

O tratamento espiritual no espiritismo: o caso das trabalhadoras em educação de Goiânia/GO¹

Spiritual treatment in Spiritism: the case of professionals in education in Goiânia/State of Goiás

Genivalda Araújo Cravo dos Santos²

Resumo

Este artigo tem como objetivo divulgar os resultados da pesquisa realizada no mestrado em Ciências da Religião da UCG/GO (2004). O objeto desta pesquisa foi o de compreender os motivos que levaram as trabalhadoras em educação portadoras da síndrome de *burnout* e de depressão que atuam na educação pública no município de Goiânia a buscarem tratamento espiritual no espiritismo. Que papel a religião desempenha na busca da saúde? Por que as trabalhadoras em educação buscam o espiritismo como forma de tratamento da síndrome de *burnout* e de depressão? A metodologia que aplicamos na pesquisa partiu do olhar das entrevistadas, dos pesquisadores e do espiritismo, por meio de uma abordagem qualitativa e fenomenológica.

Palavras-chave: Educação; *Burnout*; Depressão; Tratamento espiritual; Espiritismo.

A importância da saúde mental é reconhecida pela OMS desde a sua origem e está refletida na definição de saúde da OMS, como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. [...] Sabemos hoje que a maioria das doenças mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. (OMS, 2001, p. 13, 28)

A religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens [e nas mulheres] através da formulação de conceitos de uma

1. Artigo recebido em maio/2007 e aceito em junho/2007.

2. Mestre em Ciências da Religião pela UCG/GO, professora de história da educação básica da Secretaria Municipal de Educação de Goiânia (SME) e Secretaria Estadual de Educação de Goiás (SEE/GO), e-mail: genivaldacravo@ig.com.br ou genivaldacravo@hotmail.com.

ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas. (GEERTZ, 1989, p. 67)

Pesquisas desenvolvidas no final da década de 1990 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), em parceria com o Laboratório de Psicologia e Trabalho da Universidade Federal de Brasília (LPT/UnB), sobre o impacto da profissão na saúde mental das trabalhadoras em educação diagnosticaram o alto índice da síndrome de *burnout*. Para Codo (1999), esse quadro indica um grave problema, o qual poderá levar à falência da educação. Essa doença, que afeta a saúde mental da trabalhadora em educação, forma um quadro de desalento, desmotivação, apatia, perda de energia, desistência e isolamento, podendo culminar na depressão, exigindo tratamentos psiquiátricos, psicológicos e, até mesmo, licenças para tratamento de saúde.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, em 1999, 330 milhões de pessoas no mundo sofreram de depressão, conforme Pasquali e Tracco (2003, p. 12-14): “de cada 20 pessoas, três vão ter pelo menos um surto depressivo na vida [...] só no Brasil serão mais de 10 milhões de vítimas do mal”.

Algumas funções, papéis e responsabilidades das trabalhadoras em educação

A pessoa que trabalha na educação, geralmente, tem família, filhos, e, para sobreviver, tem, muitas vezes, tripla jornada de trabalho, com média de 35 a 40 alunos por turma, ou até mais. Além disso, ela precisa estar atualizada diante das mudanças que ocorrem nos âmbitos do trabalho, da educação, da sua cidade, do estado e do país; precisa lutar por carreira, salário, valorização profissional e direitos trabalhistas.

[...] Não é fácil você estar lidando com vidas e vidas e vidas futuro, e imagine você ficar de manhã, à tarde e à noite, porque se você for observar a estatística, a maioria dos professores precisa, não é porque eles querem para fazer bonito [...] não, eles precisam para poder sobreviver, viver um pouco com dignidade. [...] para tentar melhorar o nosso salário, a nossa casa [...]. (Catarina)

O depoimento anterior e o seguinte complementam-se e esclarecem, também, o papel, as responsabilidades e a função que o educador exerce na sua profissão, que ocasionam até o desejo de desistir da educação em função das exigências, cobranças e mal-estares vivenciados no cotidiano do trabalho:

Cada dia que passa está cada vez mais difícil de trabalhar com a educação. Eu já tentei sair da educação por três vezes e não consegui. [...] O atual contexto que eu estou em sala de aula de 35 alunos, alunos difíceis de convivência, alunos sem limites, que a família nunca consegue por limite [...]. Tenho 5 turmas no Estado e 2 turmas no município [...]. (Suelen)

Enfim, as trabalhadoras em educação desempenham múltiplas responsabilidades no cotidiano da escola, por exemplo, planejamento escolar e elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP); algumas participam do Conselho Escolar, outras cuidam do espaço físico, dos “multimeios” didáticos, da segurança dos estudantes, da alimentação, da infra-estrutura escolar, acrescentando, ainda, na sua rotina, as funções que envolvem outras tarefas, como Programa de Desenvolvimento Escolar (PDE), Programas de Formação Continuada e de avaliação escolar. Segundo Rodrigues *et al.* (2003, p. 72), “todo esse processo de envolvimento nas discussões e na tomada de decisões no âmbito educacional gera uma sobrecarga de atividades”. O depoimento da entrevistada logo a seguir irá esclarecer e contextualizar a afirmação de Rodrigues *et al.* (2003):

Eu convivo diariamente com 1.200 pessoas, são 1.200 alunos nessa escola, sem contar com pais ou os responsáveis, [...] além dos funcionários. É essa profissão que você acaba sendo o professor, o educador, um pouco mãe, um pouco amigo. Então sempre os problemas vêm pra cima da gente. [...] Fora o papel do que dizem que é minha obrigação eu tenho que cumprir 10 horas, 10 tempos na escola então se são 5 dias eu teria que cumprir 2 períodos, no entanto não é esse tempo que a escola necessita e também dentro do que eu tenho condição física de fazer. Então eu acho que o gestor [diretor] ele tem que estar integrado em tudo, pedagógico e administrativo, então desde uma coisa que estraga, desde o planejamento que vai fazer com a verba que vem pra escola, de estar promovendo conciliação entre as pessoas; porque no trabalho eu tenho 30 pessoas por turno, 30 funcionários por turno e as divergências tem que ser conciliadas é um papel imprescindível para o gestor. O pedagógico é minha paixão. Então [...] eu faço questão de acompanhar, eu sei de todos os projetos que estão sendo trabalhados, eu sei o que cada professor está fazendo nas 35 turmas nos três horários no ciclo 2, no ciclo 3, no EAJA de 1° a 4° e de 5° a 8°, eu acompanho tudo [...]. (Antonia)

Considerando-se tudo isso, será que sobram tempo e dinheiro para esses educadores dedicarem-se à leitura, ao lazer, à diversão e, ainda, adquirirem bens de consumo essenciais na profissão deles, como o computador, a impressora, e garantir o acesso à internet em casa?

A trabalhadora em educação ainda é cobrada, avaliada pelo sistema e até se auto-avalia, e muitas vezes se culpa pelos problemas enfrentados no local de trabalho.

Eu sentia é que a gente tava passando na educação por um processo de mudança, era a implantação do ciclo [a entrevistada está relatando sua experiência quando entrou na rede em 1999]. Na época eu [...] tinha uma grande responsabilidade, porque eu sabia que os professores da aceleração, eles querendo ou não, funcionavam como protótipo da rede como modelo, e o ciclo foi implantado de uma forma que a gente não tinha preparação; não teve esse respaldo da secretaria, então você lidava com crianças com distúrbio de comportamento e não tinha uma equipe, como foi proposta uma equipe multidisciplinar. (Maria José)

Em alguns momentos, as educadoras são responsabilizadas pelo fracasso escolar e pela falta de consciência cidadã dos estudantes, dos pais, das mães e da sociedade (CECCON *et al.*, 1998). Elas assumem funções que não seriam sua atribuição no trabalho cotidiano com aqueles estudantes, se fazem de psicóloga, psiquiatra, fonoaudióloga, enfermeira, assistente social, policial, pai, mãe, avôs e religiosas; em outros momentos, isso acontece até entre os próprios colegas de trabalho.

As pessoas nos procuram pra desabafar, pra pedir conselhos e isso é uma sobrecarga muito grande de energia, são muitas energias negativas [...]. A gente vive numa comunidade em que predominam o desemprego, a baixa renda e a violência. Estou convivendo diariamente, no meu caso na direção, são todos os dias, praticamente 12 horas por dia, com todos esses problemas: com crianças abusadas sexualmente, com violência contra a mulher, roubo e drogas. Isso é constante na nossa vida, nos educadores que trabalhamos no ensino público, estamos na periferia onde esses problemas aparecem; eu já trabalhei na rede privada e esses problemas existiam, mas eles são mais camuflados. Aqui, a pessoa não tem psicólogo, não tem acesso a um advogado, então a gente acaba aconselhando o direito deles também [...]; nos procuram, enfim, pra vários motivos, e isso vai nos gerando uma sobrecarga de energias [...]. (Antonia)

Como podemos perceber pelos depoimentos, o trabalho da professora e da funcionária administrativa não se resume só nas competências estabelecidas nas leis educacionais, nos regimentos ou nos editais de concurso público. Em alguns casos, extrapola, como evidenciado, o local de trabalho, envolvendo não só os conhecimentos aprendidos mas também os seus sentimentos, afetos, experiências, vivências e as relações extramuros do local de trabalho.

Perfis pessoal e profissional das entrevistadas

Na pesquisa entrevistamos 62 pessoas, 94% são do sexo feminino, e 6% do sexo masculino, índice que demonstra “o predomínio das mu-

lheres nas escolas básicas” (VIEIRA, 2003, p. 11). Segundo a pesquisa “Retrato da Escola 3”, em Goiás, 81,2% dos que trabalham em educação são do sexo feminino, e 17,3% do sexo masculino. “Essa distribuição está estreitamente relacionada com a questão de gênero, pois condicionantes históricos levaram a mulher – quando pôde – a ocupar espaços nas áreas de saúde e educação, pelo parentesco com suas atividades domésticas.” (VIEIRA, 2003, p. 11)

Com relação à faixa etária, a maioria encontra-se numa escala entre 30 e 50 anos, sendo 33% entre 30 e 40 anos e 33% entre 40 e 50 anos. Somente 6% das entrevistadas estão na faixa de 25 a 30 anos. Por esse índice, fica evidenciada a falta da faixa etária entre 18 e 25 anos, “isso significa falta de renovação de pessoal, baixos ingressos, desestímulo pela profissão” (VIEIRA, 2003, p. 13). Segundo esses dados, o perfil pessoal das entrevistadas, na sua maioria, evidencia uma situação em que o retrato esboça um grupo de mulheres educadoras na faixa etária entre 30 e 50 anos convivendo no mesmo ambiente de trabalho, algumas casadas, umas solteiras e outras separadas, e, em sua maioria, com um a três filhos(as), tendo de administrar trabalho, família e educação dos(as) filhos(as); autodenominam-se de diferentes cores, algumas, possivelmente, poderão não ter consciência de que são afrodescendentes, já que 32% se consideram pardas.

Apresentaremos o retrato do perfil profissional das entrevistadas, a maioria (30%) tem mais de 24 anos de serviço na educação; 16%, entre 10 e 13 anos; 15%, entre 4 e 7 anos; 8%, entre 7 e 24 anos; 6%, entre 19 e 21 anos; e 2%, menos de 1 ano a 4 anos. Esse tempo de serviço não corresponde automaticamente ao tempo na função desempenhada. Aqui, estamos apresentando o tempo total de trabalho realizado na educação. Das entrevistadas, 23% têm curso superior completo, 52% têm curso superior e especialização e 5% mestrado; 15% têm ensino médio completo e 3%, médio incompleto. Podemos observar que a maioria tem formação de nível superior e de especialização, o que pode representar as exigências, as cobranças, a complexidade da profissão e a necessidade da formação continuada, de atualização sobre as mudanças que ocorrem em sociedade, no mundo do trabalho, nas ciências, nas metodologias e políticas educacionais. Percebemos que 76% das entrevistadas realizaram cursos, treinamentos ou outras atividades de atualização profissional; 55% desempenham ou desempenharam outras atividades além das que são exclusivas da sua função ou cargo, evidenciando a polivalência

e as multicompetências exercidas pelas entrevistadas; e 42% exerceram somente a sua atividade.

As entrevistadas trabalham na rede municipal de Goiânia (51%) e na rede estadual de Goiás (23%). Algumas trabalham em duas escolas (16%), em três escolas (6%) e em mais de três escolas (5%). A grande maioria trabalha em uma escola, perfazendo um total de 44%. Isso não significa atuar em um só turno de trabalho, têm casos de algumas pessoas atuarem em uma escola e trabalharem nos três ou dois turnos do seu local de trabalho, com uma carga horária de 60h ou até mais. Outro caso é de pessoas que exercem sua função na sede da Secretaria Municipal ou Estadual de Educação, ou estão à disposição de outros órgãos ou entidade sindical, aproximadamente 29% das entrevistadas.

A renda salarial, de três a dez salários mínimos, de 56% das entrevistadas pode retratar a sobrecarga de trabalho e a desvalorização profissional, haja vista que algumas profissionais têm de trabalhar em dois ou três turnos para garantir uma receita que cubra as suas despesas, realidades que contemplam dois contratos na educação, aposentadoria, mais outro contrato na educação, ou pode, também, representar os vencimentos salariais, sem outras complementações, sendo exercido em um único turno e rede pública. A maioria das entrevistadas (76%) sobrevive com o salário da educação, e 24% trabalha também em outras atividades para complementar a renda. Algumas (23%) já são aposentadas e ainda exercem a sua profissão em outra rede, e 77% não tem nenhuma aposentadoria. A renda familiar demonstra que 44% estão na faixa de três a dez salários mínimos; 24%, de dez a 20 salários mínimos; 18%, de um a três salários mínimos; 8%, acima de 20 salários mínimos; e 6%, não informaram.

Pelos dados apresentados do perfil profissional das entrevistadas, podemos perceber uma realidade que evidencia sobrecarga de trabalho e de atividades; uma profissão que exige qualificação, atualização e formação continuada; um relacionamento constante com outras pessoas, sejam os estudantes – que têm as suas individualidades, diferenças e exigências de aprendizado, comportamento e de carinho – ou os colegas de trabalho – alguns (27%) com um tempo de trabalho entre dez anos; uns (35%), entre dez e vinte anos; e outros (38%), entre 20 e 30 anos; um convívio permanente com pessoas de idades, personalidades, formação, experiências e vivências diferentes, conseqüentemente, essa profissão exige também paciência, tolerância, civilidade e afetividade.

Anatomia de um trabalho penoso e as suas conseqüências na saúde mental

Com base nas reflexões expostas anteriormente, vamos apresentar nos parágrafos subseqüentes as conseqüências desta profissão na saúde. Observemos o Quadro 1:

QUADRO 1 • Anatomia de um trabalho penoso
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças psiquiátricas e neurológicas: trabalho que exige muita atenção com o público, conflitos nas relações pessoais motivados pela múltipla convivência, autoritarismo burocrático e excesso de responsabilidade. • Calos nas cordas vocais: provocados pelo excessivo número de horas falando em alta voz. • Problemas cardíacos: ocasionados pela falta de exercícios, de alimentação adequada e pelo estresse. • Problemas de coluna: causados pelo grande número de horas em posições incômodas e uso de equipamentos não-ergonômicos. • Irritação e alergias: especialmente na pele e nas vias respiratórias, provocadas pelo pó de giz. • Varizes ocasionadas pelo longo tempo em pé, além de problemas circulatórios diversos.

Fonte: VIEIRA (2003, p. 26).

Verificamos que essa anatomia de trabalho penoso apareceu nos resultados da pesquisa de campo. Das pessoas entrevistadas, 26% solicitaram afastamento do trabalho e 66% faltaram ao trabalho por diversos motivos. Verificamos que o número de trabalhadoras que solicitaram licenças médicas por causa de depressão não corresponde ao número das pessoas que responderam terem tido essa doença (59%). As faltas ao trabalho poderão estar camuflando estresse, *burnout*, ou outras doenças em conseqüência da profissão laboral.

Foram evidenciados na pesquisa de campo, também, vários sintomas que representam sinais de estresse e intolerância que poderão levar uma pessoa a adoecer, trazendo como conseqüências problemas físicos, mentais ou emocionais (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Eu fiquei encabulada quando eu fui ao psicólogo e ao psiquiatra em janeiro [2004], eu falei para ele, que lá parecia uma subsecretária, parecia um órgão da secretaria municipal de educação, de tantos colegas que eu encontrei fazendo consulta e tratando de depressão. Na escola, no dia-a-dia, estou vendo isso por causa da sobrecarga de dois, três turnos de trabalho lidando diariamente com tanta gente sofrida. (Antonia)

Verificaremos a afirmação da entrevistada, também, nos sintomas apresentados no teste sobre nível de estresse e tolerância, no qual constatamos: 73% das entrevistadas com esquecimento de coisas corriqueiras, como o número de um telefone que usa freqüentemente, onde colocou a chave do carro etc.; 73%, com ansiedade; 71% aceitam novas responsabilidades, mesmo quando se sente sobrecarregado; 63% têm distúrbio do sono (dormir demais ou muito pouco); 56% ficam impacientes quando pega um engarrafamento; 55% têm cansaço ao levantar; 53% têm tensão muscular, como aperto de mandíbula, dor na nuca etc.; 52% têm irritabilidade excessiva; 50% ficam tensas quando esperam em uma fila; 40% têm a sensação de que não vão conseguir lidar com o que está ocorrendo e perdem o controle quando as coisas não vão como esperam; 39% das pessoas pensam em um só assunto ou repetem o mesmo assunto; 39% são intolerantes com as limitações dos outros; 39%, quando se sentem pressionadas, “explodem”; 37% das pessoas têm hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente; 35% têm vontade de sumir; 31% trabalham com um nível de competência abaixo do normal; 29% deixam os outros influenciarem a sua vida; 27%, quando espera alguém que está atrasado, “emburram”; 23% tornam-se agressivas quando discordam delas; 18% sentem que nada mais vale a pena; e 11% só vai ao supermercado se puder entrar na fila só para dez itens. Individualmente, 32 pessoas apresentaram uma porcentagem acima de 40% de todos os sintomas reveladores do nível de estresse e tolerância, sendo que 26 apresentaram entre 50% e 95% de todos os sintomas, 7 manifestaram menos de 10% de todos os sintomas e uma pessoa não respondeu a questão.

Tanto professoras como funcionárias administrativas sofrem de mal-estar profissional, que sempre refletirá no desempenho do seu trabalho e nas relações sociais. Se formos considerar as diferenças das complexidades exigidas de cada função, afirmaríamos, precipitadamente, que a professora está mais suscetível ao adoecimento. Essa afirmação carece de um estudo científico para corroborar tal hipótese. Por exemplo, se a professora ficar doente e precisar faltar ao serviço ou pegar licença para tratamento de saúde será contratada uma substituta, ao passo que a funcionária não tem tal benefício, outra colega da escola ficará sobrecarregada. Essa realidade traz, provavelmente, consequências para a saúde das pessoas, para o seu trabalho profissional, para sua relação com os estudantes e com a sociedade.

Analisemos com atenção o seguinte depoimento:

Vários colegas eu já encontrei [adoecidos] [...]. Também, aqui na escola, eu cheguei na sala dos professores, tinha uma professora deitada no chão na hora do intervalo, aquilo pra mim... Aquela cena não saiu da minha cabeça, um absurdo, fui conversando com ela e percebi a depressão que ela tava vivendo. Ela chegou a me pedir [diretora]: “me devolve pra secretaria; faz qualquer coisa, pelo amor de Deus, mas eu não consigo entrar mais na sala de aula”. Então aconselhei a ela e aos outros colegas que procurassem um médico, um tratamento [...]. Isso é constante na nossa profissão. (Antonia)

Verificamos, na pesquisa, que a maioria das pessoas entrevistadas (80%) não sabe o que é síndrome de *burnout*, somente 18% diz conhecer essa doença. Com relação à questão “Você já teve essa doença?”, ficou evidenciado o total desconhecimento por parte das pessoas entrevistadas, a maioria respondeu “não” e “não sei”, outras, num total de 87%, não a responderam. Foram poucas as pessoas que, no momento de responder, confirmavam com convicção – por conhecer a doença – que não tiveram tal acometimento. Apenas 13% afirmaram ter a doença.

Com relação à depressão, 59% das pessoas entrevistadas consideraram que tiveram ou têm depressão e 39%, que não têm a doença, sendo que, das que tem depressão, 84% buscou ajuda em tratamento espírita; 78%, na religião, das quais 43% no espiritismo; 8%, no catolicismo e espiritismo; 8%, na religião evangélica e espiritismo; e 3%, na seicho-no-ie; 70%, em livros de auto-ajuda; 54%, nos psicólogos e em remédios; 49%, sozinha; e 41%, nos psiquiatras. Segundo as pessoas entrevistadas, 38% tiveram ou têm depressão a mais de um ano; 19%, a alguns dias; 16%, a mais de três meses; 8%, a duas semanas; 8%, a três ou cinco semanas; 5%, a dois meses e 3%, a uma semana.

Valendo-nos dessas respostas, podemos verificar a confusão presente com relação ao que sejam os sintomas que evidenciam depressão, estresse, síndrome de *burnout* ou, possivelmente, outro tipo de doença.

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (OMS, 2001, p. 29)

Se saúde mental é “algo mais do que a ausência de transtornos mentais”, então, a anatomia de um trabalho penoso (Quadro 1) pode demonstrar que a educação está adoecida. Pudemos verificar o desco-

nhecimento sobre a síndrome de *burnout* durante a aplicação do questionário, quando a maioria das entrevistadas nos abordava perguntando: “O que é? Fala pra mim, talvez eu até tenha essa doença.” Ao final da entrevista, eu explicava e a resposta era unânime: “eu tenho essa doença; é assim que eu me sinto”; porém, todas já tinham respondido que não tinham a doença, não sabiam ou deixava em branco. Com relação à depressão, nas conversas informais após ou durante a aplicação do questionário, o desconhecimento e o preconceito também ficaram evidenciados. Durante a coleta de dados nos órgãos responsáveis pelas licenças médicas, algumas pessoas demonstraram preconceito, deboche, casos como piadas e brincadeiras. Utilizaram expressões do tipo “é malandragem das pessoas; só querem ficar em casa; fulano já teve aqui não sei quantas vezes; os psiquiatras só dão licença, é um estressinho e querem licença”. Algumas depoentes relataram casos, tanto no plano de saúde do estado como no município de Goiânia, de serem desacatadas, desrespeitadas e tratadas como se fossem objetos e não seres humanos que estiveram ou estão doente.

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas inquietadores de seu distúrbio como sofrem também por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude de discriminação. Eles se preocupam pelo fato de não poderem arcar com suas responsabilidades para com a família e os amigos, e temem ser um fardo para os outros. (OMS, 2001, p. 51)

Vamos, agora, entender um pouco o que venha a ser estresse, síndrome de *burnout* e depressão.

O que é estresse, sintomas e conseqüências

Eu tinha uma necessidade muito grande de alguém me escutar, o que estava acontecendo comigo, eu não consigo sorrir, eu não consigo me divertir, eu não consigo relaxar, eu só sofro é um sofrimento intenso; então eu achei alguém que falou, “o que você está sentindo é real o que você está sentindo não é produto da sua mente é o seu corpo que está reagindo ao que você está sentindo”. Eu me sentia mal por estar doente, mas vi que eu realmente precisava de ajuda. (Maria José)

Aqui, está evidenciado o depoimento de uma entrevistada que relata a sua situação de estresse negativo, que teve como conseqüências *burnout*, depressão e também síndrome de pânico.

O estresse não é bom nem ruim. Dependendo do organismo, dos fatores estressores – as causas, os porquês, as situações, os motivos

– e da adaptação da pessoa às situações que exigem enfrentamento desses problemas, poderá ser positivo ou negativo, pois ele permeia a vida humana; é algo que está interligado a todas as dimensões – sociais, econômicas, culturais, ecológicas, religiosas e políticas: “O que é estar estressado? Estado do organismo, após o esforço de adaptação, que pode produzir deformidade na capacidade de resposta atingindo o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas.” (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES 2002, p. 28)

Como podemos perceber, existe uma linha tênue que separa o estar com saúde e o estar doente, estressado. O estresse é algo natural na vida, mas tem alguns gatilhos que, quando acionados, podem ocasionar desequilíbrios, excessos, tensões e realizações sem resultados positivos, levando ao adoecimento.

Na situação particular, do stress relacionado ao trabalho, ele é definido como as “situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador” a suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou a sua saúde física ou mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho, à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações. (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 34)

Essa descrição corresponde aos perfis pessoal, profissional e da anatomia de um trabalho penoso, assim como com o retrato da saúde da trabalhadora em educação. A consequência do estresse é manifestada por doenças físicas das mais diversas e também por doenças mentais.

O que é síndrome de *burnout*, sintomas e consequências

Não existe definição única na literatura internacional para a síndrome de *burnout*, há um consenso de que essa doença “seria uma resposta ao *stress* laboral crônico, não devendo contudo ser confundido com *stress*” (CODÓ; VASQUES-MENEZES, 1999, p. 240), seria uma doença profissional, pesquisada pioneiramente desde 1970 por Cristina Maslach, psicóloga social, e Herbert J. Freudenberger, psicanalista. Para esses autores, *burnout* seria

a resposta emocional a situações de stress crônico em função de relações intensas – em situações de trabalho – com outras pessoas ou de profissionais que apresentam grandes expectativas em relação a seus desenvolvimentos profissionais e dedicação à profissão; no entanto, em função de diferentes obstáculos, não alcançam o retorno esperado. (LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 50)

Há uma grande expectativa com relação à profissão que se está desempenhando, mas as frustrações, as decepções, os problemas, as desvalorizações, as condições de trabalho, a realidade, que não corresponde com o que é planejado, desejado, sonhado, e o contato constante com diferentes pessoas, possivelmente, ocasionarão *burnout*. Essa doença é considerada uma síndrome porque tem três elementos básicos “que podem aparecer associados, mas que são independentes: despersonalização, exaustão emocional e baixo envolvimento pessoal no trabalho [ou redução da realização pessoal e profissional]” (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999, p. 241).

Para compreendermos esses três sintomas ou aspectos da síndrome, observemos o quadro a seguir:

QUADRO 2 • Características, sintomas e conseqüências da síndrome de <i>burnout</i>	
Exaustão emocional	O profissional sente-se esgotado, com pouca energia para fazer frente ao dia seguinte de trabalho, e a impressão que ele tem é de que não terá como recuperar (reabastecer) essas energias. Esse estado costuma deixar os profissionais pouco tolerantes, facilmente irritáveis, “nervosos”, “amargos”, no ambiente de trabalho e até mesmo fora dele, com familiares e amigos.
Despersonalização	É o desenvolvimento do distanciamento emocional que se exacerba, como frieza, indiferença diante das necessidades dos outros, insensibilidade e postura desumanizada. O contato com as pessoas é impregnado por uma visão e atitudes negativas, freqüentemente desumanizadas, com a consciência de que em seu trabalho o profissional lida com seres humanos e com perda de aspectos humanitários na interação interpessoal [...]. Como resultado do processo de desumanização, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que o procuram em busca de ajuda e as trata não como seres humanos, mas como “coisas”, “objetos”. Tende a ver cada questão relacionada ao trabalho como um transtorno, como mais um problema a ser resolvido, pois que o incomoda e perturba. Assim, o contato com as pessoas será apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância, irritabilidade, ansiedade.
Baixo envolvimento pessoal no trabalho ou redução da realização pessoal e profissional	A sensação que muitos têm é de que “estão batendo a cabeça”, “dando murro em ponta de faca”, dia após dia, semana após semana, ano após ano, o que desenvolve intensos sentimentos de decepção e frustração. Com o incremento da exaustão emocional e da despersonalização e todas suas conseqüências, não é raro um senso de inadequação e o sentimento de que se tem cometido falhas, com seus ideais, normas, conceitos. Pode surgir a sensação de que se tornou outro tipo de pessoa, diferente, bem mais fria e descuidada. Como conseqüência, surge queda da auto-estima, que pode chegar à depressão.

Fonte: LIMONGI FRANÇA; RODRIGUES (2002, p. 51-52).

Codo (1999) esclarece que a síndrome de *burnout* é um problema de saúde mental que pode levar a educação pública à falência, fazendo-se necessário o reconhecimento das autoridades sobre a epidemia que está se instalando e a necessidade de implantação de políticas públicas para sua prevenção, seu diagnóstico e tratamento. O público-alvo das trabalhadoras em educação são os seres humanos em suas diversas fases, seja num contato com estudantes, com colegas de trabalho e com a sociedade em geral. Assim, é relevante e urgente a apropriação do que seja essa doença, sua conseqüência para o trabalho, para a educação, para a vida pessoal e familiar, para a sociedade, bem como é necessário traçar políticas públicas para o seu tratamento e prevenção.

O que é depressão, sintomas e conseqüências

Doença que afeta a mente e o corpo, os sintomas são físicos e psicológicos, mas a natureza exata da doença varia de uma pessoa para outra, ou seja, uma determinada pessoa pode apresentar a predominância de alguns sintomas da doença que diferem dos sintomas predominantes em outra. Classificada como transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente, transtorno persistente do humor e outros transtornos do humor, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) em função do perfil sintomatológico, da gravidade, do padrão de recorrência e do curso (CORDÁS; TAVEIRA, 2003, p. 15).

QUADRO 3 • Sintomas e conseqüências da depressão

- Uma “lentificação de processos psíquicos” de gravidade variável que dificulta o raciocínio por lentificar os pensamentos, causa redução da capacidade de organização e planejamento, da concentração e, conseqüentemente, da memorização.
- Tais alterações afetivas e cognitivas “são acompanhadas de uma distorção para o negativo” dos afetos (sentimento e emoções) e dos pensamentos (idéias) que integram a mente.
- Assim, surgem sentimentos/sensações de sofrimento (angústia, culpa, ressentimento, tristeza, mágoa, vazio, falta de sentido, insegurança, baixa auto-estima etc.) e pensamentos negativos recorrentes (fracasso, inutilidade, morte, doença, ruína financeira, auto-recriminação etc.).
- Eles aparecem na forma de ruminações depressivas e se associam a um aumento de preocupações e à sensação de que “tudo é difícil, complicado”. [...] Ocorrem ainda falta de vontade, indecisão e falta de iniciativa.
- Os principais sintomas fisiológicos são a insônia – tipicamente o despertar precoce – ou a hipersonia, a falta ou o aumento de apetite e peso, a queda de libido e dores ou sintomas físicos difusos não-explicados por outro problema médico.

Fonte: CORDÁS; TAVEIRA (2003, p. 14-15).

Na verdade, os médicos utilizam o termo “depressão” para descrever uma doença clínica considerada grave, cujos sintomas podem durar vários meses, ou até anos, ao contrário das reações que todas as pessoas têm, cotidianamente, caracterizadas por fases de baixo-astral e tristeza, mas que podem passar rapidamente, o que não é o caso do quadro depressivo. As pessoas neste estado, quando procuram ajuda, fazem-no em diversos segmentos, não só na medicina oficial mas na terapia alternativa e em diversas religiões.

A experiência religiosa das trabalhadoras em educação

Segundo Vieira (2003, p. 31), as trabalhadoras em educação são religiosas, sendo que “71,3% declaram ter e praticar uma religião, enquanto 21% têm, mas não praticam”. “Ao longo da história, as religiões têm cumprindo importante papel na orientação ética e moral da sociedade. Isso funciona como um dos elementos reguladores de relações sociais, interferindo nos costumes. A escola, obviamente, reflete tal realidade.” (VIEIRA, 2003, p. 32)

Já 90% das entrevistadas em nossa pesquisa pertencem a alguma instituição religiosa – das quais 20% são católicas e 80%, espíritas –, e 84% afirmam que essa experiência religiosa ajuda profissionalmente. Essa afirmação corrobora a relevância deste estudo, no qual estamos refletindo sobre o papel desempenhado pela religião na busca de saúde e por que as trabalhadoras em educação buscam o tratamento espiritual no espiritismo para o tratamento da síndrome de *burnout* e da depressão.

Verificamos, também, que 70% freqüentam a religião por opção própria, uma escolha e uma decisão pessoal. A freqüência ao culto religioso pelas entrevistadas é de 38% uma vez por semana; 27%, duas vezes por semana; 18%, às vezes; e 11%, quando sente necessidade. Esses dados evidenciam, possivelmente, o esforço realizado pelas entrevistadas – 55% no total – em proporcionar condições de participação nos cultos religiosos toda a semana. “Antes de ir para o espiritismo, eu passei pela evangélica, eu passei pelo catolicismo, eu passei pelo umbandista e me achei na espírita kardecista, se bem que eu já tinha sido kardecista.” (Suelen)

Esse depoimento exemplifica os resultados dos grupos religiosos que as pessoas já freqüentaram: 68%, igreja católica; 26%, seicho-no-ie; 21%, igreja evangélica; 21%, umbanda; 5%, candomblé; 5%, messiã-

nica; 3%, budista; e 8%, outra instituição religiosa. Desses percentuais, algumas pessoas declararam ser espíritas (80%) e católicas (20%) que ainda freqüentam regularmente outros grupos religiosos ao mesmo tempo.

A pesquisa de campo demonstra um trânsito pelas entrevistadas entre diversas denominações religiosas, o que pode estar relacionado com a busca de tratamento e cura para os problemas de saúde, com motivos familiares ou de trabalho, ou mesmo por curiosidade, ou, ainda, por não identificação com os grupos procurados ou uma identificação e participação em todos os grupos religiosos.

O depoimento a seguir, feito por uma professora que buscou ajuda em diversas instituições religiosas para encontrar alívio, conforto, respostas, tratamento e cura para depressão e síndrome do pânico, poderá complementar essa afirmação:

Eu busquei ajuda espiritual na igreja católica; eu busquei na igreja evangélica; e busquei no centro espírita [...]. Eu fui à igreja [católica] e participei de uma novena que faz uma espécie de louvor na carismática; e quando eu participei senti a necessidade de ir para uma igreja evangélica, onde eu sabia que aquilo era mais forte, aquele louvor e aquela oração. Eu fui à Igreja de Cristo e na Luz para os Povos, e tava indo tudo bem, até que eles vieram aqui, começaram a tirar demônios demais. Dizendo que eu estava era amaldiçoada, era maldição hereditária, eles falavam muito no diabo e pouco em Deus e isso foi me incomodando. Meu pai era católico, minha mãe era espírita e eu sempre simpatizei muito [com o espiritismo]; eu já estudei a doutrina um pouco, fiz alguns cursos dentro da casa e, na verdade, eu fui levada foi um dia que eu estava muito mal [...]; meus irmãos me levaram no PAE e eu fui encaminhada a passar por uma triagem, para fazer uns cursos da casa, um tratamento de cúpula e de desobsessão. (Maria José)

Como podemos perceber, a pessoa busca sair do estado de ansiedade e procura diversas alternativas na tentativa de retornar à normalização. Para a pessoa com transtorno mental, estando, por exemplo, com síndrome de *burnout* ou depressão, possivelmente não importa qual a denominação religiosa que terá de freqüentar, qual ritual ou culto terá de praticar, ela realizará qualquer sacrifício a fim de encontrar sentido e significado para a sua vida, ou deixará se conduzir por outros que venham em seu socorro. Quando busca o espiritismo, ela faz sacrifícios: passa pela triagem, participa das sessões de tratamento, bebe água fluidificada, recebe passes, começa a reforma íntima, esforça-se em mudar o padrão de pensamento para o lado positivo, em resumo, participa e cumpre os rituais receitados.

Dessa forma, para Berger (1985), a religião ajuda a manter e a legitimar o mundo dos que crêem por meio das vivências e das experiências delas com o sagrado. Segundo o autor, a religião é um

empreendimento humano pelo qual se estabelece um cosmos sagrado. Ou por outra, a religião é a cosmificação feita de maneira sagrada. Por sagrado entende-se aqui uma qualidade de poder misterioso e temeroso, distinto do homem e todavia relacionado com ele, que se acredita residir em certos objetos da experiência. [...] Essa realidade a ele se dirige, no entanto, e coloca a sua vida numa ordem, dotada de significado. [...] Achar-se numa relação “correta” com o cosmos sagrado é ser protegido contra o pesadelo das ameaças do caos [...] o vocábulo “caos” deriva de uma palavra grega que quer dizer “voragem” e que “religião” vem de uma palavra latina que significa “ter cuidado”. (BERGER, 1985, p. 38-40)

Assim, fundamentando esse raciocínio, Weber (2000, p. 279; 282) esclarece o conceito de ação religiosa

cuja compreensão também aqui só pode ser alcançada a partir das vivências, representações e fins subjetivos dos indivíduos – a partir do “sentido” [...]. A ação religiosa ou magicamente motivada [...] devem ser realizadas “para que vás muito bem e vivas muitos anos sobre a face da Terra”. [...] uma ação racional [...] orienta-se, pelo menos, pelas regras da experiência [...] ligadas a um fim [...] atraem “significados”, e por meio de atos significativos procura-se obter efeitos reais [...] significados simbólicos [...]. Todos os círculos da atividade humana são atraídos para o círculo mágico simbolista.

Para esse autor, um dos papéis da religião é oferecer sentido e significado para o indivíduo ou para a coletividade que crê ou que teve uma experiência religiosa. Poderemos corroborar tal afirmação, também, com as respostas fornecidas pelas entrevistadas sobre como a religião as ajuda profissionalmente. Podemos resumir esses relatos como sendo a religião o local em que há refazimento, ânimo, reabastecimento de energia, esclarecimento e conscientização, gerando equilíbrio, respostas, paciência, perseverança, respeito ao próximo, tolerância, compreensão, tranqüilidade, força para superar a sobrecarga de trabalho, aprendizado para conviver com os diferentes, superação das dificuldades, ouvir e lidar com limitações da própria pessoa e dos outros, calma, rever atitudes e valores, paz, serenidade, indulgência, segurança, ponderação, discernimento, fé, humanização e sentido de vida. Essa experiência religiosa proporciona a elas o significado, a motivação, o prazer, os meios e os instrumentos para o enfrentamento dos problemas, sejam eles quais forem, em especial no cotidiano profissional.

Empregamos os conceitos de nomia e anomia com base na interpretação e na análise de Berger (1985). Segundo esse autor, nomia é o processo de ordenação do mundo e da sociedade que fornece sentido e significado para o indivíduo e para a coletividade: “O nomos situa a vida do indivíduo numa trama de sentidos que tudo abarca.” (BERGER, 1985, p. 66) Observemos o seguinte relato de uma das entrevistadas:

[O espiritismo pode contribuir para sua educação ou para as pessoas que trabalham na educação?] Eu acho que pode, porque o espiritismo nos mostra a realidade mesma da vida. Que cada um está na sua condição, cada um pode contribuir onde ou qualquer lugar que estiver. Agente pode contribuir em benefício do nosso próximo e sempre com pensamento positivo, fazendo o trabalho mesmo pequenininho que seja mais com amor, com carinho e dedicação. Isso a doutrina nos ensina muito. (Sandra)

No relato da depoente, verificamos como o espiritismo ordena o mundo da entrevistada e como essa ordenação pode influenciar a coletividade na qual ela vive. Na nomia, só existirá plausibilidade se ela for repleta de sentido e legitimada socialmente. O espiritismo fornecerá essa plausibilidade, por intermédio da teodicéia espírita, que “nos mostra a realidade mesma da vida”. A nomia mantém a realidade socialmente construída.

[O diagnóstico do médico também deu certo alívio?] Deu porque eu achei que estava ficando fraca da cabeça, ficando pinel. Pois ter depressão é sinônimo de doido. Eu procurei o psiquiatra, ele escutou tudo. Contei todos os sintomas. Ele diagnosticou primeiro uma depressão e um transtorno de ansiedade, com crise de pânico. Ele passou logo de cara quatro remédios e uma licença de três meses. (Maria José)

Pelo depoimento, podemos perceber que a doença remete a um estado de anomia em que o caos se instala e a normalidade, que seria estar com saúde, não existe, revelando-se uma nova realidade que não condiz com a nomia, que é, ainda de acordo com Berger (1985, p. 34), “viver num mundo social é viver uma vida ordenada e significativa [...] nas suas estruturas institucionais [...] na sua estruturação da consciência individual”.

Anomia, dessa forma, é o antônimo de nomia; como exemplificado, seria a perda dessa ordenação, legitimação, manutenção, sentido e significação.

O espiritismo trouxe-me sentido e significado. Porque eu não achava significado em nada. Eu me achava incapaz até de sentir coisas bonitas. Porque tem coisa melhor do que você olhar para um filho, para uma criança e eu olhava e não sentia nada. Não sentia que eu ia vê-la crescer, eu não vou

conseguir, eu vou passar só tristeza pra ela, eu sentia pena dela ter nascido minha filha. Eu falava meu Deus ela merecia tanto uma mãe alegre, uma mãe que brincasse com ela, que conversasse com ela. (Maria José)

Nesse relato, podemos exemplificar situações de nomia e de anomia: a depoente relata que o espiritismo proporcionou-lhe sentido e significado – nomia; e relata, também, como ela se sentia quando estava no auge da depressão: “incapaz de sentir coisas bonitas” – anomia. Os conceitos de nomia e de anomia, segundo as idéias de Berger (1985), poderão nos explicar o porquê da busca do tratamento espiritual na religião espírita e qual a relação entre educação, saúde e religião. A religião pode ser uma das alternativas buscadas pelos indivíduos para a saída da anomia vivida, pelo caos que se instalou com a síndrome de *burnout* e/ou com a depressão. Com a finalidade de restabelecer a saúde, a nomia, a pessoa realiza o tratamento espiritual na ânsia de encontrar as respostas, o alívio, o conforto e a cura do mal vivenciado. Vamos desvelar mais um pouco como ocorre esse processo de nomização por meio da experiência religiosa.

O tratamento espiritual no espiritismo

Os tratamentos espirituais realizados nos centros espíritas não fazem distinção de pessoas por cor, gênero, profissão ou situação socioeconômica-política. Quem busca esse tipo específico de tratamento é solicitado a comparecer no dia da triagem para ser atendido por um dos médiuns, triador e orientador. Dependendo do centro espírita, a pessoa poderá encontrar metodologias diferentes para a realização do tratamento espiritual. Isso se deve à autonomia das instituições espíritas, que seguem orientações dos mentores espirituais e dos espíritos benfeitores da instituição religiosa (CAVALCANTI, 1983; CANHADAS, 1999; GREENFIELD, 1999).

Descreveremos, a seguir, um exemplo de tratamento espiritual realizado no Grupo Espírita Regeneração em 2003. Os procedimentos de tratamento espiritual são os mesmos para a maioria dos problemas a serem tratados no grupo religioso. A pessoa passa pela triagem, iniciando com uma oração; depois ocorre um diálogo, no qual a paciente relata o que está ocorrendo, qual o problema que está enfrentando, dependendo do caso, há uma orientação; posteriormente, recebe uma ficha branca (se for sua primeira vez), contendo os dias, horários e as salas para o tratamento, bem como as

orientações a serem seguidas para melhor aproveitamento e solução mais rápida do caso.

QUADRO 4 • Orientação para o tratamento espiritual no Grupo Espírita Regeneração
<ul style="list-style-type: none"> • Cultivar atitude mental digna, desde cedo. Evitar deliberadamente brigas e discussões, sustentando paciência e serenidade, acima de quaisquer transtornos que sobrevenham durante o dia. • Evitar alimentação excessiva, o uso da carne, do café e dos temperos excitantes. • Horas antes do início do tratamento, dedique-se ao serviço da prece e da meditação em seu próprio lar. • Buscar superar todos os impedimentos naturais, como chuvas, visitas inesperadas, doenças familiares etc., afim de não interromper o tratamento. • Desenvolver o culto do Evangelho no lar. Ler o Evangelho todos os dias para si e para a criança ao levantar e ao deitar, bem como fazer uso da oração. • Nas reuniões públicas, você poderá trazer um vidro com água para fluidificar. Identifique o vasilhame. • Chegue aos horários marcados e traga sempre esta ficha. • No tratamento da ficha cor azul, trazer, vidros com água para fluidificar.

Fonte: Grupo Espírita Regeneração. Extraído de ficha cor verde, do tratamento espiritual, julho e agosto de 2003.

A pessoa comparece à sala indicada na ficha de tratamento, canta-se para harmonizar o ambiente, realiza-se a prece de abertura, são assinadas as freqüências nas fichas, inicia-se a palestra sobre um tema, como, por exemplo, a existência de Deus, a imortalidade da alma, a natureza do homem, a evolução dos espíritos, obsessão, entre outros temas, seguindo-se um roteiro pré-planejado. Cada sala de tratamento estará estudando um tema diferente, tiram-se as dúvidas e, dependendo do assunto, acontece um debate. Encerra-se com uma prece final. Aguarda-se para que a turma seja chamada para a sala de passe. Após o passe, pegam-se os pertences deixados antes da entrada da sala do passe, bebe-se a água fluidificada, levando o vasilhame contendo a água já fluidificada para ser ingerida em sua residência durante a semana. Essa água pode ser colocada no filtro de água da residência, pois, segundo os espíritos, a água fluidificada agirá conforme as necessidades de cada pessoa.

No Quadro 5, podemos observar um resumo do que foi descrito anteriormente sobre as técnicas e os rituais utilizados nos centros espíritas para o tratamento espiritual.

QUADRO 5 • Técnicas de cura espiritual na visão do espiritismo

- Aconselhamento espiritual: diálogo, orientações e esclarecimentos.
- Evangelização: terapia de transformação através do conhecimento e prática do evangelho segundo o espiritismo e do culto do evangelho no lar.
- Oração: imuniza contra o mal, reequilibra o interior e atrai a ajuda espiritual.
- Passe magnético: terapia que reestimula os centros vitais dos corpos espiritual e físico.
- Água fluidificada: energias magnéticas, fluidicas e medicação do céu.
- Desobsessão: terapia para afastar a influência de obsessor encarnado ou desencarnado.
- Operações espirituais: cirurgias realizadas pelos espíritos desencarnados, através do médium.

Fonte: ANDRADE (2003, p. 111- 121).

Os QUADROS 5 e 6 podem, também, representar o sistema simbólico do espiritismo, assim como a cosmovisão espírita sobre a saúde, doença e cura. Demonstra, também, o que deve ser efetuado pelo paciente para restabelecer nomia e vida simbólica em sua vida.

O antropólogo e doutor Sidney Greenfield (1999), no livro **Cirurgias do além: pesquisas antropológicas sobre curas espirituais**, apresenta sete capítulos com os resultados da pesquisa de campo realizada em diversas regiões do Brasil sobre curas no espiritismo. Conforme Greenfield (1999, p. 13-14),

minha preocupação era de saber que ninguém iria acreditar, quando eu contasse o que havia testemunhado [...] comecei a levar uma filmadora, com a qual consegui fazer três filmes documentários sobre as cirurgias e curas espíritas [...] fui forçado a questionar quase tudo [...] Antropólogos como eu, treinados naquilo que chamamos os quatro campos de estudo da disciplina, entendem que o biológico, o psicológico e o cultural no comportamento humano estão interligados. Isto levou-me a um estudo psicobiológico da cura que questiona o dualismo cartesiano que coloca corpo e mente em oposição.

Esse autor apresenta, também, as principais modalidades de tratamento espírita, que estão representadas no Quadro 6.

QUADRO 6 • Modalidades de tratamento espírita: uma visão antropológica

1. Cirurgias espirituais: são realizadas sem anti-sépticos ou anestesia, nas quais os pacientes sangram muito pouco, experimentam quase nenhuma dor, não desenvolvem infecções ou outras complicações pós-operatórias e, sobretudo, recuperam-se.
2. Passes magnéticos: energia trazida pelos espíritos do mundo invisível. O médium-curador movimenta suas mãos ao longo do corpo do paciente, sem o tocar [...]. O médium sabe que o contato foi feito com a área perturbada porque suas mãos sentem uma espécie de névoa densa e invisível ou um certo entorpecimento que precede o sono. O paciente também tem a mesma sensação.

QUADRO 6 • Modalidades de tratamento espírita: uma visão antropológica

3. Para pacientes com doenças mentais (desobsessão): 3.1. As perturbações de primeiro grau, resultado de influências espirituais moderadas, causam depressão moderada, inibição, medo, complexo, ciúme, tristeza, irritabilidade, nervosismo e incompreensões domésticas. São tratadas por informados e articulados líderes espirituais que explicam a situação ao espírito errante (que aparece através de um médium) e o intima a deixar de perturbar o paciente. O médium também orienta o espírito para as vantagens morais de um comportamento apropriado. O paciente normalmente não precisa vir a estas sessões; 3.2. As perturbações de segundo grau incluem formas mais intensas das condições identificadas acima, bem como algumas doenças físicas. O espírito interventor de baixo nível pode paralisar ou adensar o fluido magnético do indivíduo perturbado. Isto afetará o equilíbrio ou a adaptação dos corpos somático e fluido. Em casos mais graves, novos fluidos magnéticos devem ser transferidos do médium para o paciente. Muitas vezes, porém, o líder espírita pode efetuar a cura esclarecendo o espírito perturbador e convencendo-o a deixar o paciente sozinho; 3.3. As perturbações de terceiro grau são provenientes de intensas influências espirituais. A mais séria delas é a obsessão. Sintomaticamente, o paciente pode experimentar uma incontrolável crise de choro, apatia, ou dores violentas nas regiões superiores e frontais da cabeça. O paciente pode ser tratado, em parte, com passes de transfusão magnética de fluidos e energia, mas, como em todas as doenças causadas por espíritos obsessores, um líder religioso tem que doutrinar o espírito sobre o sistema de crenças kardecistas, antes que ele resolva abandonar o paciente.

4. Cura fluida à distância: todas as curas, como vimos, são realizadas por espíritos que usam os corpos dos médiuns, mas esta mediação material é desnecessária, os espíritos curadores podem dispensar sua caridade e curar os pacientes imediatamente, isto é, sem intermediários.

Fonte: GREENFIELD (1999, p. 37-41).

O item 3 do Quadro 6 descreveu a influência chamada de obsessão pelos espíritos que pode ser entre encarnado (com corpo físico) e desencarnado (sem corpo físico), encarnado e encarnado, auto-obsessão e de desencarnado para encarnado (CLARO, 1998; ANDRADE, 2000; BONTEMPO, 2000; CARVALHO, 2000; NOBRE, 2000; PRADA, 2000; SCHUBERT, 2001). Casos de transtornos mentais, como a síndrome de *burnout* e a depressão, são tratados espiritualmente conforme apresentado no Quadro 3, ou conforme orientação do centro espírita.

Do percentual das pessoas entrevistadas que frequenta o espiritismo, 59% estão a mais de dois anos no grupo; 19%, entre um e seis meses; 8%, entre sete meses a dois anos. Dessas pessoas, 44% compareceram às atividades religiosas uma vez por semana; 26%, duas vezes por semana; 3%, três vezes por semana; 23%, eventualmente; e 2%, não responderam. A duração do tratamento espiritual – “foram mais ou menos uns três meses” (Suelen) – dependerá tanto do problema como da pessoa que está sendo tratada. Os principais motivos que levaram-nas

a participarem dos grupos espíritas foram: conhecer a doutrina espírita (63%); por problemas de saúde (37%), sendo 56% por problemas mentais ou emocionais e 19% por problemas físicos; por problemas espirituais (35%); por problemas de ordem mediúnica (27%); para receber mensagens (6%) e por outros motivos (37%).

A maioria das pessoas (95%) já fez ou está fazendo tratamento espiritual no espiritismo para a cura de problemas de saúde de ordem física, psíquica ou emocional, pessoal ou para familiares, sendo que 5% não fizeram tratamento, mas trabalhou ou trabalha no centro espírita e considera essa atividade uma forma de tratamento espiritual.

Vamos perceber que a teodicéia espírita, especialmente pelo conhecimento da vida espiritual e da pluralidade das existências, pelo tratamento de desobsessão e pelas palestras esclarecedoras, contribuíram para uma melhora acentuada ou, em alguns casos, para a cura completa e definitiva dos problemas enfrentados. 94% das pessoas que não tiveram melhoras consideraram que houve mudança em seu modo de pensar e nas suas crenças e 6% não percebeu nenhuma mudança.

Conclusão

A profissão interfere na saúde das pessoas, trazendo como conseqüências doenças como a síndrome de *burnout* e a depressão, advindas também do estresse laboral, e que refletem no local de trabalho, onde os sintomas sobre o nível de estresse e tolerância evidenciados na pesquisa são alarmantes. As trabalhadoras entrevistadas, em sua maioria, encontram-se estressadas, intolerantes e em *burnout*. Essa situação denota que as relações humanas delas devem estar, possivelmente, deterioradas, seja entre elas próprias ou entre elas e os estudantes, os pais, as mães ou responsáveis ou com os demais membros da sociedade. Percebemos que as pessoas entrevistadas, para a sobrevivência, trabalham mais de oito horas por dia, o que ocasiona uma sobrecarga, isso sem considerar as exigências profissionais, como formação continuada, leituras, avaliações, atualizações, atividades extraclasse – correções de trabalhos, provas etc. –, higiene, manutenção e segurança do espaço físico, bem como as atividades domésticas e o cuidar dos filhos.

A maioria das trabalhadoras em educação não tem tempo para o lazer e para o lúdico. Conseqüentemente, a profissão é um perigo, e, como uma panela de pressão, poderá estourar na saúde física e mental

das profissionais e também no processo de ensino-aprendizagem. Nessa pesquisa, privilegiamos as possíveis conseqüências da síndrome de *burnout* e de depressão na saúde mental das pessoas que trabalham na educação. Infelizmente, a pesquisa demonstrou a falta de conhecimento, por parte das trabalhadoras em educação, do que seja a síndrome de *burnout* e, também, do que venha a ser, realmente, a depressão. A própria expressão “saúde mental” não é bem vista por diversas pessoas, observamos, durante todo o processo da pesquisa de campo nos anos de 2003 e 2004, a insatisfação, o constrangimento e o preconceito com o uso, ocorreram alguns casos de pessoas tentarem nos convencer a não adotá-lo, sugerindo outros, como mal-estar, *burnout* e sofrimento psíquico. Esse fato está vinculado ao que disse uma entrevistada: “eu pareço pinel, louca”.

Constatamos que as trabalhadoras em educação buscam a religião nos casos de problemas com a saúde porque ela proporciona conforto, respostas aos porquês das doenças e o restabelecimento da vida simbólica e da nomia. A busca pelo tratamento espiritual no espiritismo está vinculada a teodicéia explicativa da religião. Para 95% das entrevistadas, o tratamento realizado no espiritismo proporcionou melhoras na saúde e, para 84%, a religião ajudou profissionalmente. Isso denota, também, o vínculo entre educação, saúde e religião.

A terapêutica espírita não se resume ao que é recomendado pela Federação Espírita Brasileira em suas orientações documentais, também não há um consenso na literatura espírita sobre o tema. Percebemos que o tratamento espiritual espírita é realizado com autonomia pelos grupos religiosos, e os rituais realizados por um grupo nem sempre são os mesmos do outro. O que há de comum em todos é a oração, os passes, a água fluidificada e a palestra. A forma da prática e da implementação do ritual dependerá de cada grupo, da orientação dos mentores espirituais e da administração local. A procura por tratamento espiritual no espiritismo se dá em situações as mais diversas, como problemas emocionais, psicológicos, físicos, familiares, mentais, curiosidades, espirituais e/ou materiais. Todas as pessoas que procuram são atendidas e não são questionadas nada sobre sua vida pregressa, situação econômica ou a religião que frequenta. O sigilo, a ética, o respeito e a discrição foram elementos comuns aos grupos pesquisados.

A teodicéia espírita extrapolou e ampliou a tipologia weberiana (2000) complementada por Berger (1985). Segundo a nossa compreensão, percebemos elementos da teodicéia da promessa de compensação

num “além”, mas os espíritas dirão que isso dependerá do livre-arbítrio das pessoas, do processo de evolução e de amadurecimento espiritual, pois, para o espiritismo, o que a pessoa é em vida enquanto encarnada será quando morrer (desencarnar), já que as pessoas não mudam suas atitudes, seus pensamentos, suas práticas e convicções só porque morreram. Estaremos no “além” de acordo com as leis de ação e reação e de causa e efeito, podendo, em razão disso, a pessoa estar em moradas felizes ou não. No espiritismo, há elementos da doutrina do *karma*, mas, para os espíritas, a pessoa pode e deve mudar as situações que, porventura, sejam *karmicas*, ela não deve se sucumbir, acomodar e ficar apática porque “é culpa do destino”, “Deus quis assim”, e “um *karma*, nada vai dar jeito”. O espiritismo acredita que, com o cultivo de bons pensamentos, com a prática da caridade, da oração, da reforma íntima, pagando o mal com o bem e com uma fé racionalizada, nós seremos assistidos pelos bons espíritos, que nos fornecerão forças e ajuda para superar os problemas, as dificuldades e ter a compreensão do que está ocorrendo. E evidenciamos, também, elementos do dualismo, a guerra e o duelo entre o bem e o mal. Para o espiritismo, o mal existe, mas o bem é latente em todas as criaturas de Deus. Assim, conforme os espíritas, o demônio ou o diabo é espírito como nós, mas que fez escolhas que os levou a estar nesse grau de imperfeição, e dependerá deles arrependem-se e fazerem outras escolhas e, certamente, um dia serão espíritos de luz.

Abstract

This article aims at divulging the results of the research carried out in the Master's Degree program of Sciences of Religion of UCG / GO (2004). The research focused on the reasons why professionals in education, working in public schools in the municipal district of Goiânia and bearers of the burnout and depression syndrome, searched spiritual treatment in Spiritism. What part does religion play in the search for health? Why do professionals in education seek Spiritism as a form of treatment of the burnout and depression syndrome? The applied methodology was based on the interviewees', investigators' and Spiritism's perspectives, making use of a qualitative and phenomenological approach.

Key words: Education; Burnout syndrome; Depression; Spiritual treatment; Spiritism.

Referências

ANDRADE, Geziel. **Doenças, cura e saúde: à luz do espiritismo**. 8. ed. Capivara: EME, 2003.

- ANDRADE, Geziel. **Terapêutica espírita**. Capivari: EME, 2001.
- ANDRADE, Hernani Guimarães. Psicobiofísica: novo paradigma para a ciência. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA DO BRASIL. **Saúde e espiritismo**: campo de força, mediunidade, sexualidade e abordagens na prática médica. 2. ed. São Paulo: AME, 2000. p. 1-6.
- BERGER, Peter. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulinas, 1985.
- BONTEMPO, Geraldo Paulo. **Obsessão e sua fisiologia**. Goiânia: SEPT, 2000.
- CANHADAS, Cleide Martins. **Cura espiritual**, uma visão integradora corpo-mente-espírito. 1999. Dissertação (Mestrado), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- CARVALHO, Mércia Maria Almeida de. Desobsessão, terapia do amor. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA DO BRASIL. **Saúde e espiritismo**: campo de força, mediunidade, sexualidade e abordagens na prática médica. 2. ed. São Paulo: AME, 2000. p. 233-45.
- CAVALCANTI, Maria Laura Viveiro de Castro. **O mundo invisível**: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no espiritismo. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- CECCON, Claudius; OLIVEIRA, Miguel Darcy de; OLIVEIRA, Rosiska Darcy de. **A vida na escola e a escola da vida**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CLARO, Izaias. **Depressão**: causas, conseqüências e tratamento. Matão: O Clarim, 1998.
- CODO, Wanderley. (Coord.). **Educação**: carinho e trabalho. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999a.
- CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Iône. O que é *burnout*? In: CODO, Wanderley. (Coord.). **Educação**: carinho e trabalho. 3. ed. Petrópolis: Vozes; Brasília: Ed. da UnB. 1999b. p. 237-254.
- CORDÁS, Táki Athanássios; TAVEIRA, Ana. Recuperação funcional e remissão em psiquiatria. In: MORENO, Doris Hupfeld *et al.* **Recuperação em depressão**. São Paulo: Livre. 2003, p. 9-28.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GREENFIELD, Sidney M. **Cirurgias do além**: pesquisa antropológica sobre curas espirituais. Petrópolis: Vozes, 1999.
- JUNG, Carl Gustav. **A vida simbólica**: escritos diversos. Petrópolis: Vozes, 1997. v.18.
- LEMOS, Carolina Teles. Religião e saúde: a busca de uma vida com sentido. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 470-510, maio 2002.
- LIMONGI FRANÇA, Ana Cristina; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MORENO, Doris Hupfeld. Cronificação e recorrência. In: MORENO, Doris Hupfeld *et al.* **Recuperação em depressão**. São Paulo: Livre, 2003. p. 53-62.
- NOBRE, Marlene Rossi Severino. Nossa contribuição para o debate. In: ASSOCIA-

ÇÃO MÉDICA ESPÍRITA DO BRASIL. **Saúde e espiritismo**: campo de força, mediunidade, sexualidade e abordagens na prática médica. 2. ed. São Paulo: AME, 2000. p. V-VI.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: OMS/OPAS, 2001.

PASQUALI, Carolina; TRACCO, Mauro. **Como vencer a depressão**. São Paulo: Abril, 2003. (Coleção muito mais Ana Maria).

PRADA, Irvênia Luiza de Santis. Causas e mecanismos do processo obsessivo. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA ESPÍRITA DO BRASIL. **Saúde e espiritismo**: campo de força, mediunidade, sexualidade e abordagens na prática médica. 2. ed. São Paulo: AME, 2000. p. 143-150.

RODRIGUES, Edvânia Braz Teixeira; SANTOS, Genivalda Araujo Cravo dos; SILVA, Simeia Araújo. Gestão escolar democrática. **Revista Solta a Voz**, Goiânia, v. 14, n.1, p. 64-81, 2003.

SANTOS, Genivalda Araujo Cravo dos. **Educação, profissão perigo**. *Burnout*, depressão e o tratamento espiritual no espiritismo. 2004. Dissertação (Mestrado), Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

SCHUBERT, Suely Caldas. **Transtornos mentais**: uma leitura espírita. Araguari: Minas, 2001.

VIEIRA, Juçara Dutra. **Identidade expropriada**: retrato do educador brasileiro. Brasília: CNTE, 2003.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília, Ed UnB, 2000. v.1.