18).

Também pode ocorrer de a religião ser fator negativo no enfrentamento da doença, quando o indivíduo tem uma visão de que essa doença é um

castigo divino (punição) ou um abandono de Deus. Em um grupo de cuidados paliativos com prognóstico de dias ou semanas, essas crenças foram positivamente associadas à angústia, confusão, depressão, e negativamente associada com bem-estar físico e emocional, qualidade de vida, assim como em pacientes com dor crônica foram associados a dor mais intensa ou mais prolongada (19, 20).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Kuhn CC. A **spiritual inventory of the medically ill patient**. Psych Med 1988;6:87–100.
- 2) Marlatt GA, Kristeller JL. Mindfulness and meditation. In: Miller WR, editor. **Integrating spirituality into treatment**. Washington, DC: American Psychological Association;1999. p. 67–84.
- 3) Kiecolt-Glaser JK, Malarkey WB, Cacioppo JT. Stressful personal relationships: immune and endocrine function. In: Glaser R, Kiecolt-Glaser J, editors. **Handbook of human stress and immunity**. San Diego, CA: Academic Press; 1994.
- 4) Benson H. **The relaxation response**. New York: William Morrow; 1996.
- 5) Weisse CS. **Depression and immunocompetence**: a review of the literature. Psychol Bull 1992;111:475–89.
- 6) Adelekan ML, Abiodun OA, Imouokhome-Obayan AO, Oni GA, Ogunremi OO. **Psychosocial correlates of alcohol, tobacco, and cannabis use**: findings from a Nigerian university. Drug Alco Depend; 1993;33:247–56.
- 7) Koenig HG, George LK, Meador KG, et al. **Religious affiliation and psychiatric disorders among Protestant baby boomers**. Hosp Commun Psych 1994;45:586–96.
- 8) Levin JS. **Religion and health**: is there an association, is it valid, and is it causal? Soc Sci Med 1994;38:1475–82.
- 9) Bradley DE. **Religious involvement and social resources**: evidence from the data set, “Americans’ Changing Lives.” J Scient Study Relig 1995;34:259–67.
- 10) Ellison CG, George LK. **Religious involvement, social ties, and social support in a Southeastern community**. J Scient Study Relig 1994;33:46–61.
- 11) Jenkins R, Pargament K. **Religion and spirituality as resources for coping with cancer**. J Psychosoc Oncol 1995;13:51–74.
- 12) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, et al. A **case for including spirituality in quality of life measurement in oncology**. Psycho Oncol 1999;8:417–28.
- 13) Idler EL. **Religion, health, and nonphysical senses of self**. J Relig Health 1995;30:21–33.
- 14) Yates JW, Chalmer BJ, St. James P, et al. **Religion in patients with advanced cancer**. Med Pediatr Oncol 1981;9:121–8.
- 15) Kaczorowski JM. **Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer**. Hosp J 1989;5:105–16.
- 16) Comstock GW, Partridge KB. **Church attendance and health**. J Chron Dis 1995;25:665–72.
- 17) Jorgenson RJ, Bolling DR, Yoder OC, et al. **Blood pressure studies in the Amish**. Johns Hopkins Med J 1972;131:329–50.
- 18) Levin JS, Vanderpool HY. **Is religion therapeutically significant for hypertension?** Soc Sci Med 1989;21:69–78.
- 19) Judith Hills, **Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation**, Journal of Palliative Medicine, vol. 8, number 4, 2005
- 20) Elizabeth Rippentrop, **The Relationship between religion/spirituality and Physical Health, Mental Health, and Pain in Chronic Pain Population**, Pain 116 (2005) 311–321



Luciana Galvão

Espiritualidade e Imunologia

Giovana Campos

A médica imunologista Luciana Galvão, presidente da AME-ABC, concedeu entrevista sobre a imunologia, que é o ramo da biologia que estuda o nosso sistema imunológico, também conhecido por imunitário. A função desse sistema é lidar com o funcionamento fisiológico do sistema imune de um indivíduo, no estado sadio ou não, e o imunologista visa entender o porquê do mau funcionamento do sistema imune em caso de doença imunológica. Mas como relacionar a imunologia com a espiritualidade? Abaixo, a médica nos aponta que, sim, é possível essa relação e que o tema começou a ser estudado há mais de 20 anos, demonstrando que é positiva e real a interferência da fé, religiosidade e das emoções em nosso quadro imunológico.

O determinismo genético é fator decisivo para um bom sistema imunológico?

O sistema imunológico faz o patrulhamento da circulação e migração de células que buscam interagir com um antígeno (qualquer substância capaz de ser reconhecida) nos diferentes tecidos. Sem dúvida, a estrutura celular, as combinações e recombinações genéticas, além de determinarem o padrão de ativação do sistema imunológico e os receptores de membrana (macrófagos, neutrófilos, Ly T e Ly B), e complexo MHC presentes em todas as células do nosso organismo, são determinantes na atuação do sistema imunológico¹. Ao longo de milhares de anos, o genoma vem incorporando e eliminando genes, o que faz da espécie humana o que é hoje.

A visão espiritual acrescenta o fator individual e as programações trazidas por nós. Se analisarmos o conteúdo

genético como reflexo do nosso perispírito, que trazemos para essa nova experiência e sendo esse material genético a fonte da programação reencarnatória, o sistema imunológico também é reflexo dessa programação. No entanto, como descrito, por exemplo, em *Ação e Reação*, de André Luiz, a programação pode ser modificada, abrandada ou até acrescida, dentro nas necessidades de sua evolução².

Como as questões ambientais podem influir na imunologia de um indivíduo?

Os fatores ambientais podem atuar no material genético e indiretamente interferir nos padrões de resposta. O genoma guarda uma estabilidade, e pode ser danificado por fatores endógenos (causadas por Espécies Reativas de Oxigênio – ERO) e exógenos (radiação ultravioleta, raios-X, ondas gama, toxinas de plantas, produtos industrializados, quimioterapia e radioterapia). No entanto, os genes são constantemente reparados e estudos experimentais em animais, onde genes associados ao reparo de DNA foram silenciados, resultaram na aceleração do envelhecimento, manifestação precoce da idade relativa às doenças e susceptibilidade aumentada ao câncer. Os estudos em que a expressão de certos genes relacionados a reparos de DNA foi aumentada, resultaram em expectativa de vida expandida e resistência a agentes carcinogênicos em células em cultura³. Ou seja, nosso arcabouço genético nos municia para embates e pode, sim, sofrer interferência de fatores ambientais.

A Espiritualidade pode atuar no sistema imunológico?

Variadas publicações científicas surgiram, a partir de 1990





(Fig. 1)⁴, após o estudo dos drs. Robert Ader e Nicholas Cohen, em 1975, demonstrando que o sistema imunológico pode ser condicionado⁵. Em 1980, o dr. Ader cunhou o termo psiconeuroimunologia (PNI). A partir daí, um grande número de publicações e algumas revisões destacam a interferência das emoções negativas e positivas no sistema imunológico⁴. Para falar especificamente do binômio espiritualidade e sistema imunológico, ninguém melhor do que o dr. Harold Koenig, que há muitos anos estuda e publica artigos na área de espiritualidade e qualidade de vida. E, dentro das suas revisões, encontramos vários autores correlacionando espiritualidade e imunologia⁶.

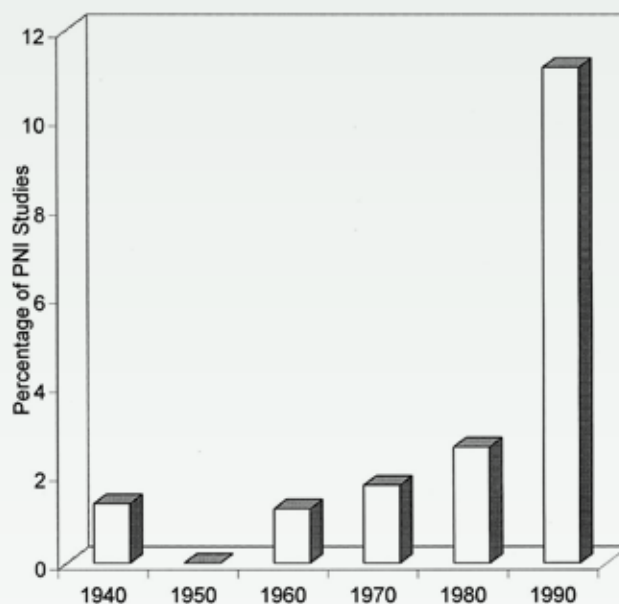
Existem evidências, tanto clínicas como observacionais, sobre a influência da espiritualidade na melhora da resposta imunológica?

Sim. Trabalho avaliando mais de 1.700 adultos de certa comunidade, indica que altos níveis de interleucina-6 (IL-6 - uma citocina pró-inflamatória) foram significativamente mais frequentes naqueles que não participavam de serviços religiosos do que nos que participavam⁷. Altos níveis de IL-6 foram notados em doenças como aids e linfoma e entre pessoas idosas, podendo ser indicadores de um sistema imunológico fraco e instável.

Duas outras boas publicações avaliam a religiosidade, a afetividade e o *status* imunológico em pacientes homossexuais masculinos sintomáticos infectados pelo HIV⁸, entre os quais um aumento na espiritualidade ocorre, após o diagnóstico, e é preditivo de uma evolução mais lenta da doença, ao longo de quatro anos de avaliação⁹. Ambos os estudos avaliam como marcador biológico o nível de CD4.

A mesma enfermidade pode assumir diferentes características nos indivíduos. Por que isso acontece?

Esse talvez seja o fato mais interessante. Por exemplo, sabemos que se 100 pessoas forem expostas ao vírus da hepatite C, entre 60 a 70 delas terão hepatite crônica, e as outras 30 demonstram contato com o vírus, mas provavelmente evoluirão com atividade da doença. E também que a taxa de ataque do vírus da influenza é de 30% (ou seja, de 100% da população, 30% evidenciarão a doença) e, desses, 0,1% morrerão devido à infecção. Mas o que determina doença, cura ou morte? O número de cepas? A virulência do microrganismo? A imunidade da pessoa? Na verdade, o que determina o adoecimento ou não é exatamente a combina-



ção desses três fatores e, por isso, as diferentes características nos indivíduos.

Em *Evolução em Dois Mundos* (EDM), capítulo 19, 2ª parte, as endemias assim são tratadas: "As endemias são quase sempre doenças que graçam numa coletividade ou numa região, dependendo de causas simplesmente locais. Devemos, assim, capitulá-las, não obstante os casos cármicos individuais que se agravam por influência delas, no quadro das conquistas higiênicas que o homem é naturalmente obrigado a realizar por si, como preço devido ao progresso comum". Ou seja, há fatores locais, regionais e individuais.

As emoções podem influir na relação saúde/doença? Quanto?

Segundo a Dra. Candace Pert, os ligantes (neurotransmissores, neuropeptídeos e hormônios) se unem aos receptores de superfície das células e vêm coloridos pelas emoções e o que está na mente está no corpo¹¹. Terei a ousadia de dizer que, se escolhermos emocionalmente, as células imunológicas respondem com padrão de citocinas e esse caldo pode atuar no trofismo do Sistema Nervoso Central (SNC) - a via parece ser bidirecional.

As publicações que tratam da espiritualidade e a qualidade de vida apontam que a espiritualidade/religiosidade positiva (*coping* - positivo) pode ser altamente benéfica, pois está associada a: dar uma visão otimista do mundo traz significado e propósito para a vida, ajuda na integração psicológica do indivíduo, traz esperança e motivação, aumenta a sensação de empoderamento pessoal e controle, possui modelos para o sofrimento, ajuda

na tomada de decisões, e promove o suporte social.

É possível falar em imunologia perfeita?

Somos seres espirituais em vivência na matéria e em processo de evolução; portanto, nosso sistema imunológico também está em processo de evolução. Assim nos fala André Luiz/Francisco Cândido Xavier em *Evolução em Dois Mundos* (capítulo 20, 2ª parte): “Amparo aos outros cria amparo a nós próprios motivo porque os princípios de Jesus, desterrando de nós animalidade e orgulho, vaidade e cobiça, crueldade e avaréza, e exortando-nos à simplicidade e à humildade, à fraternidade sem limites e ao perdão incondicional, estabelecem, quando observados, a Imunologia Perfeita em nossa vida interior, fortalecendo-nos o poder da mente na autodefensiva contra todos os elementos destruidores e degradantes que nos cercam e articulando-nos as possibilidades imprescindíveis à evolução para Deus”¹⁰.

A Doutrina Espírita aponta casos sobre o sistema imunológico em sua literatura?

Assim como Jesus, a leitura da Doutrina que pude fazer (que, com certeza, não é completa) nos instrui quanto à necessidade do autoconhecimento, do autoamor, do amor ao próximo, do perdão, ou seja, nos instrui a encontrar e entender as emoções negativas presentes em nós e a importância de trabalhar as emoções positivas.

Há pesquisas apontando a religiosidade/espiritualidade (R/E) como fator de promoção de melhor qualidade imunológica em portadores de câncer ou portadores do vírus HIV?

Além daquelas já comentadas, em relação aos pacientes que vivem com HIV, um livro em especial traz, além da orientação quanto à importância dos cuidados com alimentação, de exercícios físicos, como atingir o “estado de espírito” anticâncer¹² traz um resumo de estudos experimentais, estudos epidemiológicos, muitas vivências, a utilização de técnicas de meditação e a importância do autoconhecimento no processo de cura espiritual, não necessariamente de cura do corpo físico. Essa referência é completa, quanto ao auxílio na prevenção e no tratamento do câncer. Publicação recente, que fala sobre a terapêutica complementar espírita e resultados em saúde, é uma revisão sistemática e demonstra de moderada a forte evidência de que trabalho voluntário e pensamentos positivos estão relacionados a bons resultados

em saúde. A imposição de mãos, vida virtuosa e prece por si, se relacionam também a resultados positivos¹³. Aponta também que mais estudos nessa área podem contribuir na medicina complementar e investigação do binômio mente/espírito-corpo.

REFERÊNCIAS

Janeway, CA. **Imunobiologia** – o sistema imunológico na saúde e na doença, 4. ed., 2000.

Xavier, FC (esp. André Luiz) **Ação e reação**. Capítulo 19 – Sanções e Auxílios.

Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Reparo_de_ADN>.

Kiecolt-Glaser, JK et al. **Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future**. *Psychosomatic Medicine*, 64:15–28 (2002).

Ader R, PHD, Cohen N. **Behaviorally conditioned immunosuppression**. *Psychosomatic Medicine* 37(4):333-340 (1975).

Koenig HG, MD. **Spirituality in patient care, why, how, when and what**. FE Editora Jornalística Ltda. São Paulo, 2005.

Koenig HG, et col. **Attendance at religious services, interleukin-6 and other biological indicators of immune function in older adults**. *Intern J Psych Med*. 1997; 27:233-250.

Woods TE, Ironson GH et col. **Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV infected gay men**. *J Psycho Research*. 1999;46:165-176.

Gail Ironson, MD, PhD Rick Stuetzle, PhD, Mary Ann Fletcher, PhD. **An Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 Years in People with HIV**. *J Gen Intern Med* 2006; 21:S62–68.

Xavier, FC (esp. André Luiz) **Evolução em dois mundos**. Capítulo 19 – Predisposições Mórbidas.

Pert CB. **Molecules of emotion. The science behind mind-body medicine**.

Servan-Schreiber D. **Anticâncer** – prevenir e vencer usando nossas defesas naturais. Edição atualizada. Editora Fontanar, 2009.

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nobre MRS. **Complementary spiritist therapy components: systematic review of scientific evidence**. Inédito.



Lizabel Gemperli

Uma abordagem médico-espírita da deficiência visual

Giovana Campos

Como entender a falta de visão? Um dos principais sentidos do ser humano, a visão é importante para fazermos as atividades mais simples de nosso dia-a-dia, mas, como ficam aqueles que vivem com diferentes graus de deficiência, podendo, inclusive, chegar à total escuridão? Esse panorama foi bem delineado pela médica oftalmologista Lizabel Gemperli, vice-presidente da Associação Médico-Espírita do Mato Grosso do Sul, que discorreu sobre esse tópico por ocasião do Mednesp, realizado na cidade de Belo Horizonte (MG).

Como definir e quais os tipos de deficiência visual?

A delimitação do grupamento denominado deficientes visuais, dá-se por duas escalas oftalmológicas: a **acuidade visual**, aquilo que se enxerga a determinada distância e o **campo visual**, a amplitude da área alcançada pela visão.

Assim, a cegueira pode ser dividida em:

- Cegueira Legal (1) que é a redução de 80 % ou mais da visão normal;
- Cegueira Social (2), nesse conceito, incluem-se as pessoas totalmente cegas, bem como aquelas com alguma percepção visual;
- Cegueira Psicológica (3), segundo a qual é consi-

derado cego aquele que nasceu cego ou perdeu a visão até os cinco anos de idade, de modo a não poder basear os seus conceitos em experiências visuais;

- Cegueira Oftalmológica (4) é aquela que define a deficiência da visão segundo a acuidade visual corrigida (grau) do melhor olho e, com base nesse critério, temos três tipos de cegueira; a cegueira total ou absoluta, a cegueira prática e a cegueira econômica ou profissional.

A cegueira absoluta é a perda total da visão (acuidade visual = 0). Esse é o conceito popular de cegueira. A cegueira prática corresponde à acuidade visual = 2 %, dá para contar dedos a 1 metro; o indivíduo só consegue se locomover com recursos auxiliares (ex.: bengala). Na cegueira profissional, o indivíduo tem acuidade visual = ou < 10 %; chama-se cegueira profissional porque, embora apresente um resíduo de visão, não consegue ler (aprende **braile**) e não terá capacidade para desempenhar a maioria das profissões.

Existem indivíduos cuja faixa de acuidade visual se encontra entre 10 % a 30 % e são denominados “deficientes visuais ou amblíopes”. Possuem capacidade de exercer um número maior de profissões, podem aprender a ler com auxílio óptico e textos ampliados, além de educação especial.

Quando os indivíduos, após a melhor correção em ambos os olhos, apresentem acuidade visual entre 30 % e 40 %, usa-se a expressão “visão subnormal”.

Quais os recursos que o médico-espírita pode oferecer às pessoas com deficiência visual?

No trato com o paciente deficiente visual, devemos ter muito tato, pois a mera *possibilidade* da perda da visão em pessoas normais pode causar graves distúrbios psicológicos e, em alguns casos, levar ao suicídio. Imaginem o estado psicológico daqueles que estão privados desse sentido tão precioso; muitos são revoltados, sentem-se inferiorizados, rejeitados, e mesmo discriminados pela família e pela sociedade.

O primeiro passo é estudar cuidadosamente cada deficiência à luz da ciência médica. Hoje temos inúmeros recursos a oferecer na área da oftalmologia, fazemos procedimentos medicamentosos, a *laser* e mesmo cirúrgicos com desenvoltura e altos índices de sucesso. Fazer uso de todas as ferramentas e recursos ópticos à disposição para cada caso. Ser, enfim, um oftalmologista estudioso, atualizado e disposto a ajudar.

O médico espírita deve ter bagagem científica robusta, fazer treinamentos contínuos em novas técnicas e tecnologias, não só para oferecer o melhor aos seus pacientes como também para resguardar o respeito de seus pares e nunca oferecer tratamentos espírituais em suas clínicas ou consultórios, dando margem a críticas e julgamentos (suspeitas) de charlatanismo.

Nossa
convicção
na so-
brevi-





vência do espírito e das implicações da lei de causa e efeito, nos permite, igualmente, orar silenciosamente e até direcionar energia de amor e vibrar por esses pacientes (passes), durante o atendimento. Podemos, inclusive, encaminhar o paciente a uma casa espírita, se intuitivamente sentirmos a necessidade do paciente e também se tivermos abertura para isso.

Podemos utilizar como ferramenta de conforto o fato de alguns não terem perdido totalmente a visão, ressaltar certa independência que têm, mesmo com a baixa visual. Devemos sempre conhecer os recursos disponíveis e as últimas novidades descobertas para cada caso, para orientá-los, como o uso das lupas, aparelhos que ampliam imagens e letras. Saber colocar limites nos procedimentos, sempre visando o custo-benefício para o paciente e, sobretudo, nunca deixar de dar Esperança ao paciente, até porque, na velocidade em que as descobertas científicas caminham, de repente pode aparecer uma solução para aquele caso.

A Doutrina Espírita aponta, em sua literatura, possíveis causas para a cegueira?

Segundo a doutrina espírita e o conhecimento que nos traz da lei de causa e efeito e da justiça divina, podemos dizer que ela nos ensina que a cegueira se constitui numa poderosa ferramenta de resgate e evolução para aqueles que a apresentam, dependendo da forma como o indivíduo encara essa expiação, ou prova.

Tudo aquilo que é considerado “caprichos da sorte”, pelos que não creem na reencarnação, mais não é do que efeito da justiça divina, que não infringe punições arbitrárias, pois quer que a pena esteja sempre em correlação com a falta.

Se, por um lado, por bondade, Deus lançou um véu sobre nossos atos passados, por outro lado, nos aponta o caminho dizendo: “Quem matou com

espada pela espada perecerá”, palavras essas que podem ser traduzidas assim: A criatura é sempre sujeita à lei de causa e efeito.

Se, portando, alguém sofre o tormento da perda da vista, é que esta lhe foi causa de queda. Talvez tenha sido também causa de alguém que tenha perdido a vista em consequência do excesso de trabalho, que aquele lhe impôs, ou de maltrato, de falta de assistência, etc. (4).

É possível que o próprio indivíduo, tomado de arrependimento, haja escolhido essa expiação. Quem leu *Memórias de um Suicida* lembra que o autor Camilo suicidou-se quando foi acometido da cegueira e só depois de muitos anos, no plano espiritual, conseguiu, em uma regressão de memória, se recordar de uma encarnação na qual ele, como alto mandatário da Igreja Católica, na época da Inquisição, tinha ordenado à prisão e a destruição dos olhos de um antigo desafeto, um rival que supostamente lhe roubara a noiva... E ele demora muito tempo para se preparar para voltar novamente cego, se fortalecendo nos conhecimentos superiores para evitar nova queda no suicídio.

Nada melhor para falar sobre o aspecto consolador da reencarnação sem o sentido da visão, que a comunicação do Cura d’Ars (J. B. Vianney), que se encontra no capítulo VIII de *O Evangelho segundo o Espiritismo*, quando foi evocado em uma reunião mediúnica para dar atendimento a uma jovem cega.

Ressalta o renomado espírito, que os privados da vista deveriam considerar-se os bem-aventurados da reencarnação, lembrando que o Cristo disse convir que arrancássemos os nossos olhos se eles fossem maus, e que mais valeria lançá-los ao fogo a deixar que se tornassem causa de nossa condenação.

E diz mais: “felizes os que, por expiação, vêm a serem atingidos na vista, os olhos não lhe serão

causa de escândalo e queda”.

Com esses conhecimentos doutrinários, muitas vezes nos deixamos convencer de que tudo o que nos ocorre é consequência de algo que fizemos em outra encarnação, porém, gostaria de lembrar que nem toda cegueira é de causa e efeito, citando a passagem do Evangelho em João 9:2, que conta o seguinte: “Caminhando, Jesus viu um homem cego de nascença. E os seus discípulos perguntaram: Mestre, quem pecou, este ou seus pais, para que nascesse cego? E a resposta de Jesus: Nem ele pecou, nem seus pais; mas foi para que se manifestem nele as obras de Deus. Além de ser uma prova inconteste de que os discípulos de Jesus criam na reencarnação, a resposta de Jesus nos leva a pensar: se o sofrimento desse cego não é pagamento de um débito, próprio nem alheio. Que é então? Prestemos bastante atenção à resposta de Jesus: *“isso aconteceu para que nele se revelem as obras de Deus”*.”

Vocês acreditam que Deus teria feito nascer cego esse homem e o teria deixado na cegueira quicã 40 anos, apenas para que, em dado momento, Jesus tivesse ensejo de realizar um de seus milagres de cura?

Se aceitarmos essa explicação estaríamos reduzindo Deus a uma espécie de tirano que se diverte com as dores de seus súditos. Na verdade, Jesus declara categoricamente que esse sofrimento tem uma **função positiva**, visa um crédito, tal qual a passagem do Antigo Testamento sobre o sofrimento de Jó. Quando seus amigos, mesmo que pesarosos com suas dores, o consideram culpado, uma vez que tinham aprendido na lei que tantas desgraças só aconteceriam ao pecador, já que Deus não castiga inocentes! Nessa altura, segundo o Antigo Testamento, intervém o próprio Deus e rebate com palavras veementes os argumentos dos partidários do mistério da dor: *“Insensatos! que estais aí a adul-*

terar com palavras tolas a sabedoria dos meus planos?”. Declara Deus que seu servo Jó não sofre para pagar algum **débito** de tempos passados, mas sim para acumular **crédito** e glórias futuras.

Bioplasticidade cerebral. O que é e como a mesma ajuda a entender aspectos matéria/espírito?

Enfim, sob prova ou expiação, Deus, não nos deixa nunca sem recursos para enfrentarmos tamanha adversidade e a medicina de hoje vem comprovar isso através das descobertas científicas no campo da neurofisiologia e da neurolinguística, nos mostrando como o cérebro trabalha para compensar as deficiências dos órgãos dos sentidos e a isso chamamos de Bioplasticidade Cerebral. A plasticidade cerebral faz com que, na falta de um sentido, os outros sentidos tornem-se mais apurados.

Quando o cérebro encontra estímulos sensoriais, como o aroma de seu café da manhã ou o som de um carro buzinando, esses estímulos são enviados para a região do cérebro adequada para análise. O aroma do café vai para o córtex olfativo, enquanto que o som vai para o córtex auditivo. Essa divisão de trabalho sugere que a estrutura do cérebro segue um determinado modelo genético.

No entanto, há evidências de que regiões do cérebro podem assumir funções que não eram geneticamente destinadas a executar. Em um estudo de 1996, com pessoas que ficaram cegas no início da vida, os neurocientistas mostraram que o córtex visual poderia participar de uma função não visual: a leitura em braile.

Recentemente, um estudo de neurocientistas do MIT (Harvard) mostra que nos indivíduos cegos congênitos, partes do córtex visual são recrutadas para o processamento da linguagem. A descoberta sugere que o córtex visual pode mudar radicalmente sua função e ajudar o processamento visual da



linguagem, e também aparece para derrubar a ideia de que o processamento da linguagem só pode ocorrer em regiões cerebrais altamente especializadas, que são geneticamente programados para tarefas de linguagem.

Em sua palestra, foram citados os exemplos de vida dos estrangeiros Vicent Humbert e Jacques Luysseran, na compreensão das deficiências visuais. Quas as lições que eles passaram?

Em minha opinião, a cegueira é uma das mais complicadas e difíceis provas (ou expiação) a se enfrentar em uma vida e a forma de lidar com a cegueira difere de pessoa para pessoa e, conseqüentemente, o grau de aproveitamento da prova, bem como a evolução adquirida com a mesma.

As duas histórias que citei no Mednesp referem-se a maneiras diferentes de passar pela prova da cegueira, ambas acontecidas na França.

Iniciando por Vincent Humbert, um jovem bombeiro voluntário de 20 anos que sofreu grave acidente automobilístico em uma estrada francesa no dia 24 de setembro de 2000. Ele fica em coma por nove meses. Posteriormente, é constatado que ele havia ficado tetraplégico, cego e mudo. O único movimento que ainda mantinha era uma leve pressão com o polegar direito.

Com esses movimentos, consegue se comunicar com a mãe. A comunicação, ensinada pelos profissionais de saúde do hospital, era feita com uma pessoa soletrando o alfabeto e ele pressionava com o polegar quando queria utilizar essa letra. Desta forma, conseguia montar as palavras.

Desde que conseguiu se fazer entender, solicitava que os médicos praticassem a eutanásia, como forma de terminar com o sofrimento que estava tendo, pois o mesmo, segundo seu depoimento, era insuportável. Os médicos recusaram-se a realizá-la, pois na França a eutanásia é ilegal.

Ele fez inúmeras solicitações, inclusive ao próprio presidente francês, por meio de uma carta, no sentido de dar uma exceção legal para o seu caso. O argumento é que se o presidente francês tem a prerrogativa de indultar prisioneiros, simetricamente, poderia isentar de culpa quem o matasse por compaixão. Ele também solicitou à sua mãe que fizesse o procedimento.

Vincent escreve um livro, de 188 páginas, intitulado *Peço-vos o Direito de Morrer (Je vous demande le droit de mourir)* lançado pela editora Michel Lafon, em 25 de setembro de 2003. Nesse livro, argumenta sobre o seu pedido e termina dizendo: “Minha mãe deu-me a vida, espero agora dela que me ofereça a morte. (...) Não a julguem. O que ela fez para mim é certamente a mais bela prova de amor do mundo”.

No dia 26 de setembro de 2003, a mãe, Marie Umbert, 48 anos, cede aos pedidos do filho e pratica a eutanásia, injetando alta dose de barbitúrico pela sonda nasogástrica do filho. Vincent entra em coma e morre três dias depois. Esse caso está sendo muito discutido pela justiça francesa. Porém, para nós, Espíritas, com certeza, é mais um caso de agravamento de compromisso com a lei de causa e efeito.

Passamos agora para a interessante história do francês Jacques Lusseyran, que nasce em Paris, em 1924, e que aos oito anos de idade perde a vista em um acidente na escola. Seus pais resolvem mantê-lo na escola regular em vez de mandá-lo para uma instituição para cegos. Em seis semanas, ele aprende a ler em braile, é aceito com ressalvas na escola regular, porém se sai tão bem, que, ao final do ano letivo, lhe é concedido primeiro prêmio da classe.

O jovem Lusseyran foi um estudante bem dotado e sentia-se especialmente atraído pela literatura e filosofia, porém achava que a matéria mais importante, o fato de que o mundo não existe apenas fora de nós, mas também dentro, faltava inteiramente na classe.

Na primavera de 1941, durante a ocupação de Paris pelos nazistas, Lusseyran forma o grupo de resistência chamado os Voluntários da Liberdade e edita um jornal, o *Tigre*.

Na época, o mais velho do grupo tinha 21 anos e Lusseyran, aos 17 anos, se torna administrador do grupo, cuja tarefa principal era entrevistar candidatos potenciais porque ele possuía o que seus companheiros chamavam de “senso para seres humanos”: Ele podia “ver”, em parte, por meio da voz da pessoa, quem merecia confiança e quem se revelaria um traidor.

Em 1943, o grupo tinha 600 membros e se une ao La Defense, um dos cinco grandes grupos da Resistência Francesa, e Lusseyran torna-se membro do comitê executivo.

Em 20 de junho de 1943, é preso por agentes da Gestapo. Ele e outros de seu grupo são traídos pelo único homem que ele havia contratado com desconfiança, mas ponderado e suprimido. (Ressalto aqui a importância de seguir a primeira intuição.) Enfim, ele é enviado ao campo de concentração de Buchenwald e libertado pelo exército americano, em abril de 1945. Dos dois mil franceses do campo, ele estava entre os 30 sobreviventes.

Terminada a guerra, atua como professor na França, onde, apesar de ter completado com excelência sua formação na Sorbonne, em Letras e Filosofia, teve muito trabalho para vencer uma preconceituosa lei, instituída pelo governo Vichy, que proibia o ingresso de “inválidos” em empregos públicos.

Muda-se para os Estados Unidos, onde se torna catedrático em uma Universidade de Cleveland. Morre aos 47 anos, em acidente automobilístico, deixando em seu livro, *A Cegueira – Uma Nova Visão para o Mundo*, relatos que não são apenas experiências de um só homem em relação à cegueira, mas que dizem respeito a questões de interesse universal.

Hoje, quando o mundo sensório é a única realidade que predomina, e os sentidos físicos extremamente valorizados, com a humanidade procurando captar a vida, o conhecimento, e mesmo o amor, por meio dos cinco sentidos, o fato de ser deficiente visual deve significar dura provação, levantando obstáculos à capacidade de gozar a vida. Porém, esse homem não se deixa abater e nos dá um testemunho de que há muitas maneiras de perceber o mundo e que a cegueira física pode levar a outro grau de percepção do mundo.

Em seu livro, faz reflexões e constatações, sobre o sentido da visão, que podem abrir os horizontes e, porque não dizer, os olhos de todos nós, privados ou não da capacidade de enxergar.

Certamente, ele aceitou a advertência dos filósofos, que dizem: “Cuidado com a ilusão dos sentidos” e particularizando, “Cuidado com a ilusão dos olhos”. Aqui não é a visão que está sendo acusada, mas sim o uso que se faz dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDUCCI, Luiza. **O reajustamento social do cego**. Trabalho (Conclusão de Curso)- IAPC, São Paulo, 1951.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde, Serviço de Oftalmologia Sanitária. **A prevenção da cegueira**. São Paulo, 1973. p.6-9.

HUMBERT, Vincent **Je vous demande le droit de mourir**. Ed. Michel Lafon, 2003.

LUSSEYRAN, J. - **Cegueira, uma nova visão do mundo e o cego na sociedade**. Ed. Associação Beneficente Tobias, São Paulo, 1ª edição - 1983

PEREIRA, Yvonne A. **Memórias de um suicida**. Editora FEB, 1954

Lizabel Gemperli é médica oftalmologista e vice-presidente da AME-Mato Grosso do Sul. Esta palestra está disponível em DVD que pode ser adquirido pelo site www.amebrasil.org.br



Neuroreligião: Uma nova realidade?

Na Espanha, o livro do biólogo Ramon M. Nogués *Dioses, creencias y neuronas*, publicado pela editora Fragmenta,) tenta colocar a relação entre o cérebro e a espiritualidade ao alcance do grande público. Nogués, defensor deste estudo, não se atém ao termo neuroteologia apenas. De acordo com o autor, este termo é procedente das palavras gregas *theos* (Deus) e *logos* (estudo), a teologia é a disciplina consagrada ao estudo de Deus e de seus atributos e perfeições. Por tanto, a neuroteologia “equivaleria a investigar se o cérebro capta a Deus, quando Deus não é captável” – alerta Nogués-. Mas afirma: a ciência neurológica é competente para o estudo da religião, que é uma atividade humana, e seu objetivo é ver o que ocorre no cérebro durante as atividades humanas.

Fé para afastar o mal de Alzheimer

O professor de neurociências da *Ohio State University* (EUA) Gary Wenk, autor do livro *Your Brain on Food*, listou para o jornal canadense *The Vancouver Sun* que a fé é um importante aliado para afastar o aparecimento do mal de Alzheimer. Entre as dicas estão:

- Pessoas que tomam café ou uma dose de vinho se beneficiam dos efeitos protetores trazidos por estas bebidas. Estudos também apontam que pessoas que tomam cinco xícaras de café ao dia reduzem em 50% a incidência de diabetes.
- Outro comportamento saudável para o cérebro inclui controlar os níveis de colesterol, pressão arterial e inflamações. “O que é bom para o coração, também é bom para o cérebro”, diz Ira Goodman, neurologista que conduz estudos sobre o Alzheimer no *Compass Research* em Orlando, na Flórida.
- Pacientes que tomam estatinas por anos para controlar o colesterol parecem ter alguma proteção, do mesmo modo que os pacientes que mantêm a pressão arterial baixa, diz Wenk.
- Estudos epidemiológicos sugerem que medicamentos anti-inflamatórios também ajudam. “Quem desenvolve artrite cedo e começaram a tomar anti-inflamatórios não-esteroides apresentam baixo risco de desenvolver o Alzheimer”, diz Wenk.
- Exercitar o seu corpo e a sua mente também pro-

vam ser bons protetores. “Quanto mais você aprende, mais sinapses você faz”, diz Goodman. “As degenerações cerebrais envolvem a queda das sinapses. Isto nos leva a achar que quanto maior o nível educacional menor a incidência da enfermidade”.

- Socializar com os amigos e manter-se ativo na sua fé também ajudam, afirmam ambos pesquisadores.

Bem-Estar Meditar: Para ser feliz e envelhecer menos

Que a felicidade é o estado mais buscado por todos não há dúvidas. Embora não exista uma fórmula mágica com garantias de obtê-la, há um método que promete ajudar e muito: a meditação! Hoje, melhor do que nunca, as avaliações científicas realizadas acerca da meditação nos passam boas informações, métodos e resultados benéficos da prática. Em um estudo realizado pelo *Medical College de Wisconsin* (EUA) mostra que a meditação pode reduzir em até 50% a possibilidade de um ataque cardíaco. Também foi demonstrado que a prática meditativa pode ser mais efetiva contra as dores físicas que a maioria das medicações industrializadas. Segundo um estudo publicado no *Jornal de Neurociência* em abril de 2011, realizado pelo Dr. Fadel Zeidan como parte de uma investigação de pós-doutorado na *Wake Forest University School de Medicina*, na Carolina do Norte (EUA), breves sessões de meditação (de aproximadamente 20 minutos) reduzem entre 40 e 57% a sensação de dor.

Se evitar problemas cardíacos e dores não for o suficiente, saiba que há uma investigação que respalda a possibilidade de que este exercício diminua o ritmo do envelhecimento. Pesquisadores da *Universidade de California-Davis* (EUA) concluíram que um retiro meditacional aumenta a produção de telomerase, uma enzima que pode retardar o processo de envelhecimento.

Espiritualidade e psicologia: promessas e armadilhas

O Instituto de psicologia Transpessoal dos Estados Unidos anunciou a quarta conferência bienal de psicologia e espiritualidade (*ATP-ITP Spirituality &*

Psychology Conference), que reunirá clínicos, terapeutas, acadêmicos e pesquisadores – tanto americanos quanto de outras localidades – para explorar as promessas e armadilhas do caminho espiritual. As palestras serão realizadas no Menlo College em Atherton, na Califórnia, de 17 a 19 de fevereiro.

De acordo com o organizador do evento, dr. David Lukoff “O despertar e a liberdade espiritual são os objetivos, mas os engodos e as relações de possível poder são conhecidos perigos para aqueles que buscam a ajuda espiritual”.

Salutogênese: melhor prevenir do que remediar

O *Post Graduate Institute of Medical Education and Research* (PGIMER), em Nova Délhi, na Índia, está com

um novo projeto chamado salutogênese, que lida com o estudo de elementos que podem ajudar a lidar com o estresse e outros problemas físicos e psicológicos. O objetivo é dar ferramentas para aliviar e reconhecer enfermidades não comunicáveis. O modelo salutogênico difere do modelo tradicional, pois procura prevenir o surgimento de doenças e procura promover a resiliência daqueles que estão com algum mal, trazendo atitudes e pensamentos positivos para a melhoria da saúde e da qualidade de vida. Como parte do programa, uma intervenção no estilo de vida do paciente contempla seis pontos para a melhora pessoal: ioga, inserção da espiritualidade, meditação, filantropia, aconselhamento nutricional e exercícios físicos. O projeto pode ser visto em www.healthfocus.me.

Mudança Planetária



Período: Março a Maio de 2012

Dias: sempre às quintas-feiras

Hora: 19h30

Local: Auditório da União Espírita Paraense - trav. Castelo Branco, 1272

PROGRAMA

MARÇO

Dia 15 - Você e a Mudança Planetária – Alberto Almeida
Dia 22 - Flagelos Naturais - até onde? - Jorge Carvalho
Dia 29 - Sexo, Amor e Paixão - Alberto Almeida

ABRIL

Dia 12 - Ética, Corrupção e Espiritualidade - Marilda Cruz
Dia 19 - Violência Social e a Cultura do Medo - Andréa Pontes
Dia 26 - Terra - um Planeta em Transição - Haroldo Moreira

MAIO

Dia 3 - Liberdade - qual o limite? - Aluisio Almeida
Dia 10 - Drogas - O que está por trás? - Denise Eiró
Dia 17 - Família Homoafetiva - Alberto Almeida
Dia 24 - Ecologia - o que me cabe? - Célia Regina Medeiros
Dia 31 - O Cristo e a Mudança Planetária - Alberto Almeida

Associação Médico-Espírita do Pará

Seminários para o primeiro
semestre de 2012



João Ascenso

Exercícios de gratidão podem aumentar os níveis de felicidade

Eleni Gritzapis

O psicólogo e neurocientista João Ascenso, da AME-Carioca, nos traz importantes elementos para o estudo da gratidão sob o enfoque neurocientífico. Nesta entrevista, ele mostra o quanto a gratidão é fruto de um amadurecimento pessoal e espiritual, proporcionando o enriquecimento moral e a alegria para aquele que a cultiva, e assim a consequente melhora na saúde integral.

O que significa Gratidão, dentro da Psicologia?

Historicamente, a gratidão tem sido altamente valorizada entre as religiões Judaica, Muçulmana, Cristã, Budista e Hindu. Na história da Ciência, a gratidão tem sido um objeto de estudo experimental altamente desvalorizado e desconhecido, até muito recentemente.

A primeira grande pesquisadora a dedicar-se ao estudo e à importância da gratidão para a saúde mental foi a famosa psicanalista Melanie Klein (Klein, 1957), sobretudo em aplicações clínicas e de tratamento.

A principal idéia sobre a gratidão é que ela constitui uma resposta emocional a um ato moral de outra pessoa que nos beneficiou, ato esse que nos gera o sentimento moral de gratidão.

Assim, gratidão é conceptualizado dentro da Psicologia Experimental como um **Sentimento Moral**. Para além de ser uma resposta emocional, o sentimento moral de gratidão é uma fonte de motivação moral, que nos impele a realizar atos de bondade e caridade, em resposta a termos recebido um benefício de alguém. Assim, a gratidão pode ser considerada uma fonte de **Motivação Moral para fazer o bem**.

Qual a Teoria mais Antiga sobre a Gratidão na Ciência?

Dentro da Ciência, o mais eminente cientista que escreveu sobre a Gratidão foi um dos Pais da Economia, Adam Smith. Paradoxalmente, o homem que escreveu o livro “A Riqueza das Nações” (2009/1776), livro que constituiu a base para toda a evolução do pensamento econômico e do crescimento da riqueza material das economias contemporâneas, escreveu um livro também chamado “Teoria dos Sentimentos Morais” (1976/1790), em que também se debruçou de forma aprofundada sobre a Gratidão e a sua importância nas Sociedades Contemporâneas.

Altamente influenciado por escritores cristãos, Smith propôs que as emoções humanas são guias para os julgamentos morais e decisões morais, entre as quais as decisões econômicas. Neste contexto, Smith defendeu que a gratidão é uma das emoções morais mais importantes. Segundo ele, a gratidão é um dos grandes motivadores dos comportamentos benevolentes para com um benfeitor que anteriormente nos tenha beneficiado de alguma maneira. Smith defendeu também que a gratidão é um





dos sentimentos morais mais importantes a serem cultivados no comportamento econômico de uma sociedade, que, segundo ele, deve se basear na boa vontade. Ele afirmava que uma sociedade que se baseasse apenas no utilitarismo econômico, sem basear-se também na existência dos sentimentos morais, claramente resultaria numa enorme dificuldade em manter a estabilidade social e econômica (a propósito da ciência econômica, ver comentários de Allan Kardec na questão 685 do Livro dos Espíritos). Smith defendeu também três fatores psicológicos que governam a experiência de gratidão, ou seja, uma pessoa tende a viver a experiência de gratidão quando: (1) sente que a outra pessoa teve a intenção de nos beneficiar; (2) foi bem-sucedido a nos beneficiar; e (3) quando o benfeitor conseguiu se sintonizar com os sentimentos de gratidão do beneficiado.

Segundo ele, quando estas três condições são satisfeitas, a experiência de gratidão é plenamente vivida pelo beneficiado, embora Smith também considere que nem sempre estas condições são satisfeitas na vida prática, e geram, mesmo assim, experiências de gratidão.

Existem outras teorias sobre a Gratidão?

Tanto Simmel (1950) quanto Gouldner (1960) conceptualizaram a gratidão como uma força que ajuda a Humanidade a manter as obrigações de reciprocidade nas relações humanas. Simmel (1950) refere à gratidão como uma “memória moral da Humanidade”.

No entanto, a mais moderna teoria sobre a Gratidão é a defendida por Michael McCullough e Robert Emmons e colegas (McCullough et al., 2001). Estes autores defendem que a gratidão é uma emoção moral, dentro de todo o universo e taxonomia de emoções morais que existem nos seres humanos (ver Haidt, 2003a, para taxonomia de emoções morais).

Segundo eles, a emoção moral de gratidão tem três funções fundamentais:

- (1) a Gratidão é um barômetro moral;
- (2) a Gratidão é uma fonte de motivação moral; e

(3) a Gratidão é um reforço ao comportamento moral de benevolência.

4. Pode explicar com mais detalhes estas três funções da gratidão?

(1) A Gratidão como um barômetro moral

Um barômetro é um instrumento que mede a mudança em relação a um estado anterior. Por exemplo, quando o tempo muda, o barômetro indica esta mudança em relação ao estado anterior do tempo. Da mesma forma, referir a gratidão como um barômetro moral significa que a gratidão é a percepção de que alguém nos beneficiou, e isso indica um engrandecimento na visão da nossa relação psicológica com aquele que nos beneficiou, nos impelindo a sentir uma relação mais positiva com esse mesmo alguém. O sentimento de gratidão é aumentado com relação ao nosso benfeitor quando:

- (1) recebemos um benefício que é importante para nós;
- (2) quando esse benefício exigiu um esforço considerável do nosso benfeitor;
- (3) o esforço despendido pelo nosso benfeitor em relação a nós foi intencional e não acidental; e
- (4) quando o benefício gerado pelo nosso benfeitor foi realizado sem segundas intenções e de forma desinteressada.

(2) a Gratidão é uma fonte de motivação moral

Outro aspecto importante desta teoria é que o sentimento moral de gratidão tende a impelir as pessoas a agir de forma mais pro social ou caridosa para com os outros. Assim, os pesquisadores especulam a possibilidade de a gratidão ser um dos mecanismos subjacentes do altruísmo recíproco, ou seja, que fazer o bem a uma pessoa impele esta pessoa a fazer também o bem, como forma de reciprocidade, ou o bem a outra pessoa (para mais detalhes sobre o mecanismo de altruísmo recíproco na pesquisa, ver Trivers, 1971).

Assim, os autores (McCullough et al., 2001) defendem a hipótese de que uma pessoa que sente gratidão por ter sido beneficiada por um benfeitor tenderá a realizar um ato de bondade para com este benfeitor ou para

com outra pessoa no futuro. Para além disso, os autores defendem que, para além de haver uma tendência para uma ação de bondade para com os outros, este também tenderá a ter menos comportamentos destrutivos para com o benfeitor e para com os outros.

Outro aspecto que os autores defendem é que este sentimento de gratidão é diferente do sentimento de estar em dívida para com alguém, e que, enquanto o sentimento de gratidão tende a fazer com que as pessoas se sintam mais felizes, o sentimento de dívida tende a fazer com que as pessoas se sintam numa posição de desconforto com relação ao benfeitor. Assim, o sentimento de estar em dívida é um sentimento negativo, enquanto que o sentimento moral de gratidão é um sentimento positivo e que pode provocar o sentimento de elevação (ver Haidt, 2003b).

Assim, o sentimento moral de gratidão tende também a estar próximo dos sentimentos de contentamento (Walker e Pitts, 1998), felicidade e esperança (Overwalle, Mervielde, & De Schuyter, 1995).

(3) a Gratidão é um reforço ao comportamento moral de benevolência

A outra função importante da gratidão, segundo os pesquisadores (McCullough et al., 2001), é que expressar gratidão com relação a uma pessoa que foi benfeitora num determinado momento tende a reforçar o comportamento desta pessoa a realizar mais atos de bondade no futuro (Eisenberg, Miller, Shell, McNalley & Shea, 1991). Por outro lado, estes pesquisadores teorizam que a ingratidão em face de um benfeitor tende a gerar as reações emocionais de raiva, ressentimento e a fazer com que este benfeitor não reforce comportamentos de bondade para com o beneficiado no futuro.

Existem estudos experimentais que comprovam esta teoria funcional da Gratidão?

Sim, estes autores fizeram uma revisão de todos os estudos experimentais sobre gratidão e verificaram suporte para cada uma das três principais funções da gratidão.

5.1. Suporte Experimental para a Gratidão como um Barômetro Moral

Por exemplo, Tesser e colegas (1968) testaram a hipó-

tese de que três fatores psico-sociais estariam associados à intensidade da gratidão: (1) a intencionalidade percebida do benfeitor; (2) o quanto a ação do benfeitor foi custosa para ele; e (3) o valor do benefício. Eles instruíram 126 participantes homens e mulheres a ler cenários de benefícios, em que a intencionalidade, o custo e o valor do benefício foram manipulados experimentalmente entre os sujeitos. Os participantes reportaram que se sentiriam muito mais gratos se o auxílio fosse intencional por parte do benfeitor e não interesseiro ou acidental, que seria maior se tivesse custado mais ao benfeitor, e se esse benefício fosse de grande valor para eles.

Outro estudo (Zaleski, 1988) demonstrou que as pessoas se sentiriam com maiores níveis de gratidão se atribuíssem os seus sucessos pessoais a fatores externos a elas, ou seja, se as pessoas atribuírem o seu sucesso a fatores internos, tenderão então a sentir menor gratidão, mas se atribuírem a fatores externos, tenderão a sentir maior gratidão.

Assim, este estudo demonstrou que as pessoas tendem a sentir gratidão quando o seu sucesso dependeu do auxílio dos outros, mas também tendem a sentir gratidão quando o seu sucesso se deveu ao fator sorte. Okamoto (1997) também desenvolveu um estudo experimental que demonstrou que quanto maior o favor que alguém realiza a outra pessoa, mais esta pessoa beneficiada tende a expressar ostensivamente gratidão ao benfeitor.

Um aspecto interessante do barômetro moral é que as pessoas tendem a sentir mais gratidão quando recebem benefícios de fontes as quais não tinham expectativas de receber nenhum benefício. Especificamente, as pessoas tendem a sentir mais gratidão por pessoas que não são próximas em comparação com pessoas que são mais próximas (Bar-Tal, Bar-Zohar, Greenberg e Hermon, 1977).

Outra variável interessante é o status do benfeitor. As pessoas tendem a sentir mais gratidão com relação a um benfeitor de maior status, que em relação a um benfeitor de status inferior (Okamoto e Robinson, 1997; Becker e Smenner, 1986).

Para, além disso, as pessoas tendem sentir mais gratidão com relação a um benfeitor que tem mais poder em



comparação com um benfeitor com menos poder (Heg-
tvedt, 1990).

As pessoas também tendem a sentir gratidão por
benefícios recebidos não por fatores humanos de outras
pessoas, mas outros fatores como sorte, Deus, etc. (Mo-
ore, 1996).

A ideia de que um evento poderia ter tido um des-
fecho mais negativo também gera o sentimento de
gratidão, como por exemplo, um acidente de carro (Ro-
seman, 1991) ou um furacão (Coffman, 1996).

Dentro da Psicologia do Desenvolvimento, no que diz
respeito ao entendimento de uma situação geradora
de gratidão, esta começa com a idade de seis anos nas
crianças (Graham, 1988). Outro aspecto importante
é que as pessoas tendem a expressar mais gratidão
numa situação em que estão numa situação em público
do que quando em situações privadas (Baumeister e
Ilko, 1995). Isto significa que as pessoas tendem a ser
mais ingratas em privado!

5.2. Suporte Experimental para a Gratidão como uma fonte de Motivação Moral

Peterson and Stewart (1996) realizaram testes pedin-
do a um grupo de mulheres que fizessem uma lista de
pessoas que foram influentes e importantes nas suas
vidas. Estes pesquisadores listaram o número (quantida-
de) de mentores, pais, cônjuges que foram importantes
para estas mulheres. Peterson and Stewart (1996) tam-
bém mediram o nível de generatividade das mulheres
17 anos mais tarde, ou seja, a motivação para desenvol-
ver e ajudar os outros no seu desenvolvimento. O que os
pesquisadores verificaram é que as mulheres com maio-
res níveis de generatividade 17 anos mais tarde foram
aquelas que reportaram um maior número de pessoas
que os ajudaram 17 anos antes. Esta relação sugere
que as pessoas que tiveram um maior número de men-
tores e pessoas que foram importantes para lhes ajudar
nas suas vidas tendem a ter uma maior motivação para
ajudar os outros. Os pesquisadores sugerem que o sen-
timento moral de gratidão pode ser um mediador entre
ser ajudado pelos outros e ter motivação para ajudar os
outros.

Um segundo estudo proporciona uma evidência mais

direta da hipótese da motivação moral da gratidão.

Graham (1988) descobriu que o nível de gratidão que
as crianças sentiam pelo treinador da equipe pelo fato
de ele lhes ter recrutado para o time estava relaciona-
do com a ação das crianças de darem um presente ao
treinador em retorno. Ela demonstrou também que a
reciprocidade entre um presente e a gratidão tendia a
aumentar com a idade.

5.3. Suporte Experimental para a Gratidão como um reforço ao comportamento moral de benevo- lência

Os pesquisadores descobriram que as pessoas que
expressam mais gratidão tendem a ajudar mais as
pessoas portadoras do vírus da AIDS (Bennett, Ross
e Sunderland, 1996), e tendem a doar mais os rins
(Bernstein e Simmons, 1974). Moss e Page (1972)
descobriram que os adultos que receberam a gratidão
de outra pessoa por terem dado indicações de como
chegar a um lugar tendiam a ajudar mais os outros
em comparação com os adultos que não receberam a
gratidão pela mesma ação.

Estes dados indicam que quando sentimos que o
beneficiário das nossas ações de caridade sentiu gra-
tidão por nós, tendemos a reforçar o nosso comporta-
mento de caridade. Isto é particularmente importante
como uma estratégia para fazer com que as pessoas
aumentem as suas ações de caridade, até ao nível
da política social de um país. Por exemplo, Clark, Nor-
throp e Barkshire (1988) desenvolveram uma estraté-
gia para fazer com que os gerentes visitassem os seus
clientes adolescentes num programa de tratamento
de saúde em casa. Durante um período de observação
de 20 semanas, 43 % dos adolescentes foram visi-
tados semanalmente pelos seus gerentes. Após este
período de observação, os adolescentes que estavam
em tratamento residencial começaram a enviar car-
tas de gratidão ao gerente que lhes haviam visitado.
Com as cartas de gratidão, aproximadamente 80 %
dos gerentes continuaram a visitar os adolescentes,
enquanto que, num período em que os adolescentes
não enviaram cartas de gratidão aos gerentes, apenas
50 % dos gerentes continuaram as visitas. Estes dados

demonstram que demonstrar gratidão por um benfeitor faz com que este benfeitor reforce o seu comportamento de caridade.

Outro estudo de Rind e Bordia (1995) demonstrou que os atendentes de restaurante que colocavam uma nota de obrigado na conta tendiam a receber 11 % mais gorjetas em comparação com os atendentes que não colocavam uma nota de obrigado nas contas.

Quais as principais linhas de pesquisa científica da Gratidão no presente e quais as direções que tendem a tomar no futuro?

Os pesquisadores sugerem algumas linhas de pesquisa para o futuro, tais como:

(1) O desenvolvimento de ferramentas individuais de medição dos níveis de gratidão.

Com relação a esta linha de pesquisa, as principais ferramentas desenvolvidas até hoje foram “*self-report*”, ou seja, uma pontuação dada pela própria pessoa sobre o seu nível de gratidão. Algumas perguntas de pesquisa são colocadas nesta linha de pesquisa: (a) quais os fatores que fazem com que os níveis de gratidão das pessoas sejam diferentes? (b) Qual a estabilidade ao longo do tempo dos níveis de gratidão? (c) Como os níveis de gratidão evoluem ao longo do processo de envelhecimento? Aumentam ou diminuem? (d) Qual a variabilidade ao longo das semanas ou meses dos níveis de gratidão e quais os critérios para esta variabilidade? Estas são algumas perguntas colocadas pelos pesquisadores.

McCullough e colegas (2002), numa série de quatro estudos experimentais, validaram um questionário para aferir o nível de gratidão das pessoas.

(2) Examinar a gratidão como resposta às ações de benevolência como uma motivação para a reciprocidade;

A principal questão científica que se coloca nesta linha de pesquisa é a diferenciação entre o sentimento moral de gratidão e o sentimento de dívida para com alguém. Mais estudos são necessários para diferenciar melhor estes dois conceitos.

(3) Examinar as relações entre o sentimento moral de

gratidão e os níveis de felicidade das pessoas

Os hábitos de gratidão aumentam os níveis de felicidade das pessoas? Como? Quais os mecanismos subjacentes que fazem com que os níveis de felicidade aumentem? Quais as melhores estratégias de aumentar a felicidade das pessoas através do exercício de gratidão?

Com que frequência os exercícios de gratidão aumentam a felicidade das pessoas? Estas são algumas perguntas dos pesquisadores.

McCullough e colegas (2002) descobriram que as pessoas que sentem mais gratidão tendem a ser mais felizes e sentem mais emoções positivas, a empreender mais comportamentos pro sociais, ou seja, a empreenderem mais atos de caridade. Estes pesquisadores também descobriram que os altos níveis de gratidão estavam associados a um baixo nível de valores materialistas e um baixo nível de inveja.

Emmons e McCullough (2003), numa série de três estudos experimentais, em que estes pesquisadores pediam aos participantes que enumerassem semanalmente as bênçãos que receberam nestas semanas (condição experimental de gratidão), os participantes demonstraram maiores níveis de felicidade e de otimismo na vida, maior tempo fazendo exercício e menores sintomas físicos de doença em comparação com a condição neutra (estudo 1). No estudo 2, os participantes que preencheram um diário de gratidão sentiram mais emoções positivas que o grupo neutro. Os participantes da condição de gratidão tenderam a ajudar mais os outros com problemas e a dar suporte emocional a outras pessoas em comparação com a condição neutra. No estudo 3, os pesquisadores demonstraram que na condição de gratidão, os participantes demonstraram maiores níveis de emoções positivas, mais tempo de sono, melhor qualidade do sono, maiores níveis de otimismo e maior conexão social com os outros. Este estudo 3 demonstrou que o grupo experimental de gratidão obteve menores níveis de emoções negativas.

(4) Conhecer as relações entre a gratidão e a Espiritualidade e Religiosidade



Qual a relação entre a Espiritualidade e o sentimento de gratidão? Qual a relação entre a religiosidade e a gratidão? As pessoas que dão mais valor à Espiritualidade tendem a ter maiores níveis de gratidão? As pessoas que são mais religiosas tendem a ter maiores níveis de gratidão? Estas são algumas perguntas dos pesquisadores sobre este tópico.

McCullough e colegas (2002) demonstraram que e as pessoas com níveis mais altos de gratidão também tendem a dar mais importância à Espiritualidade e à Religiosidade.

Seria interessante pesquisar as diferenças entre os níveis de gratidão e os diversos tipos de religiosos, como por exemplo, os católicos, evangélicos e espíritas, bem como os ateus.

Existem exercícios práticos de gratidão com o objetivo de aumentar os níveis de felicidade?

Felizmente que sim. Robert Emmons, professor da Universidade da Califórnia do campus de Davis e a professora Sonja Lyubomirsky da Universidade da Califórnia do campus de Riverside propuseram estratégias práticas de gratidão com o objetivo de aumentar a felicidade das pessoas.

O exercício é o seguinte:

Escolha um lugar e uma hora adequada para refletir durante alguns minutos e escrever em um diário sobre as três coisas mais importantes as quais você se sente grato de ter recebido ou que lhe tenha acontecido. Uma boa forma de fazer isso é focar em todas as coisas que você sabe que seja verdade: por exemplo, coisas que você sabe que é bom ao fazer, o que você gosta do lugar onde você vive, um grande benefício que você recebeu de alguém, as três pessoas que lhe influenciaram mais positivamente na vida, e os objetivos que você conseguiu alcançar. Realize este exercício uma vez por semana, e tente ser mais detalhista possível na escrita.

Os dados científicos mostram que este exercício realizado semanalmente aumenta significativamente os níveis de felicidade das pessoas e aumenta a motivação das pessoas para fazer o bem.

Existem outros exercícios, mas, por exiguidade de espaço desta entrevista, que já vai longa, ficaremos por aqui. Quem tiver interesse, no futuro (mais precisamente no final do ano de 2012) disponibilizaremos num site da internet toda uma série de exercícios que a Ciência já demonstrou aumentar os níveis de felicidade das pessoas.

O que o Espiritismo tem a dizer sobre a Gratidão?

A primeira menção no Livro dos Espíritos encontra-se na questão 665 sobre a oração pelos mortos. Os Espíritos mencionam que, quando um espírito após a sua morte, passa automaticamente a sentir *“gratidão e afeto pelo que lhe deu essa prova de amizade ou de piedade. Em conseqüência, crescerá num e noutro, reciprocamente, o amor que o Cristo recomendava aos homens.* Assim, os próprios Espíritos já haviam afirmado em 1857 que o sentimento moral de gratidão tendia a conduzir os seres ao amor e às ações no bem.

Outra menção à gratidão é feita pelo próprio Allan Kardec na conclusão do Livro dos Espíritos: *“As comunicações com os seres de além-túmulo deram em resultado fazer-nos compreender a vida futura, fazer-nos vê-la, iniciar-nos no conhecimento das penas e gozos que nos estão reservados, de acordo com os nossos méritos e, desse modo, encaminhar para o espiritismo os que no homem somente viam a matéria, a máquina organizada. Razão, portanto, tivemos para dizer que o Espiritismo, com os fatos, matou o materialismo. Fosse este único resultado por ele produzido e já muita gratidão lhe deveria a ordem social. Ele, porém, faz mais: mostra os inevitáveis efeitos do mal e, conseqüentemente, a necessidade do bem”.*

No Evangelho Segundo o Espiritismo, no Capítulo XIII, *“Não saiba a vossa mão esquerda o que dê a vossa mão direita”*, no item 19, Benefícios Pagos com a Ingratidão, Allan Kardec pergunta aos Espíritos: *“O que se deve pensar dos que, recebendo a ingratidão em paga de benefícios que fizeram, deixam*

de praticar o bem para não topar com os ingratos?” Os Espíritos são claros na resposta:

“Nesses, há mais egoísmo do que caridade, visto que fazer o bem, apenas para receber demonstrações de reconhecimento, é não o fazer com desinteresse, e o bem, feito desinteressadamente, é o único agradável a Deus. Há também orgulho, porquanto os que assim procedem se comprazem na humildade com que o beneficiado lhes vem depor aos pés o testemunho do seu reconhecimento. Aquele que procura, na Terra, recompensa ao bem que pratica não a receberá no céu. Deus, entretanto, terá em apreço aquele que não a busca no mundo.

Deveis sempre ajudar os fracos, embora sabendo de antemão que os a quem fizerdes o bem não vo-lo agradecerão. Ficai certos de que, se aquele a quem prestais um serviço o esquece, Deus o levará mais em conta do que se com a sua gratidão o beneficiado vo-lo houvesse pago. Se Deus permite por vezes sejais pagos com a ingratidão, é para experimentar a vossa perseverança em praticar o bem. Guia protetor. (Sens, 1862).

Estas idéias sugerem que o maior nível de caridade moral é aquele que se pratica sem existir uma gratidão do beneficiado, pois assim existe a prova de que o bem está consolidado no interior do espírito imortal do benfeitor, e não por obtenção de gratidão do beneficiado ou qualquer tipo de recompensa que se possa obter pelo bem praticado. Este aspecto não tem sido contemplado nas pesquisas científicas sobre a gratidão, mas os espíritos alertam que este é o maior nível de caridade. Por isso os mártires Cristãos nos deram o exemplo do bem, mesmo sabendo que seriam sacrificados por isso, pois já tinham internalizado os valores do bem, mesmo com uma punição social pelas suas ações. Esta idéia sugere que existe uma gradação evolutiva para as ações do bem. Primeiro somos movidos por motivações externas de gratidão do beneficiado e/ou por recompensas sociais pelo bem que praticamos, até o nosso Espírito Imortal amadurecer e estar capacitado para mais altos vãos morais: fazer o bem, mesmo com a hostilidade ou punição do meio social, pois esta constitui a única prova de que o nosso espírito consolidou a vivência do bem in-

dependente de quaisquer situações do meio exterior.

Ainda no Evangelho Segundo o Espiritismo, no Capítulo XXVIII, Coletânea de Preces Espíritas, no item 28 “Ação de Graças por Favor Obtido, Allan Kardec sugere: Todas as noites, ao elevarmos a Deus a nossa alma, devemos **“recordar em nosso íntimo os favores que Ele nos fez durante o dia e agradecer-lhos. Sobretudo no momento mesmo em que experimentamos o efeito da sua bondade e da sua proteção, é que nos cumpre, por um movimento espontâneo, testemunhar-lhe a nossa gratidão. Basta, para isso, que lhe dirijamos um pensamento, atribuindo-lhe o benefício, sem que se faça mister interrompamos o nosso trabalho. Não consistem os benefícios de Deus unicamente em coisas materiais. Devemos também agradecer-lhe as boas idéias, as felizes inspirações que recebemos. Ao passo que o egoísta atribui tudo isso aos seus méritos pessoais e o incrédulo ao acaso, aquele que tem fé rende graças a Deus e aos bons Espíritos. São desnecessárias, para esse efeito, longas frases. “Obrigado, meu Deus, pelo bom pensamento que me foi inspirado”, diz mais do que muitas palavras. O impulso espontâneo, que nos faz atribuir a Deus o que de bom nos sucede, dá testemunho de um ato de reconhecimento e de humildade, que nos granjeia a simpatia dos bons Espíritos.**

É impressionante como mais de um século depois um pesquisador como Robert Emmons passa a recomendar este mesmo exercício e verifica os seus efeitos nos níveis de felicidade das pessoas!

Na obra “Nosso Lar”, de André Luiz/Chico Xavier, vemos o personagem Ricardo encarnado reencontrando a sua família espiritual desencarnada falar assim: **“- Ah! Filhos meus, alguma coisa tenho a pedir-lhes do fundo de minh’alma! Roguem ao Senhor para que eu nunca disponha de facilidades na Terra, a fim de que a luz da gratidão e do entendimento permaneça viva em meu espírito!...**

Esta passagem demonstra que os Espíritos reconhecem a importância do sentimento moral de gratidão para a elevação espiritual. No livro “Missionários da Luz”, no Capítulo 2 - A Epífase, o instrutor Alexandre



explicou para André Luiz: ***“O homem que pratica verdadeiramente o bem vive no seio de vibrações construtivas e santificantes da gratidão, da felicidade, da alegria. Não é fazer teoria de esperança. É princípio científico, sem cuja aplicação, na esfera comum, não se liberta a alma, descentralizada pela viciação nas zonas mais baixas da Natureza”.***

Não nos esqueçamos de que Robert Emmons demonstrou cientificamente que a gratidão aumenta os níveis de felicidade e alegria!

No Capítulo 7 – Socorro Espiritual, do livro “Missionários da Luz”, aprofunda a idéia do Evangelho Segundo o Espiritismo mencionada acima, no Capítulo XIII, ***“Não saiba a vossa mão esquerda o que dê a vossa mão direita”***, no item 19, Benefícios Pagos com a Ingratidão no Capítulo XIII, da seguinte forma:

Os que auxiliam alguém, interessados no reconhecimento ou na compensação, quase sempre permanecem de olhos cerrados para o concurso divino e invisível que de Mais Alto recebem.

Exigem que outros lhes identifiquem a posição de benfeitores, mas nunca se recordam de que amigos sábios e desvelados lhes oferecem a melhor cooperação de planos superiores, sem deles reclamarem a mínima nota de gratidão pessoal.

O sublime instrutor Alexandre continua no Capítulo 20 - Adeus: ***“O espírito de gratidão ao Senhor alegra a vida e valoriza o trabalho dos servos fiéis!...”***. Não nos esqueçamos de que McCullough e colegas (2002) demonstraram que as pessoas com níveis mais altos de gratidão também tendem a dar mais importância à Espiritualidade e à Religiosidade!

No livro “Obreiros da Vida Eterna”, no Capítulo 9 – Louvor e Gratidão podemos ver o exemplo de Espíritos servos de Jesus se reunindo apenas com o propósito de agradecer e louvar a Deus:

— ***“Senhor da Vida: nossos corações transbordantes de júbilo te agradecem as bênçãos de cada dia! Permite que nos reunamos, em teu nome, nesta noite bendita de felicidade e esperança, para manifiestar-te nossa gratidão imperecível”.***

Desta forma, nesta passagem podemos verificar que dedicar-se à gratidão é um hábito dos espíritos superiores.

Que livros você recomenda sobre a Gratidão?

O melhor livro que conhecemos sobre a Gratidão chama-se “Psicologia da Gratidão”, escrito pelo Professor Robert Emmons e Michael McCullough, publicado em 2004 pela Oxford University Press. Infelizmente o livro apenas está em inglês com o nome de “Psychology of Gratitude”. Outro livro importante é “The How of Happiness: A New Approach to Getting the Life you Want”, publicado em 2007 pela editora Penguin Press, escrito pela Professora Sonja Lyubomirsky. Para quem não domina o inglês, estamos preparando um livro sobre Felicidade, em que dedicaremos um capítulo inteiro ao tema da Gratidão, com exercícios práticos de como aumentar os níveis de gratidão na vida, bem como os níveis de felicidade, baseados na pesquisa científica, e com uma ótica espírita sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

Bar-Tal, D., Bar-Zohar, Y., Greenberg, M.S., & Hermon, M. (1977). Reciprocity behavior in the relationship between donor and recipient and between harm-doer and victim. *Sociometry*, 40, 293-298.

Baumeister, R.F., & Ilko, S.A. (1995). Shallow gratitude: Public and private acknowledgement of external help in accounts of success. *Basic and Applied Social Psychology*, 16, 191-209.

Becker, J.A., & Smenner, P.C. (1986). The spontaneous use of *thank you* by preschoolers as a function of sex, socioeconomic status, and listener status. *Language in Society*, 15, 537-546.

Bennett, L., Ross, M.W., & Sunderland, R. (1996). The relationship between recognition, rewards, and burnout in AIDS caregiving. *AIDS Care*, 8, 145-153.

Bernstein, D.M., & Simmons, R.G. (1974). The adolescent kidney donor: The right to give. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1338-1343.

Clark, H.B., Northrop, J.T., & Barkshire, C.T. (1988).

The effects of contingent thank-you notes on case managers' visiting residential clients. *Education and Treatment of Children*, 11, 45-51.

Coffman, S. (1996). Parent's struggles to rebuild family life after Hurricane Andrew. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 353-367.

Eisenberg, N. Miller, P.A., Shell, R., McNalley, S., & Shea, C. (1991). Prosocial development in adolescence: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 27, 849-857.

Emmons, R.A., McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389.

Gouldner, A.W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161-178.

Graham, S. (1988). Children's developing understanding of the motivational role of affect: An attributional analysis. *Cognitive Development*, 3, 71-88.

Haidt, J. (2003a). The moral emotions. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences*. Oxford : Oxford University Press.(pp. 852-870).

Haidt, J. (2003b). Elevation and the positive psychology of morality. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.) *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington DC : American Psychological Association. (pp. 275-289).

Hegtvedt, K.A. (1990). The effects of relationship structure on emotional responses to inequity. *Social Psychology Quarterly*, 53, 214-228.

Klein, M. (1957). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources*. New York: Basic Books.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127.

McCullough, M. E., Kilpatrick, S., Emmons, R. A., & Larson, D. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127, 249-266.

Moore, D.W. (1996). *Americans most thankful for family and health: Young also thankful for career/job*. Princeton, NJ: Gallup Organization.

Moss, M.K., & Page, R.A. (1972). Reinforcement and helping behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 2, 360-371.

Okamoto, S., & Robinson, W.P. (1997). Determinants of gratitude expressions in England. *Journal of Language and Social Psychology*, 16, 411-433.

Overwalle, F.V., Mervielde, I., & De Schuyter, J. (1995). Structural modeling of the relationships between attributional dimensions, emotions and performance of college freshmen. *Cognition and Emotion*, 9, 59-85.

Peterson, B.E., & Stewart, A.J. (1996). Antecedents and contexts of generativity motivation at midlife. *Psychology and Aging*, 11, 21-33.

Rind, B., & Bordia, P. (1995). Effect of server's "thank you" and personalization on restaurant tipping. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 745-751.

Roseman, I.J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotions*, 5, 161-200.

Simmel, G. (1950). *The sociology of Georg Simmel*. Glencoe, IL: Free Press.

Smith, A. (1976). *The theory of moral sentiments (6th edition)*. Oxford, England. Clarendon Press. (Original work published in 1790).

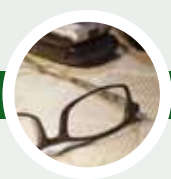
Smith, A. (2009/1776). *The wealth of nations*. Oxford: Infinite Ideas Ltd.

Tesser, A., Gatewood, R., & Driver, M. (1968). Some determinants of gratitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 233-236.

Trivers, R.L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *Quarterly Review of Biology*, 46, 35-57.

Walker, L.J., & Pitts, R.C. (1998). Naturalistic conceptions of moral maturity. *Developmental Psychology*, 34, 403-419.

Zaleski, Z. (1988). Attributions and emotions related to future goal attainment. *Journal of Educational Psychology*, 80, 563-568.



ABC (SP)

A AME-ABC realiza no dia 19 de maio o 2º Sim-pósio de saúde Mental e Espiritualidade, com a participação dos drs. Sérgio Lopes, Carolina Bassi Figuinha, Heloisa Bernardo. Mais informações estarão em breve no site www.ameabc.com.br

Distrito Federal

A AME-Distrito Federal anuncia a sua nova página eletrônica com informações sobre o movimento médico-espírita e palestras em Brasília e cidades vizinhas. Acesse: www.amedistritofederal.org.br

Lagos (RJ)

O Departamento de saúde mental da AME-Lagos convida para o Grupo de Estudo Interdisciplinar, que se reúne sempre na primeira quarta-feira de cada mês, com o objetivo de aprofundar o entendimento das patologias através da medicina espiritual. Nestas ocasiões são debatidos textos, pesquisas e relato de casos e que no fechamento do estudo haverá sempre a visão espírita do tema através dos textos já publicados por amorosos e respeitáveis espíritos. As reuniões acontecem no CE Leon Denis à Rua Antônio de Oliveira Gama, 209-C - Cabo Frio - Rio de Janeiro. Outras informações em www.amelagos.com.br

Minas Gerais (MG)

É possível assistir ao conteúdo das reuniões públicas e dos cursos realizados pela AME-Minas Gerais. A transmissão ao vivo acontece toda quinta-feira, a partir das 19h, através do site www.tvcei.com, canal AMEMG. Os vídeos podem ser acessados também gratuitamente na página www.ame-mg.com.br

Piracicaba (SP)

A AME-Piracicaba é a mais nova Associação Médico-Espírita. Sua fundação ocorreu no dia 25 de novembro de 2011. Para o mês de março, a AME-Piracicaba organiza um seminário com a Dra. Marlene

Nobre, presidente da AME-Brasil, na Casa Espírita Aprendiz do Evangelho, à Rua Coronel Barbosa, 36 – Piracicaba (SP)

Santos (SP)

A AME-Santos inicia o módulo 5 do curso de pós-graduação Bases da Integração Cérebro-Mente Corpo-Espírito, realizado na Universidade Santa Cecília, cuja aula inaugural será Mediunidade e Saúde Mental à luz da Física Moderna e do Evangelho, com o físico e professor universitário André Luiz Ramos, da AME-SP. Este módulo versa sobre a mediunidade e trará aulas sobre a História da mediunidade, a mediunidade nas obras de André Luiz e assuntos de saúde e patologias acerca da mediunidade. As aulas acontecem aos sábados, das 14h30 às 17h. A programação completa está disponível em www.amesantos.blogspot.com. A Universidade Santa Cecília está localizada no bairro do Boqueirão em Santos, à R. Osvaldo Cruz, 266.

São Paulo (SP)

A Loucura Sob Novo Prisma - Estudos e Reflexões é o tema do Curso do Núcleo de Saúde Mental da AME-SP, que acontece no Grupo Espírita Casa do Caminho, à Rua Estado de Israel, 59 - Vila Mariana - São Paulo (SP). Entre as aulas estão: "Aspectos Históricos entre Psiquiatria e Espiritismo no final do Séc. XIX e início do Séc. XX no Brasil", "Existe a alma? Qual sua natureza?", "Como se relaciona a alma com o corpo?", entre outras. Mais informações com a secretaria da AME-SP, de segunda a sexta-feira, pelo email secretaria@amesaopaulo.org.br ou pelo telefone (11) 2574-8696

REDES SOCIAIS

A AME-Brasil também está nas redes sociais. Siga-nos no Twitter e no Facebook e mantenha-se atualizado sobre as atividades médico-espíritas. Esperamos você!



AME Brasil



@ame_brasil



Seja um sócio correspondente

Com o objetivo de ampliar cada vez mais o Movimento Médico-Espírita no mundo, a AME-Internacional está abrindo espaço para a participação de sócios correspondentes. É uma forma de todos colaborarem enviando-nos notícias, textos e pesquisas, e estreitar o relacionamento entre nós.

Contamos com a sua participação ativa na ampliação do Movimento Médico-Espírita e na implantação de novos paradigmas para a ciência. Participe!

Cadastre-se já, acessando o site: www.amebrasil.org.br/sociocorrespondente.html
Outras informações na Associação Médico-Espírita do Brasil - Telefax: 55 11 5585-1703

LINKS PELO MUNDO

Confederação Espírita Colombiana
www.confecol.org

British Union of Spiritist Societies
www.buss.org.uk

Allan Kardec Studien - und Arbeitsgruppe
ALKASTAR e.V. - Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Tel.: 00 49 5111 914 95 02
www.alkastar.de
www.kongress-psychomedizin.com
www.psychomedizin.com

Grupo Espírita Bатуíra
Editora Verdade e Luz
Email: vendas@verdadeluz.com
URL: <http://www.verdadeluz.com>
Telefone (351) 21 412 1062
Telemóvel (351) 21 412 3337
Fax: (351) 412 3338
Morada: Rua Marcos Portugal 12A
1495-091 - Algés - Portugal

Movimento Espírita Francofônico
www.lmsf.org

ONDE ENCONTRAR LIVROS

ALEMANHA
Editora Lichttropfen
Lichttropfen Verlag
Rutenweg 3
37154 - Northeim - Alemanha
Telefone: 00 49 5551 914 95 02
www.lichttropfen-verlag.de

REINO UNIDO - LONDRES
www.roundtablepublishing-uk.com
www.buss.org.uk

ITÁLIA
e-mail: tinapt@tiscalinet.it

LUXEMBURGO
allankardeclux@yahoo.fr

POLÔNIA
E-mail: przemekgrzybowski@poczta.onet.pl
(contato em inglês, esperanto e polaco)

Editora Rivail
www.rivail.pl - konrad.jerzak@rivail.pl
(contato em polonês, esperanto, inglês, francês, português, espanhol)

ESTÔNIA
e-mail: august.kilk@mail.ee

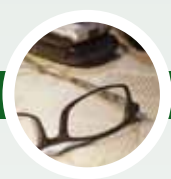
FRANÇA
Conseil Spirite Français
www.spiritisme.org
e-mail: ca@conseil-spirite.fr

SUÉCIA
e-mail: 4bergman@telia.com
Cidinha Bergman

NORUEGA
e-mail: geeak@chello.no
www.geocities.com/athens/oracle/8299

LIVROS DO CEI NA EUROPA
Edicei-Suisse - www.edicei.ch
Edicei-Europa - www.edicei.eu

E.U.A.
www.ediceiofamerica.com
e-mail: andrea.marshall@edicei.com



Livro lança o movimento médico-espírita nos EUA

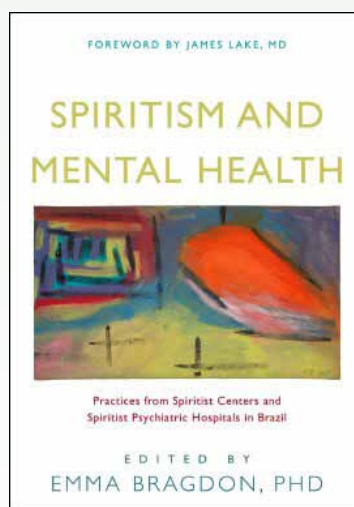
Spiritism and Mental Health, de Emma Bragdon, é o primeiro livro lançado nos Estados Unidos escrito por uma respeitada psicóloga norte-americana que apresenta os benefícios do paradigma médico-espírita

Eleni Gritzapis

Há 45 anos estudiosa de terapias alternativas, a PhD e psicóloga norte-americana Emma Bragdon entrou em contato com o Espiritismo em 2001, ao ser convidada para ministrar um curso no Brasil. Foi quando conheceu o médium João de Deus e o trabalho por ele desenvolvido na Casa Dom Inácio de Loyola, em Abadiânia, no interior de Goiás. Apaixonou-se pelo que conheceu e passou a deixar frequentemente a cidade natal de Vermont (EUA) para vir ao País estudar cada vez mais sobre a aplicação de terapêuticas espíritas no tratamento de doentes mentais. Visitou centros e hospitais psiquiátricos espíritas em diversas regiões do Brasil.

Em 2010, resolveu juntar o que viu, aprendeu e comprovou no livro *Spiritism and Mental Health* (Espiritismo e Saúde Mental), recém lançado nos EUA e considerada a obra que lança o movimento médico-espírita no continente norte-americano. “Sabia que Kardec dizia que o Espiritismo deve estar alinhado com a Ciência, mas não conhecia nenhum livro em inglês que dava uma evidência clara desta conexão”, diz.

Diretora da Foundation for Energy Therapies, uma organização não-governamental sem fins lucrativos que visa incentivar o estudo de terapias alternativas, Emma Bragdon também lançou recentemente o livro *Resources for Extraordinary Healing: Schizophrenia, bipolar and Other Serious Mental Illness* (Recursos para Cura Extraordinária: Esquizofrenia, Bipolaridade e outras sérias doenças mentais). Nesta entrevista,



conta como conheceu o Espiritismo e como sua obra pode contribuir na disseminação do paradigma médico-espírita fora do Brasil.

Como você entrou em contato com o Espiritismo? Qual sua origem religiosa?

Fui batizada na Igreja Episcopal onde minha família frequentou missas em toda a minha infância. Atualmente sou membro da Igreja Universalista Unitária.

Nasci com alguns dons associados como sendo “sensitiva”, ou uma médium como vocês falam no Brasil. Fui apresentada à meditação quando tinha 18 anos e tive

uma abertura espiritual muito poderosa a primeira vez que meditei, uma certeza que esta prática seria parte central da minha vida.

Frequentei ainda retiros budistas e comecei a estudar temas como reencarnação, evolução espiritual, o mundo dos espíritos e o que acontece entre as vidas em que não estamos encarnados. Isso me levou a uma nova perspectiva de vida, além do que havia conhecido na bíblia cristã convencional, e me trouxe mais perto do Espiritismo.

Também estudei Xamanismo e isso fortaleceu minha convicção de uma visão expansionista da vida, que incluía interação com seres não-encarnados. O treinamento que recebi de professores budistas excepcionais e outros guias espirituais me ajudaram a aproveitar minhas habilidades como médium, sendo, inclusive, reconhecida hoje como uma sensitiva bem-treinada, fruto dos ensinamentos que recebi no Brasil e nos Estados Unidos.



Fui convidada a vir ao Brasil em 2011, para lecionar num curso experimental de como usar a mente deliberadamente. Este curso aumenta o crescimento espiritual e ensina como viver em gratidão e apreço pela vida, bem como a compaixão pelos outros. Tive então a oportunidade de visitar o santuário de João de Deus, em Abadiânia, no interior de Goiás. Tive uma experiência muito forte ao conhecê-lo e me sentida compelida a aprender mais sobre o Espiritismo.

Sua biografia diz que você “passou 45 anos estudando psicologia e espiritualidade para a cura de problemas emocionais e bem-estar”. Conte-nos um pouco sobre isso impactou sua vida e trabalho.

Tenho um doutorado em Psicologia Transpessoal pelo Institute of Transpersonal Psychology (Instituto de Psicologia Transpessoal). Esta corrente reconhece que o perfil psicológico de cada pessoa está intimamente ligado a sua espiritualidade. Antes de receber meu doutorado, experimentei os efeitos benéficos da meditação, yoga e outras práticas usadas para expandir a consciência e o bem-estar. Também estudei massagem e energias sutis quando tinha 20 anos, sendo supervisionada por líderes no campo da Bioenergética e Terapia Neo-Reichiana. Era natural que eu combinasse o que estava aprendendo na psicoterapia com meditação e exercícios espirituais.

Desde cedo, sentia que meu trabalho seria entender e ensinar o valor dos exercícios espirituais e trabalho energético para manutenção do bem-estar. Sentia um grande compromisso com a disciplina das minhas práticas espirituais, um desejo profundo de manter a comunhão com os outros no caminho espiritual e uma necessidade de continuar me movendo em direção a um estado mais iluminado do ser.

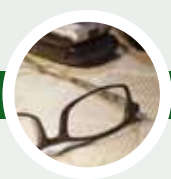
Como você conheceu João de Deus? Qual impacto você teve do trabalho desenvolvido pelo médium e pelo trabalho desenvolvido pela Casa de Dom Inácio de Loyola?

Quando conheci João de Deus, em 2001, ele disse “Eu já te conheço”. Algo muito profundo ressoou em mim nesse encontro e a energia foi tão forte que eu tinha dificuldade em me manter em pé. Isso é muito incomum para mim, pois sou uma pessoa muito centrada e estável. Mais tarde, quando meditava e rezava no santuário, fui invadida com um forte sentimento da presença de espíritos benfeitores. Me senti inspirada por esta conexão num nível pessoal, mas também impressionada com a cura física e emocional que presenciei com os pacientes que interagiam com a entidade de João de Deus, recebendo a energia sutil dos trabalhos e experimentando a vida da comunidade no santuário.

Quando perguntava aos visitantes porque eles vinham ao centro, eles diziam que “o sentimento de amor é palpável e muito forte aqui”. E também “Eu sinto a presença de Deus aqui”. O poder de cura era tão grande neste centro, que me senti inspirada em escrever e produzir um filme sobre o trabalho desenvolvido por João de Deus.

Quando você teve a ideia de escrever sobre espiritismo e saúde mental?

Me senti inspirada em escrever “Spiritism and Mental Health” (Espiritismo e Saúde Mental) no inverno de 2010. Desde 2001 conheci líderes no Espiritismo, psiquiatras interessados em pesquisa e administradores de diversos hospitais psiquiátricos espíritas no Brasil. Passei um bom tempo visitando diversos centros espíritas e hospitais psiquiátricos em muitas regiões do País.



Dica de livros

D I C A D E L I V R O S

Além disso, estava em contato com pesquisadores e cientistas nos Estados Unidos que estavam interessados na cura espiritual. Tinha lido todos os livros de Alan Kardec e da literatura espírita traduzidos para o inglês. Sabia que Kardec dizia que o Espiritismo deve estar alinhado com a Ciência, mas não conhecia nenhum livro que dava uma evidência clara desta conexão. Então pedi para meus colegas no Brasil e nos EUA a me ajudarem a produzir um livro. Atribui temas para cada um de forma a escrever um livro convincente que descrevesse as origens e filosofia do Espiritismo e como ele explica a saúde e a doença mental;

incluísse a aplicação prática dos princípios espíritas para manter a saúde mental e conseguir intervenções terapêuticas positivas;

oferecesse perspectivas atuais de psiquiatras reconhecidos, pesquisadores da percepção e biofísicos estrangeiros na avaliação do Espiritismo

sugerisse como as terapias espíritas podem aprimorar os tratamentos mentais fora do Brasil.

A comunidade científica é extremamente cética em associar religião com ciência, especialmente fora do Brasil. Você enfrentou algum tipo de preconceito? Como você lidou com ele e como seu trabalho pode contribuir para esclarecer os benefícios desta associação?

Existe um grande desconhecimento fora do Brasil sobre o Espiritismo, as pessoas o associam como vodu, macumba, magia negra e outras práticas espirituais originadas na África e em algumas tribos nativas. Os antropologistas são fascinados pelos médiuns que realizam cirurgias espirituais e os relatos publicados no exterior contribuíram para a desinformação da verdadeira característica do Espiritismo – o de apoiar a transformação interior. O fato de algumas traduções da literatura espírita não serem de boa qualidade também contribuíram para este preconceito.

Nos livros que escrevi, busquei sempre trazer referências a pessoas e literatura que são reconhecidas fontes de informação. O *Spiritism and Mental Health* tem uma longa seção de referência para demonstrar a qualidade da pesquisa que resultou no trabalho de autores contribuintes. As pessoas que escreveram capítulos são todos reconhecidos em seus campos de atuação: psiquiatras, administradores de hospitais, médicos, psicólogos, pesquisadores, cientistas e supervisores.

Desta forma, a informação contida no livro deve ser respeitada nos círculos escolares e acadêmicos e está em

condições de ajudar as pessoas a associar espiritualidade e ciência. E ainda como esta obra é editada por uma psicóloga norte-americana cuja língua nativa é o inglês, mas que também é familiar com o português e o Espiritismo, ele também traduz a doutrina numa linguagem fácil de ser compreendida por aqueles que falam inglês contemporâneo.

Acredito que o livro vai contribuir para o diálogo entre profissionais da saúde sobre o impacto positivo da espiritualidade na saúde mental. A obra certamente dá ampla evidência de como a espiritualidade pode aprimorar a saúde mental e física e o impacto positivo das práticas espirituais. Ela também aumenta o conhecimento do Espiritismo, inclusive que se trata de um movimento social e considerado uma forma de Cristianismo prático, não um culto ou religião distinta que separa uma pessoa de suas tradições religiosas. O livro também encoraja o conhecimento das melhores práticas de cura da Medicina Integrativa (bio, psíquica, social e espiritual). Desta forma, apoia as iniciativas da AME (Associação Médica-Espírita), tanto no Brasil quanto internacionalmente.

Na sua opinião, como o espiritismo pode ajudar no tratamento de doentes mentais? De que forma os médicos de formação tradicional podem contribuir com curadores espirituais no tratamento de pacientes com distúrbios emocionais e vícios?

Médiuns espíritas e curadores podem complementar o trabalho de médicos de formação tradicional na busca das causas da doença mental e efetivamente tratá-las. Trabalhando em equipe, médiuns, médicos e psicólogos podem ajudar os pacientes a retomar uma vida normal onde eles interagem de novo com a família e o trabalho sem excesso de confiança nos medicamentos psicotrópicos.

Medicamentos psiquiátricos que são padrão fora do Brasil geralmente apenas diminuem os sintomas da doença mental, sem tratar as causas. Foi comprovado por estudos de longo prazo que existem consequências terríveis no uso prolongado destas drogas, como, por exemplo, abreviar o tempo de vida em 10-20 anos. Desta forma, não devemos confiar cegamente nestes medicamentos para tratamento de longo prazo, uma vez que eles não apenas prejudicam os indivíduos, mas criam uma situação em que os governos devem apoiar os pacientes que se tornam disfuncionais e não conseguem se sustentar pelo uso prolongado de drogas.

Quais as principais conclusões trazidas pelo seu livro?

O Espiritismo apoia e encoraja a transformação interior e a evolução espiritual, e os Espíritas se esforçam em ajudar as pessoas que sofrem (sem cobrar por isso). A necessidade de evoluir espiritualmente, mantendo relações que suportem este esforço, e práticas espirituais são essenciais ao bem-estar.

Os espíritas brasileiros desenvolveram práticas para a evolução e cura espiritual por mais de 100 anos. Os protocolos são usados tanto em centros espíritas quanto em hospitais psiquiátricos espíritas no País. Aqueles que vivem fora do Brasil podem aprimorar nosso sistema de saúde usando parte da filosofia e aplicações práticas/tratamentos utilizados pelos espíritas. Pesquisas adicionais para medir os efeitos dos tratamentos espíritas são necessárias e estudiosos respeitáveis estão empenhados em conduzir estes estudos.

Seu livro é considerado o lançamento do movimento médico-espírita nos Estados Unidos. Como ele foi recebido pela comunidade médica?

O livro foi recém-lançado, desta forma é cedo para falar da repercussão. Todas as críticas têm sido excelente e vêm de pessoas que são interessadas no Espiritismo e em como a espiritualidade tem um papel essencial na saúde mental. Estas pessoas vêem o livro como uma peça importante na mudança do sistema psiquiátrico de saúde atual nos EUA e Europa.

Você também é diretora da Fundação para Terapias Energéticas (Foundation for Energy Therapies). Como é o trabalho desenvolvido pela fundação?

Em janeiro de 2008, juntamente com minha equipe de conselheiros, criei a Foundation for Energy Therapies, Inc., uma organização educacional e de pesquisa que financia projetos que estudem a eficácia de terapias energéticas. Somos uma organização sem fins lucrativos, o que nos permite receber contribuições dedutíveis de impostos.

Embora nos interessemos por formas de tratamentos energéticos de muitas culturas, estamos agora focados no Brasil, onde há uma série de casos de sucessos relatados informalmente, mas pouca pesquisa clínica. Vimos então uma necessidade de pesquisa e estabelecemos relacionamento com profissionais de saúde no País para colaborar nos estudos.

Iniciamos pesquisas para estudar a eficácia das terapêuticas espíritas praticadas em hospitais e centros comunitários

desde 1870. Nossa intenção é financiar pesquisadores brasileiros e depois apoiar na publicação dos resultados em publicações indexadas em português e inglês.

Estamos ainda conduzindo programas educacionais para profissionais de saúde e estudantes de graduação que querem aprender mais pelo modelo de cuidado oferecido em hospitais espíritas e centros comunitários no Brasil. Sentimos que estes modelos de tratamento complementar podem ajudar a alinhar cuidados alopáticos com espirituais. Planejamos continuar produzindo filmes, livros e apresentações audiovisuais. A newsletter "Creating Spiritual Alliances" (Criando Alianças Espirituais) traz informações sobre estas iniciativas e os interessados podem se cadastrar para recebê-la gratuitamente em inglês pelo link <http://www.enewsbuilder.net/emmagbragdon>, ou pelo site www.SpiritualAlliances.com.

Você também está lançando outro livro Resources for Extraordinary Healing: Schizophrenia, bipolar and Other Serious Mental Illness (Recursos para Cura Extraordinária: Esquizofrenia, Bipolaridade e outras sérias doenças mentais). Sobre o que ele trata?

Resources for Extraordinary Healing também aborda o modelo do cuidado integrativo usado no Brasil e oferece uma relação organizada dos recursos disponíveis para pacientes no exterior que desejam usufruir desta prática. O livro oferece um paradigma inovador que ilumina a aplicação da espiritualidade à saúde mental.

A obra traz histórias reais e revela recursos disponíveis para tratamento nos EUA, Brasil e Europa, com o objetivo de se tornar um guia e uma referência inspiradora para aqueles que sofrem de distúrbios emocionais, suas famílias, psiquiatras, profissionais de saúde e estudantes.

Como adquirir

Spiritism and Mental Health, 352 páginas, está disponível para compra pelo Amazon.Com ou pela editora Singing Dragon pelo Email: carolyn.busa@singingdragon.com.

Resources for Extraordinary Healing está disponível no format PDF pelo site www.ResourcesforExtraordinaryHealing.com, or como E-book no <https://www.ebookit.com/books/0000001155/Resources-for-Extraordinary-Healing-Schizophrenia-Bipolar-and-Other-Serious-Mental-Illnesses.html>



José Roberto Pereira Santos

Eutanásia: quem tem o direito sobre a sua vida?

Giovana Campos

Em linhas gerais, a eutanásia é uma forma de apressar a morte de um paciente terminal, com características incuráveis, de um modo que não cause dor nem sofrimento.

No entanto, este assunto é muito discutido em palestras sobre bioética e também no meio jurídico, quando tratam de biodireito. Isto porque sempre há pessoas que são a favor ou contra a realização da prática. Este tema é sempre discutido entre os médicos-espíritos, com argumentos científicos, filosóficos e jurídicos para que o público tenha informações claras e precisas, com conteúdo suficiente para uma correta e sensata avaliação do certo e errado a respeito do direito sobre a vida. Para expor este assunto, a revista Saúde e Espiritualidade traz uma entrevista com o dr. José Roberto Pereira Santos, reumatologista e médico intensivista, membro da Associação Médico-Espírita do Estado do Espírito Santo.

O que é eutanásia? É a mesma definição de suicídio assistido ou há diferenças?

O termo eutanásia foi introduzido na literatura moderna pelo médico, político e filósofo inglês, Francis Bacon, em 1623, na obra *Historia vitae et mortis*¹, e vem do grego *eu* (bom) e *thanatos* (morte). Segundo Bacon: “No tratamento adequado para os doentes incuráveis, os médicos deveriam possuir a habilidade necessária para dulcificar com suas mãos os sofrimentos e a agonia da morte”.

O dicionário Aurélio² conceitua eutanásia como morte serena, sem sofrimento, ou a prática, sem amparo legal, pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável. Na definição do jurista Hélio Gomes³, é o direito que se pretende conferir a uma junta médica de dar a morte suave aos doentes que sofram dores insuportáveis, estejam atacados de do-

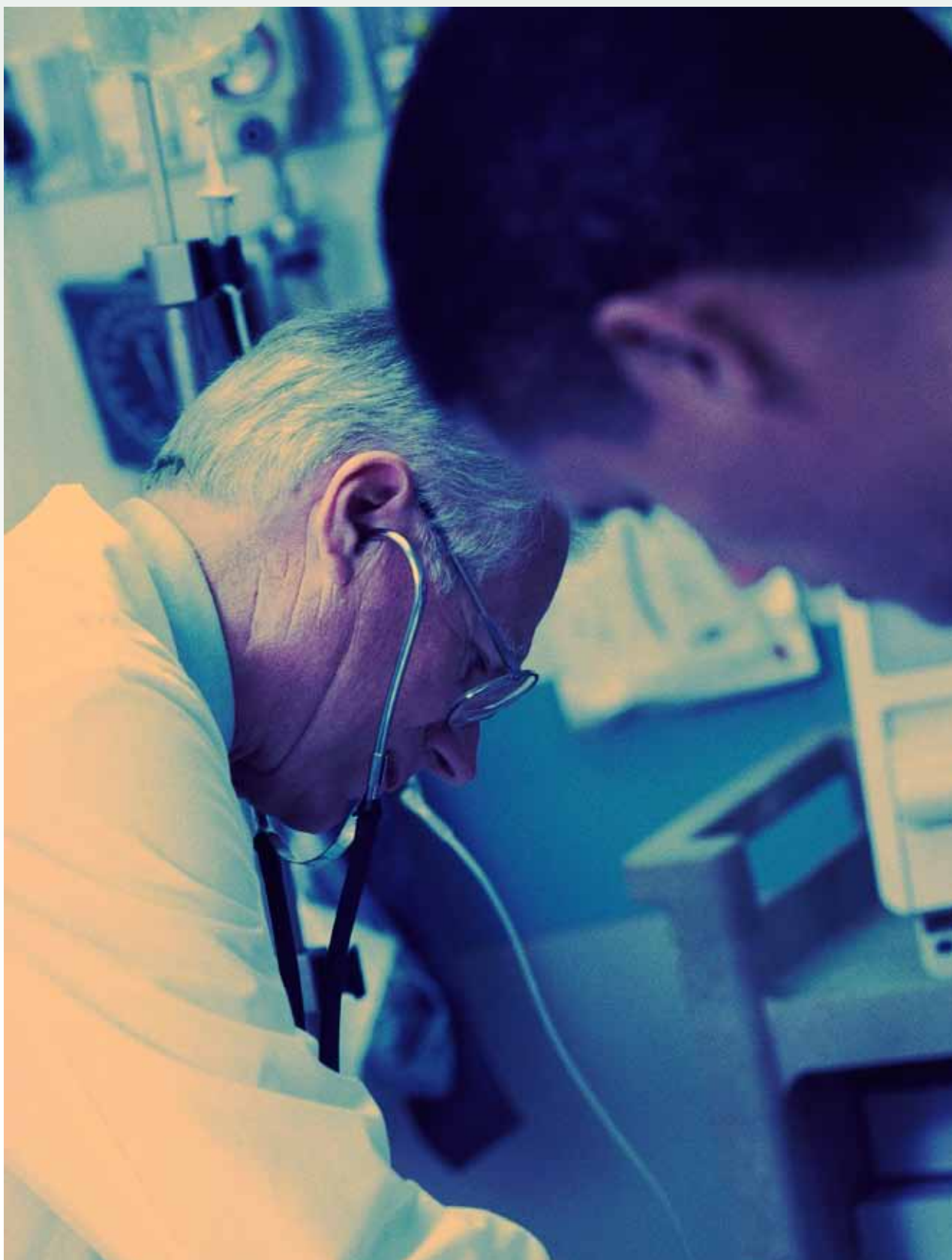
ença incurável e o desejem ou solicitem.

É relevante distinguir eutanásia de suicídio assistido, na medida em que na primeira é uma terceira pessoa que pratica a ação letal e o paciente pode ou não estar consciente da medida, e, no segundo, é o próprio doente que provoca a sua morte, ainda que para isso disponha da ajuda de terceiros, mas os objetivos são os mesmos, ou seja, pôr fim à vida para acabar com o sofrimento.

A eutanásia é um assunto recente ou já há registros dessa prática na antiguidade?

A história mostra que a prática da eutanásia vem sendo utilizada há séculos. Nos tempos de Hipócrates (400 a.C.), os médicos eram procurados pelos doentes fartos de viver, para terem um alívio pela morte que um tóxico lhes facultaria. Hipócrates, preocupado com o problema, formularia em seu famoso julgamento: “... A ninguém darei para agradar, remédio mortal, nem conselho que o induza à perdição...”. Na Índia antiga, os doentes incuráveis eram atirados ao rio Ganges, depois de se lhes vedar a boca e as narinas com a lama sagrada. Em Esparta, os recém-nascidos deformados e até mesmo os anciões, que não mais serviam aos propósitos guerreiros daquele povo, eram lançados do alto do monte Taijeto. O rei Saul, de Israel, gravemente ferido em combate, para furtar-se ao sofrimento e à possibilidade de cair vivo nas mãos dos filisteus, pediu insistentemente a um escudeiro que lhe tirasse a vida. Movido por piedade, o guerreiro praticou a eutanásia. Davi, quando informado da morte de Saul, sentenciou de morte o escudeiro que tirara a vida do ungido de Deus.

O gesto dos césares, voltando o polegar para baixo nos circos romanos, equivalia à prática da eutanásia. Os infeli-





zes gladiadores, mortalmente feridos nos combates, viam assim abreviados os sofrimentos pela compaixão real.

Fávero⁴ transcreve, em seu livro, um trecho da aula de Estácio de Lima (antigo catedrático de Medicina Legal da Escola Baiana de Medicina): “Perto de Paris, adoecer a filha de um médico, vitimada de difteria; na época doença de terrível prognóstico, cuja evolução para o óbito ascendia à cifra espantosa de noventa e nove por cento. Valeu-se de tudo que possível o pai para salvar a filha. Vieram os fenômenos asfíxicos. A cianose da face era, então, o sinal precursor da morte! Consultara, em desespero de causa, os colegas de Paris. Nenhuma resposta. Doía-lhe, ao infinito, o espetáculo da ansiedade sem cura da pobrezinha. Pensa, nesse instante, em abreviar o desfecho. Uma injeção de ópio muito forte que aliviasse tudo, tudo... Pensou, e fez! Não falhou o tóxico. Veio, cedo, a serenidade definitiva... No momento do enterro, recebeu um telegrama com os seguintes dizeres: ‘Roux acaba de descobrir o soro anti-diftérico, aplicando-o com êxito. Aguarde remessa (...)’”.

Há tipos diferentes de eutanásia?

A Eutanásia pode ser classificada de várias formas, de acordo com o critério considerado. Aqui relaciono os mais importantes:

Quanto ao tipo de ação: 1) Eutanásia ativa (direta): dá-se mediante um comportamento ativo, com o intuito de promover a morte e terminar rapidamente o sofrimento do paciente (ex.: injeção de uma substância letal na veia; retirada da ventilação mecânica). É o tipo de eutanásia realizada legalmente na Holanda, onde se aplica uma injeção venosa letal de um anestésico e a morte advém em poucos minutos. 2) Eutanásia passiva (indireta): consiste na mera omissão ou interrupção de tratamento que sustenta a vida (ex.: suspensão de medicamentos, da nutrição e de outros procedimentos médicos) e que leva a uma morte mais lenta, mas inexorável. O caso da americana Terri Schiavo, que estava em coma vegetativo há 15 anos, é um exemplo. A justiça do estado da Flórida, em março de 2005, determinou a retirada do tubo que a alimentava e a jovem de 42 anos veio a falecer 14 dias após.

Quanto ao consentimento do paciente: 1) Eutanásia voluntária – quando a morte é provocada atendendo a uma vontade do paciente; 2) Eutanásia involuntária –

quando provocada contra a vontade do paciente; 3) Eutanásia não voluntária – quando provocada sem que o paciente tivesse manifestado sua posição em relação a ela.

A maioria dos médicos, juristas e estudiosos que lidam com o tema condenam a eutanásia ativa, pois não admitem que se outorgue a alguém o direito de antecipar a morte e muito menos ofereça à profissão médica tão triste espetáculo, pois a função da medicina é de salvar vidas. Não há como conciliar uma medicina que cura com uma medicina que mata. Já a eutanásia passiva conta com a simpatia de parte da sociedade que admite ser intolerável prolongar a vida de um paciente em “coma vegetativo” sem qualquer perspectiva de melhora, principalmente ao serem considerados os aspectos emocionais e econômicos envolvidos. Hoje, portanto, em vários países, aceita-se o desligamento de aparelhos, a supressão de medicamentos ou do aporte nutricional que mantém os sinais vitais dos pacientes nessa condição, principalmente quando os familiares e a sociedade são favoráveis.

Com o desenvolvimento continuado de novas tecnologias na medicina, a partir dos anos 1960, o paciente gravemente enfermo vem sendo mantido vivo por longos períodos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mesmo aquele cuja morte é inevitável, sendo apenas retardada, com um grande custo, financeiro, moral e psicológico, para todos os envolvidos. Desse fato, surgem novos debates: A suspensão ou a recusa no uso dessas tecnologias é uma ação ética? Como conciliar dois princípios fundamentais da ação médica: a preservação da vida e o alívio do sofrimento, nesse contexto? Ao negar a finitude da existência humana, optando o médico por preservar a vida, sempre, não estará submetendo o paciente terminal a grandes sofrimentos? Daí surgem dois novos conceitos, que se juntam à eutanásia: distanásia e ortotanásia.

Distanásia, do grego: *dys* (dificuldade) + *tanathos* (morte), corresponde à morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Trata-se de atitude médica que, visando prolongar a vida de paciente terminal, utiliza meios terapêuticos, cujos efeitos são inúteis, pois não levam à cura ou à melhora e só aumentam o sofrimento. Termo que pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica.

Em oposição à distanásia, surge o conceito de *ortotanásia*. Esse termo vem sendo empregado pelos médicos para os pacientes terminais. Significa a humanização da

morte, sem abreviá-la e nem prolongá-la desproporcionalmente. Os médicos defensores dessa prática concordam que o paciente tem direito de morrer em casa, ao lado da família, por exemplo.

No dia 28 de novembro de 2006 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução favorável à ortotanásia. De acordo com a resolução, na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Legalmente, como está a questão da eutanásia no Brasil? Já é legalizada, em outros países?

No Brasil, a eutanásia é considerada um homicídio. Diz o Código Penal, em seu artigo 121: Matar alguém. Pena: reclusão de seis a vinte anos. Parágrafo 1 - Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço. Apesar dos rigores da lei, a eutanásia é vista na prática como um homicídio piedoso ou morte por compaixão e, raramente, alguém é condenado por praticá-la. Não há relato de condenação por eutanásia no Brasil.

Está em tramitação no Senado Federal o Projeto de Lei 529, de 2009, que dispõe sobre os direitos do paciente em estado terminal e que se baseia na resolução do CFM que permite a prática da ortotanásia.

A eutanásia ativa é legal na Holanda e Bélgica. O suicídio assistido é permitido na Suíça, em Luxemburgo e Albânia. Já a eutanásia passiva conta com o beneplácito da justiça em vários estados americanos (EUA) e outros países europeus. Na Suíça, está localizada a Clínica Dignitas, famosa por receber pacientes de outros países que desejam a morte por suicídio assistido.

Há riscos, caso a eutanásia seja legalizada? Quais?

Sem falar dos fatores espirituais, a liberação da eutanásia põe em risco o próprio controle do método. Vejamos a situação da Holanda. Naquele país, a eutanásia é praticada há mais de 30 anos, com a complacência da justiça. Em 9 de fevereiro de 1993, ela foi aprovada pelo parlamento holandês, mas só entrou oficialmente

em vigor em 1º de abril de 2002 e legaliza a eutanásia e o suicídio assistido. Somente em 2010, houve 3.136 casos de eutanásia notificados⁵. Para ter direito à eutanásia, o paciente tem que preencher alguns critérios: ter um sofrimento insuportável e que seja intratável; estar plenamente consciente de sua opção, e o solicitar de forma voluntária.

A liberalidade da lei holandesa deixa os médicos de mãos livres para praticar a eutanásia, de acordo com a sua própria interpretação do texto legal, na opinião de Eugen Brysch⁶, presidente do Movimento Alemão Hospício, que é voltado para a assistência a pacientes em fase terminal, sem possibilidades terapêuticas. Isso significa que, na prática, o número de casos de eutanásia é maior do que aqueles oficialmente notificados e que, em situações não raras, é a própria família que decide sobre o procedimento, sem o conhecimento do paciente.

Isso fica bem evidenciado pelo grande número de idosos que estão deixando a Holanda e indo para outros países vizinhos, com temor de morrer por solicitação dos seus familiares. Um exemplo é o asilo na cidade alemã de Bocholt, perto da fronteira com a Holanda, que recebe idosos holandeses temerosos de que a própria família autorize a antecipação de sua morte. Eles se sentem seguros na Alemanha, onde a eutanásia tornou-se tabu, depois que os nazistas a praticaram em larga escala, na Segunda Guerra Mundial, contra deficientes físicos e mentais e outras pessoas que consideravam indignas de viver.

Uma análise feita pela Universidade de Göttingen, de sete mil casos de eutanásia praticados na Holanda, justifica o medo de idosos de terem a sua vida abreviada a pedido de familiares. Em 41 % desses casos, o desejo de antecipar a morte do paciente foi da sua família. Outro ponto bastante polêmico da lei holandesa é que ela permite a eutanásia em crianças com idades entre 12 e 16 anos, desde que tenham o consentimento dos pais.

Na Bélgica, após nove anos da permissão legal da eutanásia, um procedimento que ficou bem estabelecido é o transplante de órgãos de doadores vítimas da eutanásia. Desde 2007, hospitais belgas vêm realizando essas cirurgias.

Considerando a porção espiritual do homem, o que podemos inferir sobre a eutanásia para o pa-



ciente, para o familiar que a autoriza e para o médico que a pratica?

Nascemos com uma constituição energética individual, estruturada em programação prévia no mundo espiritual, para as nossas necessidades evolutivas, em cada encarnação, o que nos propicia um determinado tempo de vida no corpo físico. Haverá um momento em que se dará a morte das células do corpo físico e o fluído vital, responsável por animar a matéria, não encontrando mais campo de atuação, dispersar-se-á no fluído cósmico universal, sobrevivendo a morte orgânica. Não que se tenha uma data fixada para esse momento, pois isso dependerá das condições de vida e realizações do Ser naquela encarnação e do seu projeto no mundo espiritual.

Aqueles que defendem a eutanásia, no intuito de oferecer um descanso para a carne sofrida, só enxergam pelo olho material e não conseguem descortinar o desequilíbrio provocado no espírito por tal ato. As comunicações espirituais relatam as agressões no corpo espiritual dos seres que experimentaram a interrupção abrupta, não programada, de sua vida orgânica. Certamente, tais transtornos são diretamente proporcionais ao envolvimento de cada um no processo. Não só sofre o Espírito que desencarna, após ser atendido no pedido para pôr fim à sua vida, mas terá, também, o seu comprometimento aquele que contribuiu para ceifar a vida daquele Ser, pois tal ato ficará impregnado na sua memória espiritual e dele mesmo será “cobrado” no futuro. É a lei da ação e reação.

Apesar de envidarmos todos os esforços possíveis, dentro das técnicas alcançadas pela ciência, para mantermos a vida até o último instante, não podemos esquecer aqueles pacientes terminais, para os quais a medicina nada mais tem a oferecer em termos de perspectivas de prognóstico, que desejam, em consonância com seus familiares, terminar os seus dias no convívio do lar. Em tais situações, os médicos devem oferecer os cuidados necessários para que esses pacientes atravessem seus dias finais de uma forma mais digna, sem usar procedimentos agressivos, que, no intuito de prolongar a vida, trarão mais sofrimento ao paciente e a seus familiares.

O livro *Obreiros da Vida Eterna*⁸, psicografado por Chico Xavier, traz alguns exemplos de desencarnes

acompanhados pelo Espírito André Luiz em que a questão da eutanásia e as suas repercussões espirituais são bem abordadas, servindo de boa fonte de estudo para os profissionais de saúde espíritas.

Você conduziu uma pesquisa sobre esse assunto com médicos-espíritas. Qual o objetivo e qual a metodologia utilizada? Já há resultados iniciais?

Eu e Atílio Provedel, professor da UFES, elaboramos um questionário sobre eutanásia e o enviamos para endereços eletrônicos de médicos espíritas que nos foram fornecidos por algumas Associações Médico-Espíritas (AMEs) que atenderam à nossa solicitação. No prazo previsto, recebemos 54 questionários, respondidos de forma completa. O objetivo da pesquisa foi avaliar qual a atitude do médico espírita diante de situações clínicas desafiadoras que envolvem a eutanásia. O questionário constou de três casos clínicos, um real e dois fictícios, envolvendo situações de eutanásia, distanásia e ortotanásia, relativamente comuns na prática de médicos intensivistas e emergencistas. Para cada caso, foram elaboradas algumas perguntas que deviam ser respondidas de forma positiva (sim) ou negativa (não) e, independentemente da escolha, havia uma opção para a justificativa. Descrevo abaixo um dos casos encaminhados:

Paciente de 74 anos, com câncer, metástases ósseas e cerebrais, em coma, caquético, sem qualquer possibilidade terapêutica para a sua doença, considerado paciente terminal. A quimioterapia já não produz resultados, pelo contrário, só provoca efeitos colaterais indesejáveis. Está internado em hospital, onde atualmente recebe cuidados gerais, nutrição e medicação sintomática. O paciente sofre uma parada respiratória. O médico é chamado para constatar o óbito, mas encontra pulsos palpáveis (sinal de vida), pressão arterial zero e ausência de respiração. O médico, que já conhece a história clínica do paciente, decide por não realizar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar e o paciente é declarado morto alguns minutos após.

Em relação a esse caso de paciente terminal extremo, 22% (12) dos médicos que responderam, consideraram que o médico errou ao não fazer as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, caracterizando

uma conduta distanásica. Essa resposta dos médicos espíritas parece refletir um receio de não se tentar tudo para manter a vida do paciente e a preocupação com as repercussões espirituais para si e o paciente. Vejam as justificativas dadas por esses médicos:

O espírito ficaria encarnado mais algum tempo e aproveitaria o máximo de tempo de sua encarnação;

Se o paciente teve uma parada cardíaca em local onde há um médico presente, este tem a obrigação ética e profissional de realizar as manobras de ressuscitação, independentemente da vontade ou da situação clínica do paciente;

Se o paciente teve uma parada cardíaca no local onde havia um médico é porque a espiritualidade (espíritos que assistem o paciente) assim o permitiu para que o médico interviesse.

Como a AME-Brasil já se posicionou contrariamente à prática da distanásia, na Carta de Princípios de São Paulo, em 2005⁹, essa postura de uma grande parte dos médicos espíritas surpreende e mostra certo desconhecimento, ou não concordância, em relação às diretrizes da AME e ao entendimento da própria doutrina.

Portanto, constata-se, através da pesquisa, que o tema eutanásia mereça um debate maior entre os médicos espíritas, no âmbito das AMEs, levando para a discussão casos da prática médica diária, abordando as dúvidas e questionamentos dos próprios profissionais de saúde, com a realização de seminários sobre bioética patrocinados pela AME-Brasil.

Para encerrar, deixo algumas recomendações para os profissionais de saúde:

1º) Eutanásia nunca;

2º) Distanásia: Deve ser evitada. Devemos proporcionar uma morte mais digna; que o paciente, se possível, escolha onde e com quem quer morrer, de preferência em casa e de forma mais natural e menos mecanizada possível;

3º) Que a morte seja vista não como um inimigo a ser combatido, mas como um processo natural da evolução do ser. Ser a favor da vida, sempre, mas não lutar contra a morte, quando ela está em curso e é inevitável;

4º) Incentivar e divulgar a medicina dos cuidados (conhecida como medicina paliativa) cobrando do sis-

tema de saúde, público ou privado, a oferta desse serviço para a nossa população;

5º) Ao entrar no ambiente de trabalho, ore para obter os instrumentos necessários (inspiração) para tomar decisões mais próximas da justiça divina, possível. Ore diante de uma situação de dúvida. Ore para o paciente que está em processo de desencarnação (muitas vezes é melhor a oração do que uma intervenção física, para o espírito que está se desligando do corpo físico);

6º) O mais importante é a intenção. Nunca tenha a intenção de abreviar a vida de alguém. Ser precisarmos usar um analgésico de ação central, ou sedativos, que façamos com o objetivo de aliviar a dor e o desconforto e não de proporcionar uma “morte suave”, como fazem alguns médicos que prescrevem doses maiores, acreditando que estão aliviando o sofrimento dos seus pacientes.

7º) Não se esconda com medo de críticas de colegas, pois a maioria tem opiniões contrárias à nossa. Seja firme em suas posições, suas crenças e seus entendimentos;

8º) Se o seu talento é com a área de doenças críticas ou terminais, persista nessa sua vocação, pois são áreas da medicina mais carentes de profissionais “humanizados”. Podemos ser bons tecnicamente e praticarmos a medicina da alma: Humildade; respeito para com os pacientes e com os colegas de profissão; segurança na justiça divina (fê); felicidade de servir numa seara de grandes sofrimentos e amor ao próximo.

REFERÊNCIAS:

1. <http://www.sirbacon.org/historylifedeath.htm>
2. Ferreira, ABH. Novo dicionário Aurélio. PR: Editora Positivo, 2009.
3. Gomes, H. Medicina legal. 26ªed. Livraria Freitas Bastos. p. 667-669.
4. Fávero, F. Medicina legal. 12ª ed. Editora Villa Rica, 1991. p. 991-1002.
5. http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_the_Netherlands
6. <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,1050812,00.html>
7. http://www.bioedge.org/index.php/bioethics/bioethics_article/9581
8. Xavier, F.C. Obreiros da vida eterna. FEB.
9. <http://www.ameees.org.br/>



Tabulação dos dados da p

Apresentamos o conteúdo da pesquisa realizada pelo dr. José Roberto Pereira Santos, da AME-Estado do Espírito S
laboração do Dr Attilio Provedel, Professor doutor do Departamento de Arquivologia da Universidade Federal do Esp

PARTE 1

PERFIL DE GÊNERO E FAIXA ETÁRIA

01. Sexo

Masculino.	22	40,7 %
Feminino.	32	59,3 %

02. Faixa etária

20-29 anos.	5	9,3 %
30-39 anos.	10	18,5 %
40-49 anos.	14	25,9 %
50-59 anos.	18	33,3 %
60-69 anos.	6	11,1 %
Acima de 70 anos.	1	1,9 %

PARTE 2

RELIGIOSIDADE

03. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

Mais do que uma vez por semana.	28	51,9 %
Uma vez por semana.	15	27,7 %
Duas a três vezes por mês.	7	13,0 %
Algumas vezes por ano.	4	7,4 %
Uma vez por ano ou menos.	---	---
Nunca.	---	---

04. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como orações, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

Mais do que uma vez ao dia.	20	37,0 %
Diariamente.	25	46,3 %

Duas ou mais vezes por semana.	6	11,1 %
Uma vez por semana.	3	5,56 %
Poucas vezes por mês.	---	---
Raramente ou nunca.	---	---

As questões 05, 06 e 07 contêm três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, assinale o quanto cada frase se aplica a você.

05. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

Totalmente verdade para mim.	47	87,0 %
Em geral é verdade.	6	11,1 %
Não estou certo.	---	---
Em geral não é verdade.	---	---
Não é verdade.	---	---
NS/NR	1	1,9 %

06. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

Totalmente verdade para mim.	37	68,5 %
Em geral é verdade.	17	31,5 %
Não estou certo.	---	---
Em geral não é verdade.	---	---
Não é verdade.	---	---

07. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Totalmente verdade para mim.	38	70,4 %
Em geral é verdade.	15	27,7 %
Não estou certo.	1	1,9 %
Em geral não é verdade.	---	---
Não é verdade.	---	---

pesquisa sobre eutanásia

Santo. A entrevista foi dirigida a profissionais de saúde de diversos estados brasileiros e esta compilação teve a co-
Espírito Santo – UFES. O dr. Provedel também é coordenador do Departamento Acadêmico da AME-Espírito Santo.

PARTE 3 - EUTANÁSIA

Considere o relato a seguir para responder às questões 08 e 09.

“Aos seis anos de idade, minha filha Ticiane teve diagnosticado um tumor no tronco cerebral, com poucas chances de sobrevivência. Foi extraída uma parte possível do tumor, ela fez quimio e radioterapia. Passou seis meses bem, mas o tumor aumentou. A única saída era mais quimioterapia. Tive dúvidas, as chances eram menores de 5%. Pensei nos vômitos, queda de cabelos, questões difíceis para uma menina. Fizemos, porque eu não queria nada que me condenasse depois, nem para mais nem para menos.

Foram nove meses de tratamento, sem resultado. Eu e meu marido conversamos com os médicos e entendemos que não havia mais nada a ser feito. Tudo mais seria obstinação terapêutica. Resolvemos dar a ela qualidade de vida. Perguntei quanto tempo ela teria: ‘Dois ou três meses’, disseram. Ela já não andava, estava com o lado direito do corpo paralisado, inchada, peluda, estrábica, mas dizia que queria ir para nossa casa de praia, em Ubatuba, onde passávamos as férias.

Os médicos tentaram convencê-la de que não era o lugar ideal, mas eu assumi o risco e decidi que minha filha morreria onde quisesse. Passamos três dias na praia, irmãos, primos, tios. Ela entrou no mar e disse: ‘Hoje é o dia mais feliz da minha vida’. Acho que isso compensa todo o risco.

Um dia acordou, comeu e conversou com uma tia: ‘Você devia cortar o cabelo, ficaria mais chique’. Deitou e começou a convulsionar. Corremos ao Pronto-Socorro.

Ela teve parada cardíaca. O médico pegou dois eletrodos olhou para mim e perguntou se eu queria que ela fosse reanimada. Não deixei. Achei que minha filha não merecia ficar pulando como lagartixa naquela mesa. É triste enterrar um filho, mas vê-lo sofrer com dor é pior”.

K.C., 43 anos, dentista. (Folha de São Paulo, 11/03/2001).

08. Na sua avaliação, a decisão da mãe em retirar a filha do hospital foi certa?

Sim.	46	85,2%
Não.	8	14,8%

Justifique (opcional):

Tipo: SIM. (28 de 46: 51,9% justificaram ao responder “sim.”)

[SIM]. Ser contra a eutanásia não significa negar a morte. Se a quimioterapia não tinha mais o que fazer para ajudar a menina, em sua face paliativa, a medicina deve, ao menos, confortar proporcionando dias menos traumáticos.

[SIM]. O mais importante nessa situação é atender os aspectos psicológicos e espirituais, atendendo os seus anseios e oferecendo uma morte digna, junto com os familiares, já que mantê-la no hospital não mudaria o prognóstico e poderia gerar mais sofrimento que alívio.

[SIM]. Neste caso não consideramos eutanásia, mas sim dignidade de desencarnação. Mais do que já havia sido feito seria distanásia

[SIM]. as possíveis opções terapêuticas estavam esgotadas.



[SIM]. Se já não existiam possibilidades de melhora do estado dela, a opção de dar a ela uma melhor qualidade de vida, dali pra frente, me parece mais acertada.

[SIM]. Mantê-la com os tratamentos era distanásia. Parece que a criança foi cuidada e não sentia dor e morreu feliz e amparada pela família.

[SIM]. Se tudo o que poderia ser feito foi, efetivamente feito, sim, ela agiu certo. A obstinação terapêutica teria evitado alguns momentos felizes em família.

[SIM]. A conversa esclarecedora e segura do profissional assegurando não ter mais opção terapêutica, foi então ofertado o que a criança mais precisava, convivência com a família, carinho, etc.

[SIM]. Não havia mais tratamento na medicina a ser feito e o conforto de estar entre entes amados é fundamental na terminalidade da vida.

[SIM]. Se não havia mais nada a ser feito, melhor que ela vivesse com alegria o tempo que tinha para viver.

[SIM]. Ela já havia feito o tratamento possível.

[SIM]. Não havia mais medida terapêutica eficiente. A história natural da patologia culminaria com a morte, e nesse caso devemos deixar que a própria natureza do indivíduo siga seu curso. Qualquer intervenção só prorrogaria o sofrimento.

[SIM]. Parece que nesta fase do tratamento da criança não justificava a permanência no hospital porque não havia nenhuma possibilidade de mudar o prognóstico da doença e se, porventura, viesse a ter dores ou sofrimentos intensos poderia ser atendida a tempo. Então achei mais sensato atender ao pedido da criança proporcionando uma melhor qualidade de vida. E parece que valeu a pena.

[SIM]. Sei que acima da prescrição médica está o poder Divino. Mas a mãe não se colocou afrontando a vontade de Deus, mas sim pensando em dar a filha momentos de felicidades diante de sua dor... Eu aceitaria os desígnios de Deus, sofrendo, mas também faria tudo para fazer um filho feliz!

[SIM]. Chega um momento que temos que respeitar a morte.

[SIM]. Curtir alguns momentos em particular com a filha em uma situação de despedida certa como este caso é mais significativos que muitos anos de convivência.

[SIM]. A criança estava em uma fase terminal de uma doença terminal e as medidas diagnósticas e terapêuticas a partir daí, poderiam aumentar o seu sofrimento, caracterizando uma distanásia.

[SIM]. Não havia opção terapêutica; o convívio com a família neste momento, era o melhor tratamento.

[SIM]. Frente a morte iminente da filha, o melhor seria dar-lhe a felicidade de ter seu gosto satisfeito. Eu faria a mesma coisa.

[SIM]. Em parte sim porque ela teve alegria nos últimos dias de sua vida terrena. Isso também confortou a família, pois viu a alegria da menina. Ela sabia que muito provavelmente ela não teria chances de continuar viva por muito tempo. Assim, quis-lhe dar alguma alegria dentro do que sua filha mais sentia falta.

[SIM]. Reanimação após parada em pessoa hígida é mandatório; o que não era o caso relatado.

[SIM]. A criança não tinha mais planos terapêuticos, tem o direito de morrer com sua família, que foi o que verbalizou aos pais.

[SIM]. Chances até expirar a vida

[SIM]. Essa era a chance de dar a criança uma qualidade no tempo que lhe restava propiciando momentos de felicidade. Os pais pensaram na criança

[SIM]. Foi correta a partir do momento em que nada mais podia ser feito em relação a cura. Assim, dar qualidade de vida para os últimos momentos é mais válido do que prolongar esses momentos sem qualidade. É a chamada ortotanásia.

[SIM]. Em casos de não possibilidade terapêutica e quando o internamento não irá interferir no prognóstico, deve ser considerada a opinião do paciente e dos familiares. Neste caso, o internamento não iria recuperar o quadro.

[SIM]. Por ser um caso, sem solução para medicina. O tratamento, neste caso, é igual a somente tortura física e

sofrimento.

[SIM]. O sofrimento pertence a todos que participam diretamente ao processo de doença, diante da impossibilidade terapêutica deram a criança um pouco da qualidade de vida que merecia e realizaram a vontade dela de ir até a praia.

Tipo: NÃO. (6 de 8: 75,0% justificaram ao responder “não.”)

[NÃO]. Acho que poderia tentar reanimar pelo menos...

[NÃO]. Sou contra a eutanásia. Acho que devemos usar todos os recursos possíveis e disponíveis no momento, principalmente se temos conhecimento/esclarecimento à respeito dos mesmos e, condições para tal) - é cumprir com a parte que nos cabe e que nos é possível naquele momento da nossa vida, é nosso “dever cumprido” (acreditar no que podemos fazer em prol da manutenção da vida daquela pessoa). De resto, é um “entregar à Deus” (penso que não temos o direito de privar alguém de seus momentos finais, de forma natural, os quais poderão ser valiosíssimos ao seu aprendizado, e de grande importância e valia em sua evolução espiritual. Meu pai desencarnou com câncer de próstata (passou por todos os recursos médico-hospitalares possíveis até que chegasse naturalmente a sua hora de partir); e creiam, que nos últimos tempos, quando não se tinha mais nada a fazer, observamos nele um crescimento espiritual que não ocorreu nos anos precedentes a sua morte física! Eu só pedia a Deus, no final (e ainda no hospital) que ele seguisse o seu caminho em paz, na sua hora “certa”.

[NÃO]. O MORRER É PRÓPRIO DAS MÃOS DE DEUS.A DEVOUÇÃO TEM SEU DIA CERTO ABREVIAR-LO É TRANSGREDIR O DIREITO DE VIVER.

[NÃO]. Como médica, eu nunca deixo de tentar e um segundo pode fazer muita falta na vida espiritual.

[NÃO]. Somente Deus sabe a medida exata das nossas provas ou expiações.

[NÃO]. Não podemos deixar de ter esperanças, cada

paciente, responde de um modo diferente, todas as terapias são com o objetivo, de uma melhor qualidade de vida.

09. A decisão do médico em não realizar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar por solicitação da mãe foi certa?

Sim. 32 59,3 %

Não. 22 40,7 %

Justifique (opcional):

Tipo: SIM. (15 de 32: 46,9% justificaram ao responder “sim.”)

[SIM]. Ser contra a eutanásia não significa negar a morte. Se a quimioterapia não tinha mais o que fazer para ajudar a menina, em sua face paliativa, a medicina deve, ao menos, confortar proporcionando dias menos traumáticos. No caso dela, como em outros semelhantes, a insistência médica pode até prejudicar o desligamento corpóreo, causando embaraços no momento de transição. Assim, quando é chegado o momento, o melhor é dar o suporte psicológico e espiritual. A princípio sim, considerando a gravidade do seu estado físico e do seu mau prognóstico. No entanto, se houvesse possibilidade de mantê-la viva, com dignidade, por mais alguns dias, recebendo apoio afetivo e espiritual da família eu acho que a manobra de ressuscitação cardiopulmonar deveria ser feita. Precisaria de maiores dados clínicos para decidir com segurança.

[SIM]. Parada cardíaca em criança geralmente é irreversível, ao contrário do que acontece com adultos; ela era portadora de uma patologia irreversível com acometimento de tronco cerebral e já havia passado por todos os tratamentos médicos possíveis; a mãe e responsável nesse caso tinha todo o direito de não querer que o procedimento fosse realizado.

[SIM]. Evolução natural da doença

[SIM]. Não havia prognóstico

[SIM]. Não havia mais condições de sobrevivência.

[SIM]. Respeitou a morte, com dignidade.

[SIM]. Não havia mais previsão de vida. Para que prolongar este sofrimento?

[SIM]. Respeito ante a decisão tomada pela responsá-



vel legal da paciente.

[SIM]. Era uma paciente fora de possibilidade terapêutica.

[SIM]. A criança estava em seguimento natural da morte, não foi parada cardíaca e sim óbito.

[SIM]. Sem prognóstico prolongar uma vida deve ser respeitado o desejo daqueles que amam o paciente.

[SIM]. A ressuscitação só iria prolongar um sofrimento, não havendo possibilidade de cura.

[SIM]. Só iria prolongar o sofrimento da paciente. É uma atitude egoísta dos pais fazerem tudo para manter um filho vivo independente da situação em que o paciente se encontra... Matar também não é o indicado, mas deixar que a vida se extinga, por si só.

[SIM]. Sim, pois os responsáveis legais de uma criança com doença não tratável são os pais. Eles têm o direito de opinar a respeito da continuidade de tratamento não efetivo, distanásia.

[SIM]. Sim, pois devemos respeitar o sentimento dos familiares, provavelmente o profissional, naquele momento sentiu que a expectativa de vida, não existia.

Tipo: NÃO. (15 de 22: 68,2 % justificaram ao responder “não.”)

[NÃO]. Eu tentaria as manobras, se a criança não tivesse que retornar, isto não ocorreria

[NÃO]. Ele incorreu no erro da Eutanásia Passiva. Deveria ter pelo menos tentado.

[NÃO]. acho que deveria ter tentado, pois no último momento muita coisa poderia acontecer.

[NÃO]. Ele não conhecia o caso do paciente e se a família levou-a ao hospital era para fazer algo e não passar a responsabilidade para a família.

[NÃO]. A paciente ainda não tinha entrado num estado de agonia ou sofrimento irreversível (um pouco antes ela comeu e conversou com a tia). Quem poderia dizer por quanto tempo ela ainda sobreviveria após a ressuscitação com uma qualidade razoável de vida?

[NÃO]. Para um médico todos as alternativas devem ser praticadas em seja qual for as circunstâncias. Não caberia a mãe impedir os procedimentos pois se houvesse

se chegado o momento do desencarne da criança, nem mesmo os recursos médicos impediriam. Mas, o dever médico de lutar pela vida, esse, foi praticado.

[NÃO]. Nem deveria ter perguntado à mãe. O dever dele, enquanto médico é fazer de tudo para manter a paciente viva, mesmo que ela venha a falecer logo depois.

[NÃO]. Porque o nosso compromisso é com a VIDA. Temos que lutar pela vida sempre, O sofrimento do paciente, encarnado faz parte de seu crescimento evolutivo. Somente Deus é que tem o poder de decidir quando é o momento da partida.

[NÃO]. O médico estudou para salvar vidas, para fazer tudo que esta ao seu alcance até o fim.

[NÃO]. Chances até expirar a vida

[NÃO]. Não sei bem ao certo, e nem como explicar, mas acredito que neste contexto clínico a distanásia não seria a melhor opção.

[NÃO]. Acho que poderia tentar... Não ficaria com a consciência pesada depois

[NÃO]. Eu penso que não; tal questão é muito delicada, principalmente se o médico é favorável a tal procedimento. Em minha opinião, o médico deveria insistir para que a mãe respeitasse a “vontade” de Deus (entendo essa “vontade de Deus” no sentido de que não podemos desistir da luta contínua, de que devemos perseverar em nossa caminhada, utilizando todos os recursos médico-hospitalares disponíveis em prol da vida). Mas a decisão é de cada um, nem mesmo Deus interfere em nosso livre-arbítrio. Porém, se o médico tivesse insistido na luta pela vida, e que tal decisão/interrupção do tratamento não nos cabe, talvez a mãe compreendesse que “privar” o paciente, mesmo que de poucos momentos finais, não é de nosso direito (uma vez que ele poderia talvez, suplantar todo o sofrimento causado pelo câncer, entendendo a importância que se tem em vivenciar a dor, e de pedir a Deus que nos fortaleça a fé, que nos motive e nos dê forças para que aprendamos aquilo que nos cabe aprender).

[NÃO]. A ARTE MAIOR DO MÉDICO É TENTAR O QUE ESTIVER A SUA ALTURA PARA TRAZER A VIDA E NUNCA ENCAMINHA-LO PARA A MORTE

[NÃO]. Como médica, nunca deixo de tentar e um segundo pode fazer muita falta na vida espiritual.

Considere as definições e as situações a seguir para responder às questões 10 e 11.

Definições:

Paciente terminal é aquele que, na evolução da doença, não mais responde a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições de cura ou prolongamento da sobrevivência, necessitando apenas de cuidados que lhe facultem o máximo conforto e bem estar. (Genival Veloso de França).

Distanásia, do grego: dys (dificuldade) + tanathos (morte), corresponde à morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Trata-se de atitude médica que, visando prolongar a vida de paciente terminal, utiliza meios terapêuticos, cujos efeitos são inúteis, pois não levam à cura ou a melhora e só aumentam o sofrimento. Termo que pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica.

Situação A: um paciente com câncer de pulmão, 74 anos, com metástases ósseas e cerebrais, em coma, caquético, sem qualquer possibilidade terapêutica para a sua doença, considerado paciente terminal. A quimioterapia já não produz resultados, pelo contrário, só provoca efeitos colaterais indesejáveis. Está internado em hospital, onde atualmente recebe cuidados gerais, nutrição e medicação sintomática. A família solicita a alta para que o paciente passe os dias finais de sua vida em casa, pois tem condições de fornecer o mesmo tratamento que está recebendo no hospital. Recebe alta hospitalar e duas semanas depois tem uma parada cardíaca, em casa, e morre rodeado pelos familiares.

Situação B: o mesmo paciente descrito acima permanece internado no hospital, porque a família não tem condições de mantê-lo em casa recebendo os cuidados necessários, apesar de manifestar o desejo de que ele morresse em casa. Duas semanas depois o paciente sofre

uma parada respiratória. O médico é chamado para constatar o óbito, mas encontra pulsos palpáveis (sinal de vida), pressão arterial zero e ausência de respiração. O médico, que já conhece a história clínica do paciente, decide por não realizar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar e, o paciente é declarado morto alguns minutos após.

10. Em relação ao processo de desencarne do paciente referido há alguma diferença, do ponto de vista espiritual, entre as duas situações?

Sim.	28	51,9 %
Não.	25	46,2 %
NS/NR.	1	1,9 %

Justifique (opcional):

Tipo: SIM. (21 de 28: 75,0 % justificaram ao responder “sim.”)

[SIM]. A única diferença, a meu ver, é que o paciente que morreu em casa pôde optar por desencarnar em sua casa e, portanto, teve maior conforto no final de sua vida. O outro, que ficou no hospital, teve a melhor alternativa, a meu ver, para sua situação, pois se fosse para casa talvez sofresse devido a falta de suporte adequado.

[SIM]. Sim, dependendo da postura da família, o ambiente familiar através do apoio afetivo e religioso é mais favorável para o desenlace do paciente.

[SIM]. Ele desencarnou num ambiente adverso, sem a presença daqueles que tem por ele um afeto maior.

[SIM]. Marco sim por não poder marcar os dois, pois depende da condição espiritual do paciente, da resignação em aceitar uma condição ou outra. Pois embora o cuidado e a possibilidade de estar entre os seus, nos leve a pensar que o desencarne possa ser mais tranquilo. Se o ser que esta em vias de desencarnar não aceitar com tranquilidade este processo o desencarne será doloroso em casa ou no hospital.

[SIM]. Sim, no sentido de que o primeiro estava em local com mais conforto e afeto.



[SIM]. O fato de na situação A, a paciente desencarnar num ambiente rodeado de pessoas queridas, as quais poderiam ajudar no desenlace, através da prece e de atitudes mentais serenas.

[SIM]. A presença e o conforto de familiares são muito importantes neste momento.

[SIM]. Situação A - morte com família e em ambiente amoroso, podendo, nas duas semanas em casa resolver situações e aproximar a família. Situação B - morte sozinho, com todos os processos de medo, insegurança e desamparo espiritual, sem possibilidades de reconciliações, etc.

[SIM]. No primeiro caso, o paciente veio a óbito na sua residência com familiares, local em que tem apoio afetivo e desejava. No segundo, o ambiente pode desfavorecer a situação.

[SIM]. Acho que somente o merecimento de cada um... Se não cai uma folha de uma árvore sem que DEUS queira, então, o primeiro caso, morreu entre familiares, porque estava assim designado.

[SIM]. a situação A o desencarne é gradual e o paciente tem o preparo psicológico da morte que se aproxima e os familiares presentes. Na situação B o paciente está no ambiente hospitalar e quem o atende é justamente um médico que conhece o caso clínico, também tem o aparato espiritual, mas não tem a companhia da família que talvez amenize o desencarne.

[SIM]. Na situação A houve calor e amparo humano e não se cometeu a distanásia

[SIM]. Entre seres queridos o preparo para o desencarne é mais tranquilo, podendo haver um ambiente preparado por aqueles que ali se encontram na mesma vibração.

[SIM]. Paciente ainda ligado ao corpo?

[SIM]. É óbvio que podendo morrer em casa, rodeado por familiares proporcionaria um desencarne mais tranquilo, envolvido por vibrações de paz e amor. Agora, precisa ser observado se a família tem condições de manter um atendimento mínimo no domicílio que o proteja da dor ou sofrimentos respiratórios prolongados.

[SIM]. Na situação A: vejo como natural tanto o desejo do paciente de ficar seus últimos momentos com

a família. Quem sabe não era exatamente esse espaço de aconchego familiar que o espírito precisava para desprender-se?

[SIM]. No primeiro caso, os familiares não tinham como fazer a ressuscitação e o paciente estava, embora em coma, rodeado de afeto. No segundo caso, foi-lhe negado a oportunidade de viver, embora estivesse sem condições de fazê-lo. Havia como ressuscitá-lo. Nas duas situações ele não estava sofrendo. O "A" desencarnou normalmente entre seus familiares, feliz e foi feito dado todo socorro possível. O "B", não, estava no hospital e o médico julgou que não valia mais tentar algo já que o paciente era terminal. Mas, só Deus na verdade sabe a data certa dos desencarnes e todos tem o dever de fazer tudo para continuar a vida que para o espírito é importante e necessária.

[SIM]. Paciente em fase final de expiação.

[SIM]. Na situação A, se teve a chance de dar um pouco mais de carinho.

[SIM]. MORRER AONDE FOI FELIZ É MAIS ESPIRITUAL DO QUE DESENCARNAR EM AMBIENTE QUE POR SI JÁ É SOFRIDO

[SIM]. Acho que em um hospital, na presença de um médico, nenhum paciente deve morrer sem tentar-se o procedimento para todos, independente de qualquer característica particular.

Tipo: **NÃO.** (9 de 25: 36,0% justificaram ao responder "não.")

[NÃO]. o desencarne em casa fornece ao espírito a possibilidade de vivenciar o amor e tb reajustes necessários antes da desencarnação

[NÃO]. Paciente com idade avançada como está descrito terá toda a assistência espiritual, não sendo necessário mais um prolongamento da vida material.

[NÃO]. Nos dois casos a morte do paciente já estava prevista. Portanto ninguém acelerou ou precipitou nada. Temos que entender que a natureza tem que seguir o seu curso e a morte é um desses cursos.

[NÃO]. Ambos acabaram seguindo a evolução natural e final daquela expiação.

[NÃO]. No primeiro caso não havia uma pessoa habilitada a realizar manobras de ressuscitação no momento da morte, no segundo há. Entretanto, o médico, apesar de não estar presente no momento da morte do paciente da 1ª situação, já havia lhe conferido a alta e sabia que o paciente morreria a qualquer momento, ou seja, ele já havia tomado a decisão de não ressuscitar o paciente. Acho que as diferenças aqui decorreram das condições da família, mas a decisão nas duas situações foi a mesma, tanto a do médico, quanto a dos familiares.

[NÃO]. Paciente teve a chance de passar seus últimos dias com os familiares, os dois desencarnes tiveram afeto; apesar de um não ter tido conforto e não há razão para prolongar um corpo físico sem qualidade de vida.

[NÃO]. Em ambos o processo ocorreu de modo natural, seguiu o curso natural da doença.

[NÃO]. Em ambas era o final da vida natural

[NÃO]. Penso que o momento da morte física (falência dos órgãos-corpo físico) pode não ser obrigatoriamente coincidente com o momento do desencarne (que pode ser mais rápido/tranquilo, ou mais/ou muito mais demorado, difícil e “doloroso” para o espírito). Na situação A, acho que o paciente teve morte natural (dentro do possível, ou seja, na condição da doença terminal, sem mais qualquer possibilidade terapêutica) - penso que o desencarne deste pode ter sido gradual, a medida que o corpo físico entrava em falência, até parar de vez (=morte física), e talvez os familiares não tenham dado conta de todo esse processo. Já o mesmo paciente na situação B, penso que poderia ter ocorrido o mesmo - um desencarne “aos poucos” do espírito, no decorrer da falência gradual/crescente dos órgãos físicos (e quanto aos “pulsos ainda palpáveis”, não poderiam ser explicados pela diminuição gradual do ATP/principal fonte energética celular, que deve ligar-se em local específico da molécula de miosina, e, qdo isto não mais acontece, cessa o trabalho da camada muscular da artéria?). Acho que, do ponto de vista espiritual, não tem diferença entre as duas situações.

Tipo: NS/NR. (1 de 1: 100,0% justificaram ao responder “NS/NR.”)

[NS/NR]. Obs. 1. O termo correto é desencarnação, posto que a palavra é relativa à reencarnação. Obs. 2: Para se dar uma resposta mais embasada, seria necessário, além de outros dados, saber o pensamento dos familiares durante aquela desencarnação. Se estavam em oração ou com pensamento de confiança em Deus, o processo ajudou muito. Porém, se estavam nutrindo um amor-apego, o fato da distância em relação à família até ajuda no processo de desenlace.

11. Você acha que o médico na situação B deveria fazer as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (massagem cardíaca, drogas, intubação traqueal e ventilação mecânica)?

Sim.	12	22,2%
Não.	42	77,8%

Caso responda sim, justifique:

O espírito ficaria encarnado mais algum tempo e aproveitaria o máximo de tempo de sua encarnação.

3 25,0%

Se o paciente teve uma parada cardíaca em local onde há um médico presente, este tem a obrigação ética e profissional de realizar as manobras de ressuscitação, independente da vontade ou da situação clínica do paciente. 6 50,0%

Se o paciente teve uma parada cardíaca no local onde havia um médico é porque a espiritualidade (espíritos que assistem o paciente) assim o permitiu para que o médico interviesse. 1 8,3%

Outra justificativa. Descreva: (2 de 2: 100,0% justificaram ao responder “Outra.”) 2 16,7%

[OUTRA]. As três alternativas acima estão, no meu ponto de vista, corretas.

[OUTRA]. Acho que as 3 juntas.

Caso responda não, justifique:

O médico evitou um sofrimento desnecessário, permitindo que o paciente tivesse uma morte mais natural.

35 83,3%

O Conselho Federal de Medicina promulgou uma



resolução que permite o médico suspender procedimentos que prolonguem a vida do paciente terminal.

1 2,4 %

Houve a manifestação prévia da família por uma morte mais natural. 3 7,1 %

NS/NR 1 2,4 %

Outra justificativa. Descreva: (1 de 2: 50,0 % justificaram ao responder “Outra.”) 2 4,8 %

[OUTRA]. Todas as alternativas são pertinentes, nós médicos temos a resolução sobre distanásia, a família também tem o direito de opinar a respeito desta situação.

Considere a situação a seguir para responder à questão 12.

Uma paciente com câncer metastático de mama, 63 anos, sem perspectiva de tratamento para a sua doença (considerada paciente terminal), é internada em um hospital com o diagnóstico de pneumonia. Durante a internação relata para os familiares que não quer ir para a UTI e nem ser intubada e colocada em um aparelho de ventilação mecânica, caso venha precisar. Após alguns dias, seu estado clínico piora, a paciente entra em coma, evolui com sinais de sepse (infecção generalizada) e de insuficiência respiratória. Há indicação médica de internação em uma UTI e de ser colocada em aparelho de ventilação mecânica.

12. Na situação descrita acima, qual a atitude que o médico deve tomar? Assinale a resposta que considere ser a correta:

Acatar a decisão da paciente e não removê-la para a UTI e nem colocá-la em ventilação mecânica, fazendo todo o possível para aliviar o seu sofrimento, mas sabendo que a paciente provavelmente vai evoluir para o óbito.

24 44,4 %

Levar a paciente para a UTI e fazer todos os procedimentos necessários, independente da manifestação prévia da paciente, pois trata-se de uma complicação aguda que pode ser revertida com o tratamento adequado.

23 42,6 %

Levar a paciente para a UTI e fazer todos os procedimentos necessários, independente da manifestação prévia da paciente, pois é dever do médico fazer todos os esforços possíveis para salvar a vida do paciente, em qualquer situação. 6 11,1 %

NS/NR. 1 1,9 %

Justifique (opcional):

Tipo: ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO. (6 de 24: 25,0 % justificaram ao responder “Acatar a decisão [...] óbito.”)

[ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO]. O paciente tem o direito de escolher o a forma de morrer, sem burlar as leis naturais. Esta forma proposta por este e muitos outros pacientes é uma forma natural, madura de deixar esta vida.

[ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO]. Respeito pela autonomia do paciente e pelo fato da paciente estar em fase terminal da doença terminal.

[ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO]. Se o médico o acompanha e tem a informação do prognóstico e do tratamento inefetivo, pode apenas amenizar a dor e sofrimento e deixá-la morrer.

[ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO]. Paciente parece consciente e em condições mentais e fazer opções, está em processo de desencarne e deve ser respeitado seu desejo de viagem para a vida espiritual.

[ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO]. Nesta situação o desejo da paciente deverá ser respeitado.

[ACATAR A DECISÃO [...] ÓBITO]. A paciente não tem plano terapêutico, sabia de sua condição e manifestou-a para todos. Deve ser respeitada deixando o curso da doença natural.

Tipo: LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO. (9 de 23: 34,8 % justificaram ao responder “Levar [...] tratamento adequado.”)

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Na verdade, é uma decisão muito difícil, fiquei na dúvida se o correto seria a alternativa 1, porém acredito que a situação é aguda e pode ser revertida, com continuidade da vida.

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Neste caso há possibilidade de tratamento para a pneumonia e que a paciente viva mais tempo, a internação não é por câncer em fase terminal mas um quadro agudo que pode ser revertido.

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Como se trata de uma situação aguda e reversível, que, além disso, é acompanhado de muito sofrimento, o médico tem o dever de utilizar de todos os recursos disponíveis para seu tratamento.

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Tentar reverter a pneumonia é a obrigação do médico. Avaliar a evolução, para não gerar mais dor que alívio p/ os pacientes terminais.

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. As intercorrências agudas e potencialmente reversíveis devem ser prontamente abordadas mesmo no paciente dito “terminal”. Acredito que seja necessária um trabalho de equipe multidisciplinar (como feito pelas unidades de cuidados paliativos) para que a morte física ocorra de forma natural e harmoniosa, considerando a dimensão espiritual e religiosa destes pacientes. Só assim, estaremos atentos a integralidade do Ser.

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Na situação, mesmo que a doença de base não tenha mais cura, a complicação pode ser tratada e ela permanecer ainda algum tempo reencarnada no aprendizado com a doença. Às vezes, o desejo de não fazer nada expresso pelo paciente pode revelar não uma resignação (que estaria mais vinculada à aceitação pela morte originada di-

retamente pela doença), mas uma tendência suicida (que estaria ligada mais à desistência da vida por qualquer motivo).

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Acho que o médico deve optar por usar todos os recursos possíveis, para tentar reverter ou mesmo minimizar um quadro de complicação aguda, especialmente nos casos em que existe tal possibilidade (desde que, com tratamento adequado).

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. A paciente encontra-se lúcida no momento da internação, e no caso em pauta pode ser revertido o quadro clínico, beneficiando a paciente com mais algum tempo com a família, com qualidade de vida.

[LEVAR [...] TRATAMENTO ADEQUADO]. Essa situação é diferente das outras, pois a complicação da paciente deve-se a um quadro tratável e não a doença terminal. Ela poderia se recuperar do quadro infeccioso e viver, quem sabe, muito tempo.

Tipo: LEVAR [...] QUALQUER SITUAÇÃO. (1 de 6: 16,7 % justificaram ao responder “Levar [...] qualquer situação.”)

[LEVAR [...] QUALQUER SITUAÇÃO]. Sei que parece uma crueldade, mas, o papel do médico é tentar tudo que pode para salvar vidas. Se ele não o fizer, como fica sua espiritualidade?

Tipo: NS/NR. (1 de 1: 100,0 % justificaram ao responder “NS/NR.”)

[NS/NR]. Acho que o médico deve acatar a decisão da paciente, mas convencê-la da necessidade eminente do melhor atendimento que a UTI oferece. Não deve o paciente impedir as tentativas de melhoramento dos seus momentos, finais ou não, bem como não deve o médico deixar de praticar todas as alternativas que levem a pelo menos um final de vida menos traumático.



Giancarlo Luchetti

Pesquisa em Saúde e Espiritualidade

Caros amigos,

Na seção de pesquisas deste número, falaremos sobre as intervenções espirituais nos contextos da medicina e da saúde em geral.

Quem trará esse tema nesta edição é a terapeuta ocupacional Camilla Casaletti Braghetta, que possui vasta experiência na área de assistência espiritual no Hospital João Evangelista. Recentemente, publicou na revista de *Psiquiatria Clínica* um artigo sobre Aspectos Éticos e Legais da Assistência Religiosa em Hospitais Psiquiátricos apresentando a experiência da equipe do Hospital João Evangelista com esse tema.

De fato, os hospitais espíritas têm se destacado no Brasil por trazer a integração do tratamento médico convencional com as terapias espirituais. Esse por sinal, foi tema de um recente artigo, que está no prelo, na revista *Culture, Medicine and Psychiatry* indexada no Pubmed/Medline e ISI.

LUCCHETTI, G. ; AGUIAR, P. R. D. C. ; BRAGHETTA, C. C. ; VALLADA, C. ; MOREIRA-ALMEIDA, A. ; VALLADA, H. P. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 2012. [No prelo]

Esse assunto também foi intensamente discutido nos congressos da Alemanha, França e Inglaterra com grande interesse e aceitação do público. Além disso, resultou em dois capítulos nos seguintes livros internacionais: *Spiritism and Mental Health: Practices from Spiritist*

Centers and Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil e Handbook on Spirituality: Belief Systems, Societal Impact and Roles in Coping.

VALLADA, C. ; BRAGHETTA, C. C. ; LUCCHETTI, G. ; LEAO, F. C. ; VALLADA, H. P. Three spiritist psychiatric hospitals - João Evangelista Hospital. In: BRAGDON, Emma. (Org.) **Spiritism and mental health: practices from spiritist centers and spiritist psychiatric hospitals in Brazil**. 1. ed. Philadelphia: Singing Dragon, 2011, p. 88-95.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A.L.G. Spiritual healing: the role of spiritism in Brazilian medicine and society. In: Handbook on spirituality: belief systems, societal impact and roles in coping [no prelo].

Mais pesquisas sobre o assunto são necessárias para avaliar a eficácia dessas terapias na evolução dos pacientes. Entretanto, o interesse por uma medicina integrativa é grande, na comunidade científica.

Espero que gostem desta edição!

Abraços fraternos,
Giancarlo Lucchetti

Intervenções espirituais na saúde mental: são possíveis?

Uma das primeiras perguntas feitas por pessoas leigas no assunto Saúde e Espiritualidade é: “Por que de-

vemos levar em consideração a dimensão espiritual do paciente no cuidado em saúde?”.

De maneira sucinta, podemos relacionar alguns argumentos que apontam para a importância em cuidar do paciente de maneira mais integrativa, incluindo seus aspectos espirituais. Em nosso país, mais de 90 % da população tem uma denominação religiosa. Além disso, também há os indivíduos que não seguem uma religião institucionalizada, mas expressam sua espiritualidade, crenças e valores de várias formas. Muitas pessoas consideram esta uma dimensão de muita importância em suas vidas, e utilizam a espiritualidade como forma de lidar com as adversidades, como numa situação de adoecimento.

Depois de algumas justificativas sobre o porquê incluir esse cuidado, outra questão importante é **como** realizar intervenções com o foco na espiritualidade. Muitos profissionais de saúde e pesquisadores, ao redor do mundo, convencidos da importância em se levar em consideração esse aspecto, têm procurado desenvolver modelos terapêuticos e programas em saúde baseados na espiritualidade e realizar estudos que comprovem sua eficácia.

Na literatura científica, podem-se encontrar diversos trabalhos que avaliam intervenções terapêuticas baseadas na espiritualidade, inclusive por meio de ensaios clínicos que comparam grupos de intervenção em espiritualidade em relação a grupos de controle. Grande parte dessas pesquisas mostra que incluir aspectos espirituais no tratamento promove maior autoconhecimento, propicia bem-estar e qualidade de vida, alivia o sofrimento psicossocial e o estresse, além de diminuir a depressão e ansiedade. A seguir, descrevemos um pouco das modalidades, mais empregadas internacionalmente, dentre as intervenções que abrangem a espiritualidade e a religiosidade.

Técnicas muito utilizadas são a meditação religiosa e o uso de repetição de mantras. São práticas desenvolvidas a partir do conhecimento trazido das

religiões orientais em benefício de pessoas com problemáticas variadas, como dependência química, câncer, transtornos de ansiedade, depressão, entre outros.

Também são bastante preconizados grupos terapêuticos de reflexão sobre aspectos espirituais, como fé, propósito de vida, perdão, paz, presença de Deus, suporte espiritual, entre outros temas, e como utilizar esses recursos para auxiliar em sua cura. Pessoas portadoras de transtornos mentais, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, dependência química e outros quadros têm apresentado boa receptividade e resultados com essa modalidade de intervenção espiritual.

Programas de educação baseados na espiritualidade e modalidades de psicoterapia religiosa-cultural são empregados por profissionais para promover ao paciente o bem-estar emocional, o cuidar de si próprio e a adesão ao tratamento.

Além das modalidades descritas, que, em geral, são desenvolvidas e coordenadas por profissionais da saúde, também se deve considerar a contribuição que representantes religiosos ou voluntários de diversas denominações espirituais têm oferecido aos pacientes.

A visita de representantes religiosos a pacientes hospitalizados ou com restrição na circulação social, para realização de cultos, rituais religiosos, conversa fraterna, confissão ou sacramentos, tem demonstrado importância para pacientes com doenças crônicas, transtornos mentais, recuperação de pacientes cirúrgicos, pacientes terminais



Figura 1: Hospital João Evangelista



em cuidados paliativos.

Dentro desse contexto, na experiência do Hospital João Evangelista (Hoje), desenvolvemos o Programa de Integração Saúde Mental e Espiritualidade (Prisme) com o objetivo de incluir o cuidado espiritual no tratamento do paciente. O Hoje é uma entidade filantrópica que oferece cuidado em saúde mental, e, apesar de ser um hospital espírita, tem como proposta a sensibilização do paciente para a abordagem da espiritualidade dentro de sua compreensão, e não para uma conversão religiosa.

No contexto dos hospitais brasileiros, as instituições espíritas, desde suas fundações, tiveram como meta abordar a questão da espiritualidade do paciente. São espaços em que atuam profissionais de saúde, mas também agentes religiosos, os quais oferecem, voluntariamente, assistência espiritual de forma complementar ao tratamento convencional.

No Hoje, dentre os tipos de atendimento que o Prisme oferece, estão os grupos terapêuticos com foco em espiritualidade, desenvolvidos por profissional de saúde, e assistência religiosa, oferecida por voluntários de diversas religiões.

Nos grupos terapêuticos, atualmente oferecidos aos pacientes com dependência química, são realizadas atividades temáticas em espiritualidade, a partir das quais os pacientes são convidados a pensar sobre sua espiritualidade pessoal, presença de Deus em suas vidas, fé, paz interior, sentido da existência, através de atividades como escrita, exercícios de visualização, leitura de textos e reflexão.

Já a assistência religiosa é oferecida por voluntários representantes das principais denominações religiosas brasileiras: espírita, católica e evangélica. A coordenação do Prisme aproxima-se de todos os pacientes internados, realiza entrevista para colher uma breve história espiritual, verificando se o paciente gostaria de receber assistência religiosa/espiritual duran-

te a internação. A partir dessa avaliação, os pacientes podem participar do culto evangélico semanal, da assistência católica, oferecida pelo padre ou diácono, ou da assistência espírita.

Na assistência espírita oferecida no hospital por voluntários estão a evangelização, passes, água fluidificada e reuniões de desobsessão. Segundo a Doutrina Espírita, as doenças são resultado do desequilíbrio entre corpo/mente/espírito. Com o objetivo de restabelecer o equilíbrio do indivíduo de maneira integrada, o Espiritismo oferece recursos, como possibilidade de alcançar um efeito terapêutico aos seus adeptos, complementar ao tratamento convencional.

Os pacientes do Hoje tem se beneficiado das práticas oferecidas. Foi realizado um estudo com 213 pacientes internados e observou-se que, destes, 79,8 % possuíam uma denominação religiosa, 44 % frequentavam alguma instituição religiosa pelo menos uma vez por semana e, além disso, 44,6 % dos pacientes apresentavam simpatia por alguma outra doutrina religiosa, além daquela de sua escolha. Dos pacientes entrevistados, 80 % gostariam de receber assistência religiosa durante sua internação psiquiátrica. Os dados levantados neste estudo sugerem fortemente que os pacientes internados apresentam desejo de receber assistência, a despeito do fato de apresentarem alguma religião ou da assiduidade com que frequentam cultos religiosos, o que mostra a importância dos aspectos espirituais/religiosos para os pacientes em tal momento de seus tratamentos.

Camilla Casaletti Braghetta

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP) em 2004. É especialista em terapia ocupacional na área de saúde mental pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente, é terapeuta ocupacional e pesquisadora do Hospital João Evangelista (Hoje), colaboradora do Programa de Saúde, Religiosidade e Espiritualidade (ProSER) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, e membro da Associação Médico-Espírita de São Paulo (AME-SP). É mestranda em psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP.