



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

SAÚDE, PODER E CURA: CONCEPÇÕES SOBRE HIPNOSE E A SAÚDE COLETIVA

LEON GONZAGA DE VASCONCELOS LOPES

FORTALEZA - CE
2008

LEON GONZAGA DE VASCONCELOS LOPES

**SAÚDE, PODER E CURA: CONCEPÇÕES SOBRE HIPNOSE
E A SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza,
como requisito parcial para a obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim

FORTALEZA - CE
2008

LEON GONZAGA DE VASCONCELOS LOPES

**SAÚDE, PODER E CURA: CONCEPÇÕES SOBRE HIPNOSE E A
SAÚDE COLETIVA**

Linha de Pesquisa: Análise da Situação em Saúde

Núcleo Temático: Cultura, Saúde e Epidemiologia

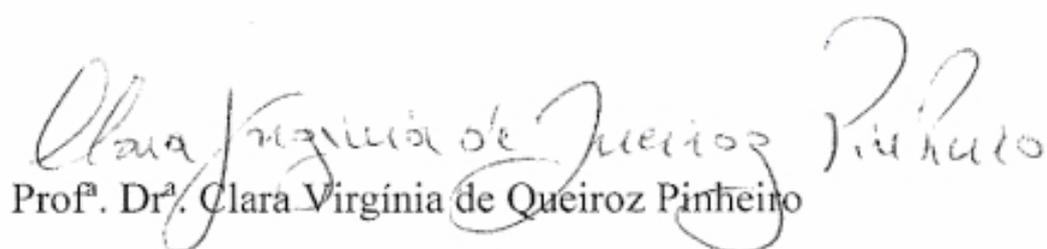
Data de Aprovação: 22 / 12 / 2008

BANCA EXAMINADORA



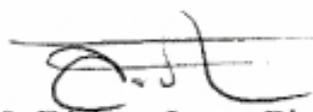
Prof.^a. Dr.^a. Ana Paula Soares Gondim

(orientadora – UNIFOR)



Prof.^a. Dr.^a. Clara Virgínia de Queiroz Pinheiro

(membro efetivo – UNIFOR)



Prof.^a. Dr.^a. Fátima Luna Pinheiro Landim

(membro efetivo – UNIFOR)

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, pelo investimento educacional e apoio afetivo ao longo da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Doutor Maurício Neubern pela sua disponibilidade em ajudar e por todas as suas orientações, incentivos e críticas que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Aos meus dois primeiros orientadores, professora Marilyn Nations e professor Miguel Montagner que por motivos de força maior não puderam continuar até o final deste trabalho, mas que foram sempre atenciosos e prestativos ajudando com suas idéias e orientações.

Aos meus colegas de turma, professores e funcionários do mestrado pela ajuda, companhia, críticas, sugestões e incentivos.

Aos amigos Melina, Carol, Samira e Alexandre, pela companhia, incentivo e colaboração.

À Natália Costa pela sua ajuda e paciência na fase final desta dissertação.

À professora Clara Virgínia pela participação na banca de qualificação e de defesa de dissertação, oferecendo suas valiosas críticas.

À professora Ana Paula pelas suas orientações e confiança de que conseguiríamos concluir este projeto em tempo hábil.

À professora Fátima Luna pela participação na banca e, sobretudo, pelas palavras de incentivo e otimismo ao longo dos momentos de maior frustração.

Aos colegas e companheiros hipnólogos que de alguma forma ajudaram na elaboração desta pesquisa.

À Fundação Cearense de Apoio e Desenvolvimento Científico - Funcap, pela bolsa de pesquisa.

"A prática da medicina é uma arte não um comércio; uma vocação não um negócio; uma vocação através da qual teu coração será exercitado assim como tua cabeça. Frequentemente a melhor parte do teu trabalho nada terá a ver com (a prescrição) de poções e fórmulas, mas com o exercício de uma influência do forte sobre o fraco, do justo sobre o mau, do sábio sobre o tolo."

William Osler. *Aequanimitas*
The master word in medicine

RESUMO

A hipnose é uma reconhecida ferramenta terapêutica utilizada como coadjuvante de tratamentos médicos e combinada com intervenções cognitivo-comportamentais que ajuda no aumento do bem estar, reduz o estresse, e melhora as taxas de recuperação. Este estudo investigou o percurso da hipnose como objeto de estudo histórico e epistemológico no campo da saúde, e sua transformação em uma prática de saúde. O resgate histórico dessa disciplina ajudou a compreender como o processo de racionalização de práticas culturais do passado conduziu à descoberta dos efeitos da “sugestão” sobre a saúde. A utilização da “sugestão terapêutica” na medicina foi decisiva para a descoberta da hipnose, se tornando a primeira intervenção psicológica a obter reconhecimento científico. No primeiro momento deste trabalho, uma pesquisa bibliográfica esboçou o processo de legitimação da hipnose, marcado por conflitos e perseguições contra seus aspectos subjetivos, na medida em que esses representavam uma afronta ao projeto das ciências modernas. No segundo momento, um estudo qualitativo analisou os relatos de sete professores de hipnose, tratando de questões, tais como: a função da hipnose como ferramenta terapêutica; as suas concepções epistemológicas; e os obstáculos para a difusão da hipnose como uma prática em saúde. Buscou-se compreender quais os fatores impedem a maior divulgação e aprendizado da hipnose por parte dos profissionais de saúde, além de se perseguir uma teoria da utilidade do uso da hipnose como meio para a promoção do bem estar e da saúde. Considerou-se que os profissionais entrevistados assumem que há ainda o predomínio de concepções míticas e místicas da hipnose, sobretudo na população em geral, enquanto que entre psicólogos e médicos as restrições conceituais mais comuns estão associadas às teorias psicanalítica e behaviorista. Os pesquisados mostraram ser influenciados por duas concepções distintas de hipnose: a clássica; e a ericksoniana. Estas concepções também influenciaram a compreensão dos objetivos clínicos da hipnose e o tempo mínimo de formação nesta área terapêutica. A carência de bibliografia de boa qualidade e de treinadores cientificamente capacitados para ensinar e pesquisar a hipnose no Brasil, foram apontados como os principais responsáveis pelas deficiências na formação nesta área da saúde. No campo da saúde coletiva, a hipnoterapia parece oferecer soluções para minimizar o distanciamento nas relações terapêuticas do modelo biomédico e promover a saúde sem recorrer aos sistemas médicos externos e não científicos. Sugerem-se novos estudos para ampliar a compreensão de outras variáveis relacionadas ao uso da hipnose na saúde coletiva.

Palavras-Chave: Hipnose, Relação Terapêutica, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva

ABSTRACT

The hypnosis is a recognized procedure used as adjuvant therapy to medical treatment and combined with cognitive-behavioral interventions that help in increasing the well-being, reduces stress and improves the rates of recovery. This study investigated the route of hypnosis as an object of historical and epistemological study in the health field, and its transformation into a health practice. The rescue of the historical discipline helped to understand how the process of rationalization of cultural practices of the past led to the discovery of the effects of "suggestion" on health. The use of "suggestion therapy" in medicine was crucial for the discovery of hypnosis, becoming the first psychological intervention that obtained scientific recognition. At first this work, a literature search outlined the process of legitimation of hypnosis, marked by conflict and persecution against its subjective aspects, insofar as these represented an affront to the project of modern science. This initial review has helped to understand the origins of hypnosis and some of its myths. In the second, a qualitative study examined the reports of seven teachers of hypnosis, dealing with issues such as: the role of hypnosis as a therapeutic tool, the epistemological conceptions and obstacles to the dissemination of hypnosis as a practice in health. We tried to understand the factors which prevent the wider dissemination and learning of hypnosis by health care professionals, and making a theory of the utility of using hypnosis as a means to promotion health. It was considered that the professionals interviewed assume that there is a predominance of mystical and mythical conceptions of hypnosis, especially in the general population, while that between psychologists and medical restrictions are more common concepts associated with psychoanalytic theory and behaviorism. The teachers showed to be influenced by two distinct conceptions of hypnosis: classic and ericksonian. These ideas also influenced the understanding of the goals of clinical hypnosis and the minimum period of training in this therapeutic area. The lack of good quality literature and scientifically trained coaches to teach and research in hypnosis in Brazil, were identified as the main responsible for the deficiencies in training in this area of health. In the field of public health, hypnotherapy seems to offer solutions to minimize the distance in the therapeutic relationship of biomedical model, in addition, may be a way for health promotion promoting the health without recourse to non-scientific medical systems. Further studies are needed to broaden the understanding of other variables related to use of hypnosis in public health.

Keywords: Hypnosis, Therapeutic Relationship, Health Promotion, Public Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
3 ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	14
3.1 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA	14
3.2 AMBIENTE E PERÍODO DA PESQUISA.....	16
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	17
3.4 COLETA DE DADOS.....	18
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	19
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
4 O PERCURSO DAS PRÁTICAS DE CURA PELA SUGESTÃO.....	21
4.1 O PERÍODO PRÉ-CIENTÍFICO	23
4.1.1 Práticas de cura na Antigüidade ao século XVII.....	23
4.1.2 A Cura pelo toque do rei (séculos XIII – XVII)	25
4.1.3 Exorcismos e a medicina magnética no século XVIII	27
4.1.4 Entre a ciência e a magia: o Magnetismo Animal (1750 – 1840).....	30
4.2 O PERÍODO CIENTÍFICO	42
4.2.1 Transpondo limites: do magnetismo à hipnose.....	44
4.3 AS CONCEPÇÕES DA CURA PELA SUGESTÃO	46
4.3.1 As Concepções Místicas	47
4.3.1.1 Homeopatia.....	49
4.3.1.2 Medicina Espírita Kardecista	51
4.3.2 As Concepções Científicas	53
4.3.2.1 Vertente psicológica.....	53
4.3.2.2 Vertente orgânica.....	61
4.4 HIPNOSE: UM RECURSO PARADIGMÁTICO NA SAÚDE COLETIVA.....	65
4.4.1 Refletindo sobre a Constituição das Racionalidades Médicas	66
5 RESULTADOS.....	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE.....	105
A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
B- ENTREVISTA	106
C- CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	108
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi pensada a partir da experiência acadêmica e profissional do autor com a hipnose, e investigou as origens e o desenvolvimento dessa disciplina, surgida a partir do entendimento científico de alguns dos métodos de cura e de alívio do sofrimento humano mais antigos da história.

Proveniente de práticas culturais de curandeirismo, o saber que deu origem à hipnose, foi submetido a um vigoroso processo de racionalização que visou “reduzir o fenômeno à sua essência”, e se adequar ao padrão de objetividade exigido pelo modelo científico. Como produto desse método criou-se o termo “sugestão” que passou a representar um modo específico de influência psicológica que foi usada como método terapêutico na medicina e contribuiu para a descoberta da hipnose, a primeira intervenção psicológica a obter reconhecimento científico da sua eficácia clínica (LERÈDE, 1984; NASH, 2000).

A hipnose foi escolhida como tema central desta dissertação por se tratar da técnica psicológica mais pesquisada e indicada numa variedade de tratamentos na área da saúde (CFM, 1999; NASH, 2000). A sua aplicação prioriza a importância do estabelecimento de relações humanas de confiança e proximidade, fazendo jus ao reacender das discussões no campo da saúde coletiva sobre a necessidade do uso de abordagens terapêuticas humanizadas, não medicamentosas e de baixo custo (LUZ, 2005).

O uso da hipnose na saúde coletiva favorece o resgate da medicina humanizada ao reforçar a preocupação na obtenção do vínculo positivo com os pacientes e destacar a importância dos aspectos emocionais e psicológicos envolvidos nos processos de adoecimento e cura (ALMEIDA; ODA *et al.*, 2007; CÂMARA, 2005). O grande volume de publicações internacionais produzidas nos últimos 50 anos tem renovado o interesse na utilização da hipnose nos campos da medicina e da psicologia (BARABASZ; WATKINS, 2005). Sua eficácia foi demonstrada quando combinada com intervenções cognitivo-comportamentais em uma grande variedade de transtornos orgânicos e psicológicos. Por isso, a hipnose se tornou uma importante ferramenta que pode contribuir com a promoção da saúde e a humanização do cuidado (BARBER, 2000; GALLIAN, 2000; GREENLEAF, 2006; O'HANLON, 1994; SEGRE; FERRAZ, 1997; SUGARMAN, L. I., 1996; WRIGHT; DRUMMOND, 2000; ZEIG, 1985).

A incapacidade do modelo biomédico em lidar com os aspectos humanos nas relações de saúde, doenças e cuidados, super valorizando os aspectos orgânicos e impessoais, foi considerada como uma das causas da crise na saúde (CÂMARA, 2005; CAPRA, 1997; LUZ, 2005). A biomedicina se fortaleceu a partir de sua adaptação ao modelo científico positivista, enquanto esse mesmo modelo se tornou um obstáculo para o estudo das abordagens psicológicas, pois estas eram consideradas sistemas não dignos do saber científico (NEUBERN, 2001).

No intermédio desse complexo jogo de poder e de lutas para consolidar a verdade científica, conforme os ditames exigidos de objetividade, neutralidade e universalidade, a hipnose passou por várias tentativas de adestramento que visavam torná-la, o máximo possível, impessoal e objetiva. No entanto, sendo por essência uma técnica psicológica e relacional, o acúmulo de pesquisas que evidenciaram sua eficácia clínica gerou inquietações que desafiaram as explicações reducionistas (MASON, 1952; ROSSI, 1997).

Entre 1785 e 2000, mais de cem mil projetos de pesquisas foram realizados sobre hipnose, e, nos últimos cinquenta anos, ela foi tema de trabalhos publicados nas mais conceituadas revistas científicas (BARABASZ, WATKINS, 2005; KATZ, 1996; KINDER, 2002; LARKIN, 1999; TERAQ; COLLINSON, 2000), não tendo nenhuma outra psicoterapia contemporânea um histórico tão amplo de análises empíricas e pesquisas (NASH, 2000).

A evolução epistemológica da hipnose foi marcada por irregularidades e rupturas, não sendo algo que avançou gradualmente, por intermédio do mero acúmulo progressivo de conhecimento, como sugerem algumas teorias dominantes (BACHELARD, 2007; NEUBERN, 2005; ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). De modo geral, as transformações sucessivas porque têm passado as ciências demonstram que o que se dá não é a mera substituição de um caminho enganoso por caminhos promissores de novas verdades (FOUCAULT, 2005).

Do ponto de vista epistemológico, a hipnose foi pensada como um meio de aproximação de vários aspectos teóricos e práticos vislumbrados pelas políticas e práticas de saúde, como a individualização do tratamento, a humanização do cuidado, a não medicalização, a melhoria da qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos (GREENLEAF, 2006).

No primeiro momento deste trabalho, uma pesquisa bibliográfica esboçou o processo de legitimação da hipnose, marcado por conflitos e perseguições contra seus aspectos subjetivos, na medida em que esses representavam uma afronta ao projeto das ciências modernas. Essa revisão crítica inicial ajudou a compreender as origens da hipnose e de seus mitos, advindos de um passado associado ao curandeirismo e conceitos distorcidos que se incorporaram às representações da hipnose, fazendo-a oscilar entre o que ela significa cientificamente e o que a sociedade entende por hipnose.

No segundo momento, um estudo qualitativo analisou os relatos de sete professores de hipnose, tratando de questões, tais como, a função da hipnose como ferramenta terapêutica, as suas concepções epistemológicas e os obstáculos para a difusão da hipnose como uma prática em saúde. Buscou-se compreender quais os fatores impedem a maior divulgação e aprendizado da hipnose por parte dos profissionais de saúde, além de se perseguir uma teoria da utilidade do uso da hipnose como meio para a promoção do bem estar e da saúde.

A compreensão da hipnose pelos profissionais que a exercem foi marcada por influência de duas vertentes principais: uma clínica e instrumental, que é mais difundida e há uma predominância dos aspectos técnicos; e outra psicoterapêutica, em que há uma maior preocupação com os aspectos humanos da relação terapêutica e com o desenvolvimento de estratégias psicológicas cognitivas e comportamentais.

Considerou-se que os profissionais assumem que há ainda um predomínio da visão mítica e mística da hipnose, sobretudo proveniente da população em geral, enquanto que entre psicólogos e médicos predominam restrições conceituais associadas às teorias psicanalíticas e behavioristas. A carência de bibliografia de boa qualidade e de treinadores cientificamente capacitados para ensinar e pesquisar a hipnose no Brasil, foram apontados como os principais responsáveis pelas deficiências na formação nesta área terapêutica.

No campo da saúde coletiva, a hipnoterapia parece oferecer soluções para minimizar o distanciamento nas relações terapêuticas do modelo biomédico e implementar a promoção da saúde, seja pela incorporação de suas técnicas aos tratamentos convencionais, ou pela mudança de mentalidade que ela pode exercer, destacando a importância da influência psicológica que muitas vezes são ignorados. Sugerem-se novos estudos para ampliar a compreensão de outras variáveis que relacionadas ao uso da hipnose na saúde coletiva.

2 OBJETIVOS

Compreender como a hipnose foi tomada como objeto de estudo histórico e epistemológico no campo da saúde transformando-se em uma prática de saúde, e que fatores dificultam sua divulgação e aprendizado por parte dos profissionais de saúde.

Delinear uma teoria da utilidade do uso da hipnose como estratégia para a promoção do bem estar, da saúde e para a humanização dos cuidados.

Analisar os relatos de professores de hipnose sobre a utilidade da hipnose como uma ferramenta terapêutica e suas correlações conceituais e práticas com o campo da saúde coletiva.

3 ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

3.1 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA

Esta pesquisa se inicia visando levantar as principais concepções científicas e históricas sobre o contexto e as circunstâncias que prepararam o terreno para o surgimento da hipnose. Essa pesquisa bibliográfica pretende traçar um panorama geral para a escolha das técnicas a serem utilizadas na coleta e análise dos dados da pesquisa de campo.

As hipóteses neste trabalho afirmam que as pessoas procuram entender o mundo em que vivem e trabalham. Elas constroem sentidos subjetivos para as suas vivências, direcionadas principalmente para determinados objetos ou coisas. Esses significados são diversos e múltiplos, levando o pesquisador à procura de uma complexidade de visões, ao invés de reduzir os significados em poucas categorias e idéias (CRESWELL, 2007).

Inicialmente esta revisão pretendia descrever apenas a epistemologia da hipnose, ou seja, o seu trajeto de saber à disciplina (FOUCAULT, 2005), no entanto, sentiu-se a necessidade de apresentar uma breve historiografia, a fim de situar o leitor com as novas perspectivas apresentadas neste trabalho, uma vez que a hipnose se tornou um objeto repleto de significados múltiplos e de distorções conceituais que muitas vezes foram incorporadas acriticamente por outras teorias psicológicas (NEUBERN, 2005).

Parte-se do pressuposto de Faé (2004, p.410) “de que toda sociedade engendra discursos, porém tem sua produção controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certos números de procedimentos que têm por função evitar seus poderes e perigos”. Por ser um fenômeno psicológico, carregado de subjetividade e que se confundia com obscurantismos religiosos, a hipnose representou em muitos momentos de sua história uma ameaça ao projeto da ciência moderna, fato que pode ter conduzido a movimentos de desacreditá-la e marginalizá-la (CHERTOK; STENGERS, 1990; NEUBERN, 2001, 2006).

Por isso, optamos por reconstruir, em parte, essa história e acrescentar novo olhar emergente que questiona algumas teorias dominantes que assumiam a epistemologia da hipnose como um mero avançar progressivo e linear da ciência, partindo de obscuridade de teorias leigas e místicas para a luz da razão científica.

A variedade de evidências científicas que confirmam a eficácia da hipnose em diferentes áreas da saúde, acumuladas nos últimos 50 anos (BADRA, 1987; BARBER, 2000; NASH, 2000; OAKLEY, 2006; SPIEGEL, 1996) embasam, atualmente, o questionamento sobre ceticismos do passado, que poderiam ser fruto de preconceitos e outros interesses que não o científico (NEUBERN, 2001, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008d; O'HANLON, 1994).

Seguindo essa linha de raciocínio, no segundo momento deste trabalho, partimos para uma pesquisa de campo, subsidiada por uma abordagem qualitativa, uma vez que esta se enquadra no propósito de trabalharmos diretamente com os nossos informantes, buscando reconhecer nas suas narrativas as concepções e opiniões sobre o objeto investigado, o qual não poderia ser obtido a partir de um trabalho de abordagem unicamente quantitativa.

A pesquisa qualitativa se fundamenta ao máximo nas percepções que os participantes possuem da situação que está sendo estudada. As questões se tornam amplas e gerais, de forma que os participantes possam construir o significado de uma situação, um significado tipicamente elaborado em discussões ou relação com outras pessoas. Quanto mais abrangente for o questionamento, melhor, pois o pesquisador registra cuidadosamente o que as pessoas relatam, ou observa o que elas fazem em seu ambiente. Em geral, esses sentidos subjetivos são negociados social e historicamente (CRESWELL, 2007).

Em outras palavras, eles não só ficam marcados nas pessoas, mas são constituídos a partir de interações com outras pessoas e através de regras históricas e culturais que operam em suas vidas. Portanto, os pesquisadores construtivistas sempre abordam os “processos” de interação entre as pessoas. O pesquisador reconhece que a sua própria subjetividade influi na interpretação e “posiciona-se” na pesquisa de modo a reconhecer como sua interpretação segue a partir de suas próprias experiências individuais, culturais e históricas (CRESWELL, 2007).

Como consequência das interpretações dentro do campo da saúde, pode-se estender essa categoria à dimensão do adoecimento, da saúde, da terapêutica, e das visões de mundo que informam ao indivíduo tanto suas ações práticas quanto as suas concepções a respeito do binômio doença e saúde (WAGNER, 1994). Assim, de acordo com Minayo (1992, p.196), algumas consequências podem ser apontadas:

Esse binômio constitui metáforas privilegiadas de explicação da sociedade; Esse binômio possui um status privilegiado enquanto representação significativa, vinculada à própria existência humana e à idéia de vida e morte; expressa atitudes, comportamentos e visões de mundo. Saúde/doença é um fenômeno com um esquema interno de explicações, relativamente autônomo dentro da sociedade, com uma concentração de poder e de saber nas mãos de grupos sociais dominantes, passando assim pelas contradições sociais da sociedade capitalista.

3.2 AMBIENTE E PERÍODO DA PESQUISA

O ambiente profissional foi escolhido por se tratar de um espaço onde se pôde ter acesso a informantes privilegiados, neste caso, professores de hipnose, uma vez que a formação profissional em hipnose no Brasil carece de uma normatização específica. Por isso, foi realizado um mapeamento dos Institutos Milton Erickson no Brasil, filiais de um dos principais institutos internacionais de formação em hipnose, *The Milton Erickson Foundation*, com sede em Phoenix, no Arizona.

O contato com os informantes foi realizado através do correio eletrônico, uma vez que a internet proporcionou o melhor meio para a localização dos informantes. Além disso, Crystal (2001), em seus estudos sobre a linguagem no meio digital, destacou que a internet revolucionou a maneira de interação lingüística. “O *ciberspaço* difundiu novos hábitos de produção textual abrindo múltiplas possibilidades interativas (e-mail, chats, newsgroup, blogs, etc.) impossíveis de imaginarmos em meios de comunicação anteriores” (CARVALHO, 2005, p.2).

A maneira como se organiza o meio eletrônico desenvolve uma estrutura semiótica de comunicação em que a interatividade é colocada em primeiro plano e entendida como condição central. É definida como comunicação mediada pelo computador as aplicações dos computadores para a comunicação interpessoal direta. Nesta situação, o computador funciona como mediador e veículo, está em primeiro plano o contato entre interlocutores humanos. No âmbito informatizado, a comunicação mediada por computador constitui-se como espaço privilegiado em que se manifestam diversos gêneros discursivos (CARVALHO, 2005).

Os dados sobre as filiais brasileiras foram coletados do *website* oficial da *The Milton Erickson Foundation*. Se constatou que, no Brasil, existem catorze filiais do Instituto Milton Erickson, instituição sem fins lucrativos que tem como missão a divulgada “promover e

fazer avançar as contribuições às ciências da saúde do falecido Milton H. Erickson, MD, graças à formação de profissionais da saúde mental e profissões da saúde em todo o mundo” (THE MILTON H. ERICKSON FOUNDATION, 2008).

Foram enviados vinte e quatro (24) mensagens para os representantes dos respectivos institutos, conforme informação oficial que consta no *website* da Fundação Milton Erickson. Desse total, apenas cinco responderam à carta de apresentação e se prontificaram em participar da pesquisa.

A fim de que os relatos se tornassem mais heterogênea, não representando apenas uma linha única de pensamento, foi realizada uma busca pelas Sociedades de Hipnose Médica, no *Google*, e enviados outros doze (12) mensagens para Formadores citados nos dessas instituições, ou que mantinham suas próprias empresas anunciando cursos de formação em hipnose, mas não se obteve respostas, apesar de algumas dessas instituições aproveitarem para incluir o endereço eletrônico do remetente nas suas listas de notificação de cursos.

Uma nova busca foi realizada, dessa vez nos grupos de discussão sobre hipnose do *Yahoogrupos*, com o objetivo de contatar outros formadores em hipnose tradicional, ou clássica. Por este procedimento se conseguiu a adesão de outros dois informantes e de três psicólogos que usam a hipnose na prática clínica e se dispuseram a participar.

Foi decidido, no entanto, manter apenas os formadores, sendo que um deles trabalhava com hipnose de palco e não possuía formação acadêmica na área da saúde, no entanto, ministra cursos regulares de hipnose para profissionais de saúde e participa de atendimento hospitalar em São Paulo. O outro formador incluído foi uma das grandes referências em hipnose clínica e hospitalar, durante as décadas de 1970 a 1980, no Brasil. Acreditamos que sua participação de ambos poderia deixar o grupo mais heterogêneo e servir de contraponto para a maioria representante da linha ericksoniana.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Apesar do número cada vez mais expressivo de instituições que anunciam cursos de hipnose através da internet, são poucas as que possuem profissionais de saúde ministrando cursos. Das instituições e profissionais contatados, menor ainda foi o número de retorno e de

interesse de participar da pesquisa. Esse fato também se reflete no fato da hipnose ser um procedimento pouco habitual em investigações no Brasil (LOPES; NATIONS, 2007).

No total, foram retornadas dez (10) entrevistas por correio eletrônico, sendo que sete (7) destas eram de formadores em hipnose. Ao final, assim ficou composto o grupo de informantes: sete (7) profissionais formadores. Deste grupo cinco (5) ensinam e praticam a hipnose ericksoniana e dois (2) ensinam e praticam a hipnose clássica, ou de outra influência. Dos profissionais não ericksonianos, o primeiro usava e ensinava a hipnose clássica e hospitalar; o segundo, iniciou sua carreira profissional com shows de hipnose e atendimentos clínicos como hipnólogo.

3.4 COLETA DE DADOS

Após o contato inicial com os pesquisadores, convidando a participação na pesquisa através da Carta de Apresentação (Apêndice C), foi solicitada a escolha de um dos seguintes meios para a coleta das informações: Correio Eletrônico, *Chat* (MSN ou SKIPE), ou por telefone. A escolha do meio foi influenciada pela impossibilidade de um contato presencial com os informantes, uma vez que eles residiam nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país. Todos os informantes que se disponibilizaram a participar optaram pelo correio eletrônico como meio de transmissão das informações, ainda que dois dos informantes tenham entrado em contato telefônico para confirmar a participação e agradecer o convite.

A fim de se estabelecer uma relação entre o estudo teórico e o estudo de campo, uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B), com vinte e uma questões-abertas, foi elaborada para a coleta de dados dos informantes e enviada por correio eletrônico, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), no qual foi explicitado o objetivo da pesquisa, a garantia de que a identidade não seria revelada e de que poderia desistir de participar como informante a qualquer momento, se julgasse oportuno.

A entrevista foi dividida em quatro temas: trajetória, com questões sobre a formação dos informantes; concepções, que abordava questões sobre compreensão da hipnose; aplicabilidade, que se pautava no uso da hipnose; e saúde coletiva, que questionava sobre as inter-relações da hipnose com a saúde coletiva.

A entrevista foi escolhida como técnica de coleta de dados porque permitia o relato dos participantes sobre os tópicos específicos da pesquisa, oferecendo maior flexibilidade na coleta das repostas, o que enriqueceria ainda mais os tópicos abordados. Alguns informantes foram contatados mais de uma vez, após o envio das informações. Os contatos adicionais ajudaram a esclarecer alguma dúvida, ou questão que não tivesse ficado clara nas suas respostas.

Como propõe Minayo (1992), no roteiro de entrevista devem constar apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica e deve responder às seguintes condições: Cada questão que se levanta deve fazer parte do delineamento do objeto, e todas elas devem se encaminhar para lhe dar forma e conteúdo; Deve permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não restringi-la; Deve contribuir para fazer emergir a visão, os juízos e as relevâncias com respeito aos fatos e às relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Por ser a pesquisa qualitativa emergente em vez de estritamente pré-configurada, muitos aspectos novos podem aparecer no decorrer do estudo qualitativo, o que pode implicar em modificações das questões para que se tornem mais apuradas à medida que o pesquisador encontra as perguntas certas e a quem deve fazer (CRESWELL, 2007).

Durante a coleta de dados o pesquisador pode ajustar suas estratégias de coleta diante de facilidades ou dificuldades encontradas. O pesquisador deve buscar um meio para descobrir os melhores locais que o ajudem a compreender o fenômeno central de interesse. A teoria ou padrão geral de entendimento aparecerá à medida que ela começa a produzir os códigos iniciais, desenvolvendo-se em temas mais extensos e resultando em uma teoria fundada na realidade ou numa compreensão ampla. Essas características do modelo de pesquisa que se descobre, dificultam a pré-configuração estrita da pesquisa qualitativa na proposta, ou nas etapas iniciais da pesquisa (CRESWELL, 2007).

A pesquisa qualitativa é basicamente interpretativa. Isto significa que o pesquisador faz uma interpretação dos dados, chegando a conclusões singulares que não podem ser obtidas de maneira padronizada como nas análises matemáticas. Isso inclui o desenvolvimento da descrição de uma pessoa ou de um cenário, análise de dados para

identificar temas ou categorias e, finalmente, fazer uma interpretação ou tirar conclusões sobre seu significado, pessoal e teoricamente, citando o que foi aprendido e fazendo com que surjam mais questionamentos. Tal procedimento evidencia que o pesquisador seleciona os dados através de uma ótica pessoal, situada em um determinado momento sócio-político e histórico específicos. Não é possível evitar as interpretações pessoais na análise de dados qualitativos, embora este objetivo sempre deva ser pretendido (CRESWELL, 2007).

A meta do pesquisador é compreender ou interpretar os significados que as outras pessoas têm para o mundo. Ao invés de começar com uma teoria, os pesquisadores criam ou produzem instintivamente uma teoria ou um padrão de significado (BRUNER, 1991; CRESWELL, 2007).

Para tanto, após a leitura dos dados coletados, foi adotada a técnica de sistematização proposta por Creswell (2007), o material foi organizado, a fim de se obter um sentido geral das informações, em seguida, foi feita a codificação, separando-o em grupos, transcrevendo as narrativas para transmitir os resultados da análise e, por fim, foram realizadas as interpretações e discussões sobre os mesmos.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos foram observados nesta pesquisa, nos termos da Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos bioéticos na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos; deixamos expresso que todos os princípios ali capitulados foram observados. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (Conforme Anexo I), respeitando os termos da Portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os informantes incluídos neste estudo tiveram sua participação efetivada após o esclarecimento do estudo, não havendo remunerações de quaisquer naturezas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) foi enviado junto com as questões da entrevista, sendo, portanto, a resposta ao formulário dependente da concordância com o termo. Os nomes dos informantes foram mantidos sob sigilo e os dados usados para fins desta pesquisa, ou publicação de artigo com os resultados obtidos.

4 O PERCURSO DAS PRÁTICAS DE CURA PELA SUGESTÃO

Este capítulo busca compreender a partir de uma investigação bibliográfica exploratória a temática da sugestão, visando levantar as principais concepções científicas e históricas sobre o contexto e as circunstâncias que prepararam o terreno para o surgimento da hipnose e sua transformação em uma prática de saúde.

O termo “cura pela sugestão” foi usado para destacar os métodos de cura populares do passado que dependiam, exclusivamente, da aplicação ou do uso de palavras, gestos ou toques, sem que fossem empregados quaisquer elementos naturais, ou que os mesmos, caso utilizados isoladamente, se mostrassem isentos de ação terapêutica. Esta definição é importante, uma vez que foi somente a partir da segunda metade do século XVIII que a ciência moderna tomou conhecimento da “sugestão” como uma realidade psicológica (LERÈDE, 1984), até então as explicações se fundamentavam em outras fontes conhecimentos.

Este resgate histórico vem de encontro ao que defende Tavares de Souza (1996), quando afirma, que a ciência não pode prescindir do conhecimento do seu passado próximo ou remoto, pois é o seu modo histórico de formação, a sua própria ontogenia. A análise desse passado deve-se fazer à luz dos conhecimentos atuais, mas levando sempre em conta as circunstâncias científicas, culturais e sociais do meio e da época em cada caso. Uma vez que o progresso da ciência pode permitir ao historiador examinar os dados disponíveis sob novos aspectos para compreender e apreciar melhor o pensamento e a ação das figuras que estuda (BACHELARD, 2006).

É comum que as versões dominantes do conhecimento científico, inspiradas pelo projeto moderno de ciência, se apresentem de forma linear e progressiva, em que o passado de erros e mitos pré-científicos seja substituído por sistemas científicos e triunfantes (FOUCAULT, 2005; MORIN, 1983, 2000; NEUBERN, 2006, 2008c). Um fenômeno que Bachelard descreve como “instinto conservativo” ocorre quando “Chega o momento em que o espírito prefere o que confirma seu saber àquilo que o contradiz, em que gosta mais de respostas do que de perguntas. O instinto conservativo passa então a dominar, e cessa o crescimento espiritual.” (2006, p.12), indo contra o própria natureza do espírito científico e transformando-se em um obstáculo epistemológico.

Na primeira parte deste trabalho, se descreve o problema numa perspectiva historiográfica, a fim de que se torne mais inteligível, partindo de uma abordagem mais geral, no início, para um objeto mais específico, no final, de acordo com a própria evolução dos conceitos sobre a cura sugestiva, e o posterior surgimento da hipnose na modernidade.

Ao destacar a importância histórica das curas sugestivas, pretende-se expor a existência de um espaço paradigmático (KUHN, 2006; MORIN, 2000), pouco compreendido pela ciência e que parece ser o local onde processos de cura podem ser “otimizados”, facilitados, ou mesmo despertados (GREENFIELD, 1987; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; JAMES, 1902; KRIPPNER, 2007; MASON, 1952; OKEN, 2008; ROSSI, 1997).

O estudo da medicina, principalmente quando se investiga as curas pela sugestão, pode ajudar a esclarecer como os aspectos humanos podem se tornar ferramentas terapêuticas capazes de curar doenças, ou diminuir o sofrimento apenas aprimorando as habilidades psicológicas. Pois, embora o conhecimento científico seja progressista, todavia, nem sempre a evolução dos conhecimentos pode se traduzir por uma curva continuamente ascendente. Há interrupções, retrocessos, colapsos e recomeços que tornam o mais recente nem sempre o melhor, ou mais verdadeiro (FOUCAULT, 2005; MORIN, 1983, 2000, 2002; PUTTINI, 2008; TAVARES DE SOUSA, 1996).

Das práticas de cura pela sugestão do passado, progressivamente, iniciou-se o desenvolvimento prático e conceitual da hipnose na modernidade. Este percurso reflete a dinâmica busca pela delimitação do espaço de intervenção nos corpos como monopólio, seja da Igreja, no medieval, ou da medicina, na modernidade, contra o “curandeirismo” e contra os “charlatões”, colocando em evidência as constantes negociações com várias espécies de poder (CAMARGO JR, 1995; FOUCAULT, 2000, 2004).

Para melhor contextualizar a evolução dessas concepções médicas, utilizou-se a distinção proposta por Tavares de Sousa (1996) e Bachelard (2006), que dividem a História da Medicina em duas grandes fases: a primeira fase pré-científica, que compreende as medicinas: empírica, religiosa e mágica; e a segunda, científica, proveniente de um novo pensar, uma nova cultura, fundamentada na ciência moderna, na qual a ciência mecanicista se constitui como núcleo de uma nova racionalidade, rompendo, definitivamente, com as estruturas medievais baseadas numa razão teológica (BRAGA; GUERRA *et al.*, 2005).

4.1 O PERÍODO PRÉ-CIENTÍFICO

Este período compreende a Antigüidade clássica e os séculos de renascimento e de novas buscas, que vão dos séculos XVI ao XVIII (BACHELARD, 2007).

Segundo Canguilhem (2000), desde o passado remoto até os dias atuais, as concepções das doenças oscilam entre duas vertentes teóricas: a ontológica e a dinâmica. A primeira ressalta qualquer doente como um homem aumentado ou diminuído em algo. “O que o homem perdeu pode lhe ser restituído, o que nele entrou, pode sair. Mesmo se a doença é sortilégio, encantamento, possessão demoníacas, pode-se ter a esperança de vencê-la.” (p.19).

A concepção dinâmica, que tem seu marco na medicina hipocrática grega, ao contrário, oferece uma explicação não mais localizada, mas totalizante. A natureza tanto no homem como fora dele é harmonia e equilíbrio, sendo a doença uma perturbação a esse equilíbrio natural. A causa das doenças seria uma desarmonia nos quatro humores corporais (GORDON, 1997; TAVARES DE SOUSA, 1996). “A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura” (CANGUILHEM, 2000, p.21).

4.1.1 Práticas de cura na Antigüidade ao século XVII

A ausência de conhecimento profundo e sistematizado sobre a fisiologia do organismo e de formas eficientes para se combater a dor e as doenças, marcou a soberania das práticas de cura pela sugestão até a descoberta dos primeiros anestésicos químicos e da penicilina.

Uma das primeiras técnicas empregadas pelo homem no tratamento das doenças foi a cura pela imposição das mãos, chamada pela civilização Assíria Babilônica de “cura milagrosa pela carícia magnética”. No Egito Antigo, era simbolicamente representada pelas mãos da Deusa Ísis, a senhora da magia, invocada nas antigas escrituras como uma deusa da cura, restauradora da vida e fonte de ervas curativas. Ísis era venerada pelos egípcios como a senhora das palavras de poder, cujos encantamentos faziam desaparecer as doenças (LERÈDE, 1984; PRADO, 1967).

Atribuíam-se aos imperadores bizantinos e carolíngios, assim como aos santos da Igreja Católica o poder de cura pela imposição das mãos. A importância dada às mãos nesse tipo de terapêutica era alta, visto que delas surgiu a etimologia da palavra “médico”. Uma referência a Hércules, também conhecido como “daktylos”, que significa dedos, e, portanto, o termo latino *medicus* à Academia de Ciências de Paris que não significa outra coisa, senão, *dedo médio* (THOMAS, 1991).

Durante a Idade Média, a razão teológica se torna o guia do pensamento, da moral e da justiça, na sociedade européia. Para a Igreja Católica a ação sobrenatural era uma possibilidade, mas que só poderia emanar de duas fontes possíveis: de deus, ou do diabo. E com exceção das graças obtidas nos rituais litúrgicos, ou da atividade curativa dos Santos, todo o restante era considerado diabólico e, portanto, abominável (THOMAS, 1991).

Os curandeiros tinham que alcançar um resultado por meios puramente naturais, ou dirigidos por Deus, caso contrário poderiam ser acusados de conjuração e de aliar-se a Satã, crime pago com penas de tortura e execução (FOUCAULT, 2004; LEVACK, 1988). Todavia era o estatuto do que seria “natural” que guiava a interpretação da Igreja e dos estudiosos sobre a qualidade dos procedimentos de cura. As interpretações que se estenderam por toda Idade Média, e Moderna pré-iluminista, estavam baseadas em interpretações das obras de Platão (428-347 a.C.) e de Aristóteles (384-322 a.C.) (THOMAS, 1991).

Durante a Idade Média, até por volta do século XVII, os clérigos da Igreja Católica que fossem influenciados pelo neoplatonismo, estariam dispostos a julgar como provenientes de causas naturais uma gama maior de atividades do que seus confrades, adeptos da visão aristotélica da matéria, e muito menos flexíveis. Para Aristóteles nada poderia agir à distância e o que estava em jogo não eram apenas diferenças de princípios religiosos, mas de uma visão do mundo natural. O ressurgimento do platonismo, a última escola de filosofia pagã antiga, alimentou a tendência a apagar a diferença entre espírito e matéria. Em vez de ser considerada inanimada a própria Terra era vista como uma coisa viva (ABBAGNANO, 1999; THOMAS, 1991).

Nesse contexto, porém, surgiu um tipo de tratamento diferenciado que recebeu atenção especial das monarquias européias, mas que se manteve relativamente afastado da explicação religiosa tradicional, foi chamado de “Cura pelo Toque do Rei”.

4.1.2 A Cura pelo toque do rei (séculos XIII – XVII)

A cura pelo toque real foi a primeira forma de tratamento conhecida no Ocidente em que se concedia uma pródiga indulgência oficial. Ela se popularizou por vários países Europeus e, segundo Faria (1979), foi iniciada na Inglaterra por Eduardo I, o Confessor, rei da Inglaterra da dinastia Plantageneta entre 1272 e 1307. Entretanto, o cerimonial completo só foi estabelecido no reinado de Henrique VII (1457-1509). Apenas nos anos posteriores à Revolução de 1688, foi que a cerimônia começou a declinar (THOMAS, 1991).

E assim se dava o procedimento de cura real:

Num ofício religioso especial conduzido pelos membros mais importantes do clero anglicano, o monarca depunha suas mãos sobre cada membro da longa fila de sofredores. Os pacientes se aproximavam um a um e ajoelhavam-se perante o monarca, que os tocava levemente no rosto, enquanto um capelão lia em voz alta o versículo de são Marcos: “Eles porão mãos sobre os doentes e eles se recuperarão”. A seguir retrocediam e avançavam de novo, para que o rei pudesse colocar em seus pescoços uma moeda de ouro pendurada numa faixa de seda branca (THOMAS, 1991, p.67)

A partir do século XIII, até meados do século XVII, por toda Inglaterra as autoridades paroquiais levantavam recursos para levar os doentes de escrófula – uma inflamação tuberculosa das glândulas da garganta, geralmente causada pela ingestão de leite estragado – para Londres, em busca da cura pelo toque do rei (THOMAS, 1991).

Dados da época apontam que Eduardo I tocou mais de mil doentes por ano no final do século XIII, Carlos II atendeu a mais de 90 mil doentes de 1660-4 e 1667-83. E em Maio de 1682 e Abril de 1683, atingiu o ápice de 8577 pacientes no Registro de Cura do Rei, o que representava quase metade da população (THOMAS, 1991).

Fazia-se grande defesa do valor terapêutico do toque real. O cirurgião Richard Wiseman declarou ter presenciado centenas de curas e afirmou que Carlos II curou, num único ano, mais doentes “do que todos os cirurgiões de Londres em uma vida inteira.” (THOMAS, 1991).

Na metade do século XVI, na Inglaterra, a expectativa de vida da população era baixa, as estatísticas mais otimistas situavam a expectativa de vida em quarenta e cinco anos, enquanto que as mais pessimistas falavam em vinte e nove anos (THOMAS, 1991). No entanto, mesmo os que escapavam das moléstias causadas por doenças e deficiência

alimentares estavam condenados a uma vida de dores físicas intermitentes, pois as fontes literárias sugerem que muitas pessoas sofriam de um ou outro mal crônico.

Os ricos e os pobres eram igualmente vítimas das infecções provocadas pela falta de higiene, desconhecimento de anti-sépticos e falta de saneamento básico. No século XVII, as epidemias foram responsáveis por 30% das mortes em Londres. Havia surtos periódicos de gripe, tifo, disenteria e varíola (THOMAS, 1991, p.21):

No século XVI e início do século XVII, os médicos formados nas universidades recebiam um ensino puramente acadêmico sobre os princípios de fisiologia dos humores, tais como apresentados nas obras de Hipócrates, Aristóteles e Galeno. Aprendiam que a doença surgia de um desequilíbrio entre quatro humores (o sangue, a fluegma, a bílis amarela e a bílis negra).

Os médicos do século XVII eram incapazes de diagnosticar ou tratar a maioria das doenças, sem falar que, como declarou o bispo Latimer, em 1552, a medicina “é um remédio preparado apenas para as pessoas mais ricas, e não para os pobres...” (TAVARES DE SOUSA, 1996, p.23).

Alguns reis atribuíam à propriedade curativa de suas pessoas, ao dom específico de Deus, ou à eficácia das palavras. O fato é que fosse o curador um rei, um membro do clero, ou um curandeiro popular, ter prestígio mostrava-se ser um dos elementos fundamentais para a eficácia de sua terapêutica (THOMAS, 1991).

Já os racionalistas defendiam que as curas se deviam mais a influência da imaginação do que da virtude do toque, ou de alguma intervenção divina. Nessa época, o pensamento do cristianismo medieval era predominantemente mágico, uma vez que as pessoas acreditavam na sua capacidade de produzir efeitos físicos à distância, por meio do uso de fórmulas mágicas, simpatias e amuletos (LEVACK, 1988).

A terapêutica mágica encontrava respaldo nas idéias médicas e filosóficas de Ibn Sina (980-1037), conhecido na cultura ocidental como Avicena, célebre filósofo e médico persa. As suas obras, escritas no século X, defendiam que a imaginação humana possuía poderes e força capazes de atuar diretamente sobre o funcionamento corporal: “Pela palavra, pela vontade e pela persuasão – afirmava Avicena – muitos padecimentos podem ser curados.”(AVICENA apud FARIA, 1979, p.5).

Com a invenção da imprensa pelo alemão, Johannes Guttenberg (1390-1468), se deu início ao desenvolvimento de uma tecnologia que teria um impacto social profundo nas décadas subsequentes. Com a maior difusão dos livros e das idéias, surgiu o movimento da Reforma Protestante, que proclamava a autonomia da consciência individual e postulava um relacionamento direto entre o homem e Deus, removendo muitos intermediários religiosos que o catolicismo medieval havia estabelecido entre eles. Desenvolveu-se, assim, a idéia de que cada crente era um sacerdote que, pela leitura da Bíblia, poderia adquirir fé, por si só, e obter a salvação (LEVACK, 1988).

A cura pelo toque do rei começou a entrar em decadência a partir de 1681, e foi sendo progressivamente abandonado. O enfraquecimento do absolutismo teocêntrico possibilitou a difusão de novas idéias e terapêuticas sugestivas, como a “Magnetoterapia”, uma técnica de aplicação de metais sobre o corpo para tratamento das doenças (BINET; FÉRÉ, 2008).

4.1.3 Exorcismos e a medicina magnética no século XVIII

A teoria mais recente dessa época que justificava o uso de ímãs no tratamento das doenças era o *Sistema da Simpatia Magnética*, de Paracelso (1493-1541). As suas obras eram consideradas uma verdadeira revolução teórica na medicina do século XV. Ele acreditava que se os ímãs eram capazes de atrair partículas de ferro, talvez também fossem capazes de atrair certas enfermidades psíquicas (BINET ; FÉRÉ, 2008; GEZUNDHAJT, 2007; PRADO, 1967).

O ímã se tornou o representante maior do psiquismo, pois sua capacidade de atração e repulsão invisíveis funcionava como prova empírica da sua “força psíquica”. “O ímã atrai o ferro morto, inerte; é capaz, com subjetividade única, de manifestar uma espécie de volição pessoal em relação àquilo que é pura objetividade.”(PRADO, 1967, p.2).

A idéia de que as doenças seriam um elemento estranho, e que poderiam ser atraídas e transferidas de um portador a outro, são muito antigas e faziam parte da cultura médica popular de tempos imemoráveis. Eram abundantes os relatos de benzedeiros, feiticeiros e curandeiros que afirmavam sentir os mesmos sintomas do doente que estavam tentando curar (THOMAS, 1991).

No campo intelectual, o estudo da magia foi um fenômeno europeu que surgiu somente na Renascença florentina com o platonismo de escritores como Ficino e Pico della Mirandola, difundindo-se para o Norte da Europa através das obras de Paracelso e Cornelius Agrippa (PRADO, 1967). Como para os seguidores do neoplatonismo não havia uma separação clara entre corpo e espírito, ou orgânico e mental, a magnetoterapia funcionava como um tratamento para qualquer tipo de doença.

O ímã cura os fluxos dos olhos, dos ouvidos, do nariz e das articulações externas; por este mesmo método se curam as úlceras, as fístulas, o câncer e os fluxos mentruais. Também contribui para resolver as fraturas e cura a icterícia e a hidropsia, segundo a prática me tem demonstrado com freqüência (PRADO, 1967, p.7).

A doutrina de Paracelso explicava ainda que em cada pessoa havia um *arqueos* que constituiria sua atividade vital. Ela afirmava a existência de um “fluido vital simpático” emanado dos corpos celestes e que também se fazia presente nas criaturas vivas, promovendo a comunicação dos *arqueos* de diferentes seres vivos (ELLENBERGER, 1970). Todo homem, portanto, teria uma virtude atrativa e oculta, um *magnês* (força psíquica) que lhe permitia, se são, atrair o *magnês* das pessoas doentes e, dessa forma, atuar sobre o princípio da atividade vital dos doentes, seus *arqueos*. (ELLENBERGER, 1970; PRADO, 1967).

O uso dos ímãs, mesmo sendo considerado um método natural para a cura, quando nas mãos de um cidadão comum poderia ser motivo de acusação de conjuração em algumas regiões mais ortodoxas. Mas se o ímã fosse usado por um representante da Igreja, então, ele poderia se tornar um potente método terapêutico. Foi assim que o sacerdote alemão, conhecido por, Padre Gassner (1727-1779), usou seu prestígio pessoal para se dedicar a cura das doenças e se tornar um dos maiores curandeiros de sua época. A sua história se tornou um exemplo clássico entre o choque de valores da Idade Média com os novos ideais iluministas que começavam a despontar.

O Padre Gassner desenvolveu seu próprio sistema conceitual de saúde e classificou as doenças em dois tipos distintos: as de causas naturais, em que o melhor tratamento seria o médico (na época, consistia basicamente e se realizar sangrias); e as de causas sobrenaturais, que não poderiam ser curadas pela medicina. As doenças sobrenaturais foram divididas em: *circumsessio*: imitação de doenças naturais provocadas pelo demônio; *obsessio*: doenças

provocadas pelos encantamentos das bruxas e; *possessio*: a chamada possessão demoníaca (ELLENBERGER, 1970; FARIA, 1979; PRADO, 1967; WEISSMANN, 1978).

Para realizar o tratamento, Gassner usava uma vestimenta negra, típica de cerimônias sacerdotais, e se dirigia aos fiéis de maneira teatral, recitando palavras em latim. Assim descreveu Weissmann (1978, p.19), sua forma de atuação:

Entrando de maneira sensacionalista no aposento, padre Gassner toca uma jovem com o crucifixo, e essa, cai ao chão como que fulminada, em estado de desmaio. Ao proferir palavras em latim, a paciente reage instantaneamente. Em resposta à ordem “*Agitatur bracium sinistrum*”, o braço esquerdo da jovem começa a mover-se. E ao comando ríspido “*Cesset!*”, o braço se imobilizara voltando a posição anterior. Em seguida, o padre diz que ela está louca e, com o rosto horrivelmente desfigurado, a jovem corre furiosamente pela sala, manifestando todos os sintomas característicos da loucura. Bastou a ordem enérgica “*Pacet!*” para que ela se aquietasse como se nada tivesse acontecido de anormal. O padre Gassner nesta altura lhe ordena em latim, e a jovem pronuncia o idioma que normalmente lhe é desconhecido. Finalmente, Gassner ordena à moça uma redução nas batidas do coração. Um médico presente constata uma diminuição na pulsação e, ao comando contrário, o pulso se acelera, chegando a 120 pulsações por minuto. Depois, a jovem, estendida no chão, recebe a sugestão de que suas pulsações se iriam reduzir cada vez mais, até pararem completamente. Seus músculos iriam relaxar totalmente e ela morreria, ainda que apenas temporariamente. E o médico, espantado, não percebendo sequer vestígio de pulso ou de respiração, declara a jovem morta! O padre Gassner sorri confiantemente. Bastou uma ordem sua para que a jovem voltasse gradativamente à vida. E com o demônio devidamente expulso de seu corpo, sentido-se como nascida de novo, desperta agradece sorridente ao padre o milagre de sua cura.

O sensacionalismo na terapêutica de Gassner tinha a ver com sua concepção religiosa de saúde e doença, que simbolicamente representava a luta entre o bem e o mal. Mas as suas explicações passaram a ser ameaçadas pela nova ordem social que começou se intensificar nos grandes centros urbanos e culturais. O movimento iluminista se expandia condenando todas as idéias que se parecessem irracionais aos olhos da ciência, substituindo-as progressivamente por explicações lógicas e racionais (ZANGARI; MACHADO, 1996).

As marcas de intolerância e do absolutismo da Idade Média foram determinantes para a formação de uma nova mentalidade, um novo paradigma (BRUNER, 1991; KUHN, 2006; MORIN, 2000), que induziu os pensadores modernos a elaborarem um método de buscar a verdade banindo por completo os resquícios do pensamento medieval e suas características místicas e dogmáticas. Como destacam Braga, Guerra e outros (2005, p.15):

“Ao longo do século XVIII, os europeu aprofundaram ainda mais seu projeto de estabelecer uma nova forma de produção de conhecimentos. Iniciada no final da Idade Média, a chamada Revolução Científica tomou forma ao longo do século XVII. No decorrer do século seguinte ela se expandiu para diversas áreas do

conhecimento, fazendo nascer uma nova cultura, na qual a ciência mecanicista se constituía como núcleo de uma nova racionalidade, rompendo definitivamente com as estruturas medievais baseadas numa razão teológica.

As explicações maniqueístas de Gassner que se baseavam em um sistema conceitual religioso passaram a ser questionadas, mas, por outro lado, “como explicar as curas relatadas por milhares de pessoas que recebiam o tratamento de Gassner?” (ZANGARI; MACHADO, 1996, p.41).

Eis que estava para surgir nesse cenário uma das figuras mais controversas da história da medicina, Franz Friedrich Anton Mesmer (1734 – 1815). Mesmer era um filho autêntico do pensamento iluminista e originou novas idéias e técnicas de cura oferecendo uma explicação alternativa e mais racional do que as propostas por Gassner. Enquanto o padre obtinha sucesso e fama como grande curador que personificava as forças da tradição teológica, mas que se chocava contra o espírito do Iluminismo, Mesmer nutre grandes anseios para o futuro de seu novo método de tratamento e modelo conceitual. A sua abordagem era instrumental e, por isso, ele acreditava que tudo estava propício para a obtenção de uma revolução científica que tinha em mente (ELLENBERGER, 1970).

4.1.4 Entre a ciência e a magia: o Magnetismo Animal (1750 – 1840)

Anton Mesmer nasceu em 1734, em Iznang, uma pequena vila próxima ao Lago Constance, na Alemanha. Foi o terceiro de nove filhos e, aos dezoito anos, ingressou na Escola Jesuíta de Teologia, em Dillingen. Dois anos depois, foi para a Universidade Jesuíta de Ingolstadt, onde estudou por três anos teologia e filosofia. Em 1759, ingressou no curso de Direito, em Viena, mudando, no ano seguinte, para medicina (ELLENBERGER, 1970; ZWEIG, 1932).

Em 1766, aos trinta e três anos de idade, Mesmer defendeu sua dissertação, intitulada *Dissertatio Physico-Medica De Planetarum Influxu in Corpus Humanum*, onde alegava a existência de um fluido sutil, emanado dos planetas e presente em todo universo. Sua tese defendia que esse “fluido magnético” poderia causar a doença, caso sua distribuição estivesse desequilibrada no organismo. No entanto, a saúde poderia ser restaurada por meio da intervenção de um médico magnetizador, que aplicaria o magnetismo animal, fazendo

com que o fluido do seu próprio se transmitisse para o doente, restabelecendo o equilíbrio e curando a doença (ELLENBERGER, 1970).

Em 1767, Mesmer se casou com a viúva rica, Maria Anna Von Bosch, e se estabeleceu em Viena como médico. Sem preocupações financeiras, ele se tornou um diletante erudito, levando uma vida faustosa e se dedicando ao estudo das artes, ciência e da música, tornando-se um das primeiras pessoas a tocar a “glass harmônica”, um instrumento musical composto de pratos de cristais e que, mais tarde, seria usado nas sessões de magnetismo animal.

A sua casa era considerada local de referência, um centro de arte e da ciência. Localizada perto do Rio Danúbio e com um belo teatro entre os jardins, decorado por obras de arte. Lá foi realizada, pela primeira vez, a ópera *Bastien et Bastienne*, em 1768, escrita pelo jovem Mozart, com apenas doze anos de idade (ELLENBERGER, 1970). Algumas vezes o próprio Mesmer atuava como ator amador, impressionando com sua voz de tenor.

Nesta época, a ciência passou a interessar a todos os homens cultos, enquanto Mesmer se dedicava ao estudo das mais recentes descobertas da geologia, física, química, matemática e os progressos da filosofia abstrata (LERÈDE, 1984). Ser versado em ciências representava, além de status social, um modismo entre a burguesia e a nobreza. Como destacou Mangin, “Se, outrora, bastava a um cavalheiro ter voz agradável e belo porte para ser apreciado nos salões, hoje vê-se ele obrigado a ter alguma noção sobre Réaumur, Newton, Descartes.” (1752 *apud* BACHELARD, 2007, p.32).

Embora houvesse defendido sua dissertação em 1766, o interesse de Mesmer na prática terapêutica só iniciou em 1773, após uma conversa com o padre jesuíta e astrólogo, Maximiliano Hell (1720 – 1792), a quem lhe foi confiado a preparação de um ímã para aplicação em uma estrangeira enferma, de passagem por Viena (ELLENBERGER, 1970; WEISSMANN, 1978).

A partir daí, o próprio Mesmer passou a tratar a jovem paciente Oesterlin, de 29 anos. Para sua admiração, descobriu que após a aplicação do ímã em algumas partes do corpo as dores haviam cessado por completo. Ele acreditou que as curas não se deviam à aplicação isolada dos ímãs, como explicava a doutrina de Paracelso, mas ao acúmulo do fluido magnético que ele transferiu para a paciente, o magnetismo animal.

Empolgado com as descobertas iniciais e com espírito investigativo, Mesmer viajou para a Suíça, em 1775, onde obteve êxito terapêutico no tratamento de pacientes dos hospitais de Berna e Zurich, dissipando assim dúvidas existentes sobre a eficácia do magnetismo animal. Ainda nesse mesmo ano, em Munique, ele é nomeado membro da Academia de Ciências de Bavária. Na ocasião é convidado pelo Príncipe Elector para expor a sua terapêutica magnética – que ele demonstra fazendo aparecer e sumir vários sintomas nos pacientes, inclusive convulsões, com um simples toque do seu dedo – e para dar seu parecer sobre as práticas de cura do padre Gassner. Em seu veredicto, Mesmer afirma que Gassner estaria realmente empenhado na cura dos enfermos, mas ele não estaria fazendo exorcismos e, sim, usando o magnetismo animal sem perceber (ELLENBERGER, 1970; NEUBERN, 2007, 2008c).

Ellenberger (1970) situa este momento de transição entre Gassner, personificando a força da tradição medieval, a partir do uso de uma técnica aplicada em nome da ordem religiosa, e de Mesmer, que defendia a idéia racional da existência de um agente físico e natural, como o marco de nascimento da psiquiatria dinâmica.

Prosseguindo por outras cidades para realizar os testes clínicos, o descobridor do magnetismo animal reuniu testemunhos de resultados positivos no tratamento de várias doenças. Após tratar, em 1776, a paralisia total e a debilidade ótica do conselheiro da Academia de Augsburgo, este imprime um folheto sobre a cura pelo método de Mesmer, em que diz: “Se alguém entender que toda essa história não passa de pura fantasia, ficarei muito tranqüilo e daqui por diante não pedirei a nenhum médico do mundo outra medicina senão aquela que me persuada firmemente de que estou são.” (ZWEIG, 1932, p.41).

No entanto, o caso mais notório de Mesmer, aconteceu em Viena, foi o da jovem de dezoito anos, Maria Theresa Von Paradis (1759–1824). Cega desde os 3 anos de idade, ela sofria constantes ataques histéricos, apresentando vários sintomas somáticos. Parasis já havia recebido tratamento dos médicos mais renomados de Viena, o que incluiu passar por dezenas de sangrias e centenas de choques elétricos, sem obter qualquer melhora em seu quadro clínico (ELLENBERGER, 1970).

A jovem Paradis, uma musicista talentosa, recebia proteção especial da Imperatriz, Maria Theresa, por tocar piano no palácio real. Trabalho esse que rendia à sua família uma considerável soma em dinheiro (ELLENBERGER, 1970; PRADO, 1967). Ao ouvir falar do

novo tratamento que não fazia uso dos métodos invasivos e dolorosos da medicina tradicional, o pai de Paradis a levou para a mansão de Mesmer, onde ele atendia. Após algumas sessões de magnetismo animal, a jovem declarou que voltara a enxergar. A notícia se espalhou e causou estardalhaço. Mesmer passou a se tornar alvo de difamações por parte dos seus pares, que duvidavam da realidade da cura, afirmando que a jovem só enxergava na presença de Mesmer e que tudo não passava de imaginação.

Outros boatos surgiram insinuando que Mesmer estaria tendo um caso extraconjugal com sua paciente e que, após o tratamento, a jovem não conseguia mais tocar tão bem, fato esse que estava pondo em risco o pagamento de sua pensão. A família, então, decidiu interromper o tratamento (ELLENBERGER, 1970; SPOTTISWOODE, 1994).

A polêmica em torno do seu método terapêutico, as difamações de seus pares, e o suposto envolvimento extraconjugal com sua paciente, foram apontados como alguns dos prováveis motivos que fizeram Mesmer, em 1777, deixar Viena, e também a sua esposa, e se mudar para Paris (ELLENBERGER, 1970).

Após esse episódio, o criador do magnetismo animal relatou ter passado por um período de depressão, por não ter conseguido aprovação do seu método tão inovador e indolor, mesmo colocando-o à disposição para ser testado por outros pesquisadores e médicos independentes (ELLENBERGER, 1970).

Já a teoria magnética, Chertok (SD, p.6) enfatizou:

[...] é preciso não esquecer que no século XVIII, século dos enciclopedistas, a superstição, a feitiçaria e muitas práticas esotéricas estavam ainda florescentes. Ainda se queimavam bruxas (a última foi queimada em 1782). Mesmer, que era um homem culto, propunha uma teoria que ele pensava ser fisiológica e racionalista e pressupunha a existência de um fluido tão real e material quanto à ação exercida por um ímã.

Acreditando, assim, ser o descobridor de uma verdade da natureza, Mesmer parecia não ter dimensão das oposições que o aguardavam por parte das instituições oficiais, com as quais as suas relações variaram de difíceis negociações a rejeições sistemáticas (NEUBERN, 2007, 2008c).

Em Fevereiro de 1778, chega a Paris, trazendo consigo uma grande ambição de que sua proposta terapêutica fosse reconhecida pelas instituições científicas (ELLENBERGER,

1970; NEUBERN, 2007). Lá encontrou uma cultura pacífica, diferente do clima tumultuado de Viena, e retomou com força total sua prática de terapia com o magnetismo animal.

Em 1779, Mesmer tentou obter a aprovação da Academia Real de Ciências e da Sociedade Real de Medicina para o magnetismo animal, mas ele era suspeito de manter uma relação não assumida com os sistemas renascentistas (reconhecidos como não científicos) como as doutrinas de Paracelso, Glócenius, Von Helmont, Maxwell e Fludd, e teve seu pedido negado (ELLENBERGER, 1970; NEUBERN, 2007; PRADO, 1967).

No entanto, seus seguidores alegavam que a terapêutica se fundamenta nas obras de Newton e Descartes, uma vez que o fluido magnético era apenas uma analogia a outras forças físicas, como a gravidade, o magnetismo mineral e a eletricidade (BUÉ, 1919).

A fim de contornar as críticas de se utilizar de uma técnica de cura considerada esotérica e conseguir que sua descoberta fosse debatida e pesquisada pelos cientistas, Mesmer abandonou progressivamente o uso auxiliar dos ímãs, chegando a substituí-los completamente só pelos toques (ELLENBERGER, 1970; NEUBERN, 2007, 2008c; PRADO, 1967).

Enquanto isso, sua prática de cura foi crescendo gradualmente. Ele atendia a nobreza e a burguesia, e acumulava relatos de cura de doenças (CRABTREE, 1988). Por volta de 1780, Mesmer não consegue mais dar conta da demanda de pacientes através do tratamento individual e inaugura o tratamento coletivo, chamado “*baquet magnético*”. O *baquet* consistia em uma cuba de madeira revestida com limalha de ferro e ímãs e possuía orifícios por onde saíam correntes de ferro, que os pacientes deveriam encostar na parte do corpo enferma. Mesmer também passou a utilizar passes com as mãos, água magnetizada e espelhos, além de criar composições musicais que eram tocadas na *glassarmônica* durante as sessões.

Para comportar a quantidade de pessoas que procuravam o tratamento, Mesmer alugou uma mansão com amplos salões. Segue descrição de Deleuze (1819, p.34 apud WEISSMANN, 1978, p.25) sobre o tratamento magnético, em Paris:

Num dos compartimentos, sob a influência de varetas, que saíam de garrafas contendo água magnetizada, e aplicada às diversas partes do corpo, ocorriam diariamente às cenas mais extraordinárias. Gargalhadas sardônicas, gemidos, lancinantes e crises de pranto se alternavam. Indivíduos atirando-se para trás e contorcendo-se em convulsões espasmódicas. Respirações semelhantes aos estertores de moribundos e outros sintomas horríveis se viam por toda parte [...]

Enquanto isso, num outro compartimento, com as paredes devidamente forradas, apresentava-se outro espetáculo. Ali mulheres batiam as mãos contra as paredes ou rolavam sobre o assoalho coberto de almofadas, com acessos de sufocação. No meio dessa multidão arfante e agitada, Mesmer, envergando um casaco lilás, movia-se soberanamente, parando, de vez enquanto diante de uma paciente mais excitada. Fitando-lhe firmemente os olhos, enquanto, lhe segurava ambas as mãos, estabelecia contato imediato por meio do seu dedo indicador. Doutra feita operava fortes correntes abrindo as mãos e esticando os dedos, enquanto com movimentos ultra-rápidos cruzava e descruzava os braços, para executar os passes finais.

De acordo com a doutrina do magnetismo animal, as crises convulsivas, longe de serem evitadas, eram consideradas um prenúncio da cura. O tratamento sendo realizado com frequência e por meses a fio, permitiria o restabelecimento da economia magnética do organismo, resultando na cura de diversos tipos de patologias (NEUBERN, 2007).

Rapidamente, a boa reputação do tratamento atraiu grande clientela, inclusive a própria rainha, Maria Antonieta, diziam os panfletistas, havia recorrido ao tratamento magnético. O mesmerismo se tornou o assunto mais comentado por toda Paris, um fenômeno chamado de mesmelomania, que também abriu espaço para uma onda de boatos e difamações públicas. A popularidade da clínica de Mesmer passou a despertar aversão e curiosidade de alguns médicos da Faculdade de Medicina de Paris, como Charles Deslon, membro da Sociedade Real de Medicina, que se tornaria um dos principais discípulos de Mesmer. No entanto, quando a academia tomou conhecimento de sua pretensão de usar de tal terapêutica, ele foi severamente repreendido, suspenso e ameaçado de exclusão dos quadros da entidade (NEUBERN, 2007; PRADO, 1967; ZWEIG, 1932).

A soma de vários fatores passou a distorcer a proposta do magnetismo animal. Artigos escritos por Klinkosch equiparavam as práticas de Mesmer com os exorcismos de Gassner, enquanto outros críticos defendiam que os efeitos explicados como decorrentes do magnetismo animal, eram, na verdade, oriundos da eletricidade (CRABTREE, 1988). Essas suspeitas colocavam dúvidas sobre a originalidade do magnetismo animal e a ordem no século da razão não poderia permitir o retorno a nenhum tipo de pensamento medieval (BRAGA; GUERRA *et al.*, 2008).

O comportamento de algumas mulheres durante as sessões de magnetismo animal também incomodava a elite masculina que passou a suspeitar da existência de componentes sexuais na terapia. As mulheres, por outro lado, viviam em uma sociedade patriarcal e eram confinadas aos espaços domésticos e privados. Suas emoções deviam ser abafadas em nome

da razão, e as sessões, repletas de gritos histéricos e crises convulsivas, representavam a incorporação da desrazão, se tornando, segundo os opositores de Mesmer, uma ameaça à norma e aos bons costumes (CHERTOK; STENGERS, 1990; NEUBERN, 2008c).

Os novos comportamentos mediadores entre o homem e o Deus cristão, após a Idade Média, tinham como meta a interiorização a partir do controle da palavra e do gesto, pela educação do corpo, negando os apetites carnis e contendo os impulsos desordenados, enfim, buscava-se pelas normas sociais o constante auto-policimento, o autocontrole físico e espiritual (MACEDO, 1997). Desse modo, o tratamento pelo magnetismo esbarrou em obstáculos culturais e passou a ser difamado como sendo uma associação com forças sobrenaturais.

Além disso, os ideais anti-colonialistas que Mesmer defendia lhe renderam muitos inimigos e sua proposta se tornou contrária às aspirações de importantes instituições da sociedade francesa, como a Igreja, o Estado, e as academias de ciência, que pareciam tratar Mesmer como uma ameaça à ordem social vigente (NEUBERN, 2007).

Havia uma espécie de barreira na qual era presente e forte a idéia de que o magnetismo animal devesse ser rejeitado e condenado antes mesmo de ser julgado, uma barreira anterior à metodologia que a permeava de modo a garantir uma aparência racional a uma reprovação que já estava de antemão lançada (CHERTOK; STENGERS, 1990, p.36).

Essa barreira, provavelmente originada no temor do retorno ao absolutismo teocrático, exigia a apresentação de provas materiais e objetivas para a validação científica. Este foi o principal motivo que fez Mesmer eleger um agente físico como explicação do magnetismo, ainda que tivesse consciência da influência psicológica (LERÈDE, 1984). Acreditando que o agente magnético se adequaria às exigências necessárias do materialismo, Mesmer não poupou esforços para convencer a classe médica dos efeitos obtidos nos tratamentos, embora isso não importasse para os cientistas, que mais se preocuparam em isolar a suposta força física em questão (BRUNER, 1991; CAPRA, 1997; DUARTE; BARROS, 2006; WATZLAWICK; KRIEG, 1995).

Como observou Bachelard (2007, p.110), “O espírito científico não pode satisfazer-se apenas com ligar os elementos descritivos de um fenômeno à respectiva substância, sem nenhum esforço de hierarquia, sem determinação precisa e detalhada das relações com outros objetos.” Longe de ser apenas um método neutro, o discurso científico exibiu o

mascamamento dos problemas sociais pela redução a um problema médico e destacava o estabelecimento da medicina como detentora de um poder disciplinar, implícito nas suas relações discursivas e como parte do campo de poder da sociedade (CAMARGO JR, 1995; FOUCAULT, 1998, 2004, 2005).

Apesar das muitas desconfianças e boatos difamatórios, o magnetismo animal prosperava. Até que, em julho de 1782, quando passava férias na Bélgica, Mesmer recebeu uma carta de seu discípulo Charles Deslon. No comunicando, ele notificava Mesmer que havia inaugurado sua própria clínica de magnetismo animal, fato que fez Mesmer prenunciar a própria ruína. Indignado e furioso, Mesmer passou a considerar Deslon um “traidor” (ELLENBERGER, 1970).

Diante dessa notícia, o amigo e advogado Bergasse e o banqueiro Kornmann, articulam um plano. Eles levantaram fundos em dinheiro para comprar a descoberta de Mesmer. Os contribuintes seriam, então, organizados em uma fundação oficial, “A Sociedade da Harmonia”, que mediante uma boa quantia em dinheiro, os filiados aprenderiam os “segredos” do magnetismo animal. A idéia rendeu bons lucros ao pai do magnetismo animal e rapidamente se difundiu por toda França (CRABTREE, 1988).

Em 12 de março de 1784, as polêmicas em torno do magnetismo animal, que nesta época se encontra institucionalizado pela Sociedade da Harmonia, forçam o Rei Luís XVI a nomear uma comissão de investigação do magnetismo animal, composta por quatro médicos da Faculdade de Medicina de Paris e um membro da Academia Real de Ciências.

Em 5 de Abril, seguindo as orientações do Rei, o Barão de Breteuil nomeou uma segunda comissão composta por outros cinco membros da Sociedade Real de Medicina para julgar o magnetismo animal. Fazia parte das comissões alguns dos mais eminentes cientistas do país, como o químico Lavoisier; Guillotin, o inventor da guilhotina; o astrônomo Bailly; o embaixador americano na França, Benjamim Franklin; o botânico, Jussieu; e outros menos conhecidos (CHERTOK; STENGERS, 1990; CRABTREE, 1988).

Por vários anos, Mesmer havia solicitado a atenção da comunidade científica sem obter qualquer estudo. Havia, inclusive, proposto o estudo de dois grupos separados, um grupo de vinte e quatro pessoas tratadas por ele, e outro grupo tratado pelos métodos convencionais, inaugurando o que poderia ter sido o primeiro estudo com grupo controle, mas a solicitação fora negada pela comissão. Anteriormente, em 1774, já havia enviado a

sua obra “Memória do Magnetismo Animal” à Academia de Ciências de Paris procurando demonstrar sua teoria (PLATONOV, SD). Era a tentativa de submeter à ordem da ciência uma prática carregada de ameaças para várias instituições, como Estado, Igreja, Medicina (CHERTOK, SD; NEUBERN, 2007).

As comissões reais iniciaram as investigações na clínica de Charles Deslon, pois ele se mostrou disposto a revelar todos os segredos, até então, restritos aos membros da Sociedade da Harmonia. A escolha por estudar a prática de Deslon deixou Mesmer ainda mais irritado, pois como criador do magnetismo animal, ele se achava no direito de ser o seu trabalho investigado, e não o seu ex-discípulo “traidor” (ELLENBERGER, 1970).

Acreditando que seria uma chance de legitimação do magnetismo animal, Deslon se comprometeu com os comissários a: 1) constatar a existência do magnetismo animal; 2) comunicar seus conhecimentos sobre essa descoberta; e 3) provar a utilidade dessa descoberta no tratamento de enfermidades (CHERTOK; STENGERS, 1990).

A primeira comissão se restringiu a fornecer uma descrição “naturalista” do que seus membros haviam presenciado durante o tratamento de Deslon. Como destacaram Chertok e Stengers (1990, p.27):

Não podemos impedir-nos de reconhecer... um grande poder que agita os doentes e os domina, e do qual o magnetizador parece ser o depositário... Todos se submetem àquele que os magnetiza; por mais que estejam num aparente torpor, sua voz, um olhar ou sinal, os retira disso.

Os membros das comissões consideraram que o tratamento público não poderia tornar-se o lugar de suas experiências. Pois a multiplicidade dos efeitos constituía um obstáculo inicial; “via-se coisas demais, ao mesmo tempo, o que dificultava ver bem uma delas em particular.”. Além disso, alguns membros das comissões se ressentiram em importunar os doentes, realizando perguntas, ou os observando, fato que poderia aborrecê-los, ou se tornar desagradável. Decidiram, então, que alguns deles realizariam visitas periódicas a fim de confirmar suas observações iniciais (CHERTOK; STENGERS, 1990).

Desde o princípio havia duas orientações racionais que se opuseram frente à decisão de como a investigação deveria ser realizada. A orientação naturalista defendia que, justamente, por se ver muita coisa no tratamento público, ele seria lugar certo para se observar, aprender e captar as nuances. Já para a segunda orientação, de cunho experimental,

a multiplicidade constituía um obstáculo. Era necessário ter liberdade para intervir, observar ativamente, manipular as diferentes variáveis da situação, para, desse modo, buscar as provas da existência ou não do fluido. Neste caso seria preciso substituir a cena pública pela cena experimental, em que os homens da ciência determinam as perguntas a serem formuladas, as situações a serem testadas (CHERTOK; STENGERS, 1990).

Mas como testar a existência de um fluido magnético animal imponderável, esse era o desafio para as comissões. Em um dos testes, os comissários apresentavam objetos a um paciente sem que ele soubesse se aquele objeto havia sido previamente magnetizado ou não. A comissão acreditava que se o fluido magnético realmente existisse, os pacientes deveriam apresentar convulsões quando entrassem em contato com os objetos magnetizados, do mesmo modo que acontecia com o *baquet*, fato que não reproduziu nos testes (CHERTOK; STENGERS, 1990; NEUBERN, 2007). O uso desta série de experimentos ingênuos, formulados pelo químico Lavoisier, é considerado um marco na origem dos ensaios clínicos controlados (HERR, 2005).

Ao final, as comissões escreveram três relatórios desfavoráveis ao magnetismo animal, sendo os dois primeiros públicos e o terceiro secreto. Os relatórios públicos não negaram as curas, no entanto, afirmavam que os fenômenos atribuídos ao magnetismo animal eram causados por efeito da imaginação e da imitação (BAILLY, 1782). Não havia, portanto, evidências experimentais que sustentassem a existência física do magnetismo animal, como sublinham em um dos relatórios, “A imaginação sem magnetismo produz convulsões [...] o magnetismo sem imaginação não produz nada.” (BAILLY, 1782).

Embora o sistema de Mesmer garantisse a objetividade, o teor subjetivo de processos imponderáveis e qualitativos como fluido, vida, harmonia e natureza, permaneceu marcante, principalmente, devido a uma relação de identificação entre o sujeito e seu objeto de estudo, sempre ligados, fosse pelos laços magnéticos, ou por princípios epistemológicos, o que o colocava sempre sob suspeita de simulação e fraude. Não foi sem razões que a impossibilidade de constatação do fluido magnético, que só se conhecia por seus efeitos nas curas, mas não era perceptível aos sentidos humanos, foi um obstáculo decisivo no julgamento de seus adversários (NEUBERN, 2007, 2008c).

A condenação do magnetismo animal nos dois primeiros relatórios da comissão representou um marco na história da ciência, pois se concretizavam as aspirações de adequar

a Medicina ao projeto moderno de ciência (BRAGA; GUERRA *et al.*, 2005; NEUBERN, 2008c).

Enquanto que o relatório sigiloso, redigido por Bailly (1967, p.20) e enviado para o Rei Luís XVI, tinha outro caráter, alertava para os riscos de que o magnetismo animal fosse usado para perverter sexualmente as mulheres:

Quando essa espécie de crise se prepara, o rosto vai se afogueando gradativamente, o olhar se tornar ardente, e é esse o sinal através do qual a natureza anuncia o desejo.... Tão logo esse sinal se manifesta, as pálpebras ficam úmidas, a respiração sôfrega, entrecortada, e o busto se eleva e se abaixa rapidamente; instala-se as convulsões, assim como os movimentos precipitados e bruscos, seja dos membros, seja do corpo inteiro. Nas mulheres vivas e sensíveis, o último grau, a conclusão da mais doce das emoções, é muitas vezes uma convulsão. Após a crise sucede um abatimento, uma espécie de “sono dos sentidos”. A lembrança dela não é desagradável; as mulheres sentem-se melhor e não tem nenhuma aversão a senti-la de novo. Como as emoções experimentadas são os germes das afeições e pendores, compreende-se porque o magnetizador inspira tanto apego: um apego que deve ser mais acentuado e mais vivo nas mulheres do que nos homens, tanto que o exercício do magnetismo só é confiado aos homens. Muitas mulheres, sem dúvida, não experimentam esses efeitos, enquanto outras ignoram essa causa dos efeitos que experimentam; quanto mais virtuosas são, menos suspeitam de tal causa. Asseguramos que várias se aperceberam dela e se retiraram do tratamento magnético; mas as que ignoram precisam ser preservadas... Um estado experimentado quase que publicamente, em meio a outras mulheres que também parecem experimentá-lo, não oferece nada de alarmante; fica-se ali, volta-se para lá, e só se percebe o perigo quando já é tarde demais. Expostas a esse perigo, as mulheres fortes se afastam, mas as fracas podem perder seus bons costumes e sua saúde.

Desse modo, o relatório confidencial expunha a suspeita da existência de elementos sexuais na relação entre o magnetizador e as pacientes magnetizadas que, por sua vez, ameaçaria a ordem moral tendo que ser devidamente notificado ao rei, para que este tomasse as providências necessárias para a manutenção dos “bons costumes”.

Outro episódio importante nesse processo foi a dissidência de Jussieu que, insatisfeito com a metodologia empregada pelas comissões, desenvolveu um estudo paralelo, apresentando um quarto relatório, fundamentado na observação de campo. Embora descartasse a teoria do magnetismo animal e concordasse que agentes como a imaginação, a imitação e o toque contribuíssem para os efeitos observados, Jussieu constatou ainda a presença de um agente desconhecido, ao qual designou pelo termo “calor animal” (ELLENBERGER, 1970; NEUBERN, 2007).

Convém lembrar que, na época, o próprio Lavoisier designava o calor com um fluido sem peso e suscetível, enquanto Benjamin Franklin descrevia a eletricidade da mesma maneira (CHERTOK; STENGERS, 1990). Uma emanção viscosa que vai apanhando pequenos corpos que encontra pelo caminho era a explicação de Boyle para a atração elétrica (BACHELARD, 2007). Provavelmente foram essas as influências que levaram Jussieu a tentar caracterizar algum fenômeno desconhecido, presenciado na clínica de Deslon, por “calor animal”. As explicações substancialistas eram próprias do saber do século XVIII, o que Bachelard (2007) descreveu de explicações pré-científicas.

Embora os relatórios das comissões pretendessem dar uma explicação racional do que acontecia nas sessões de magnetismo, eles criaram um grande paradoxo, pois como seria possível a imaginação intervir no corpo chegando ao ponto de curar doenças. Se tal fato realmente ocorresse, então estaria validando as teorias de Avicena, do século X, pois, como vimos, já afirmava que, “Pela palavra, pela vontade e pela persuasão, muitos padecimentos podem ser curados.”(Avicena apud FARIA, 1979, p.5).

Após a publicação dos relatórios, em 1784, se seguiu uma grande quantidade de tratados e protestos de dezenas de médicos, alguns apoiaram as conclusões das comissões, enquanto outros, que haviam usados o magnetismo animal e obtido muito sucesso, criticaram os comissários tanto pelas suas atitudes, como pelas técnicas de investigação empregada (CRABTREE, 1988).

Os defensores da condenação passaram a ridicularizar Mesmer e a chamá-lo de charlatão. Alguns panfletos e peças teatrais são encenadas satirizando o magnetismo animal e os seus praticantes, expondo o poder do caráter disciplinador que a ciência passava a ter, ocupando um espaço anteriormente assumido pela Igreja.

A repercussão da condenação faz Mesmer deixar Paris e retornar para Alemanha. A partir de então, uma das figuras mais controversas da história da medicina, precursor da hipnose (SPIEGEL, 1996) e da psicologia experimental (CHERTOK; STENGERS, 1990), se retira da cena pública para se dedicar a uma vida simples e isolada.

Esse período passou então a ser muitas vezes ignorado pela história da medicina e da psicologia, ou sendo tratado como um momento pré-científico, marcado pela ignorância e mesmo pelo charlatanismo, cujas idéias eram fruto do senso-comum e imbuídas de

misticismo que dariam, posteriormente, lugar a sistemas mais coerentes com o projeto moderno de ciência (NEUBERN, 2007, 2008c).

Mesmo que todas as suas idéias e teorias estivessem erradas, o que é muito duvidoso, Mesmer, foi mais fecundo do que todos os sábios e investigadores de seu tempo. Ele se tornou o norte e o guia de uma nova ciência, há muito tempo necessária para atrair da nova geração para os mistérios do espírito (CHERTOK, SD).

A condenação do magnetismo animal constituiu-se num marco na história da ciência, pois concretizou as aspirações de adequar a Medicina ao projeto moderno de ciência. O que repercutiria em práticas sociais importantes, como os estudos sobre o placebo e uma série de estratégias de desqualificação ainda presentes na construção da Psicologia e da Psicoterapia (CHERTOK; STENGERS, 1990) e na forma de se ensinar e transmitir essa história nos núcleos de formação dessa ciência (NEUBERN, 2006)

Este momento também ilustra a luta constante que se traçou para delimitar o espaço de intervenção nos corpos como monopólio médico, contra o “curandeirismo” e os “charlatões” e que passa por um processo de negociação com outros poderes (CAMARGO JR, 1995).

Embora a obra de Anton Franz Mesmer esteja aqui situada dentro do período pré-científico, suas idéias e sua prática provocaram uma crise no pensamento científico da Paris iluminista, o que criou uma necessidade de reorganização do sistema de saber e fomentou os posteriores estudos sobre a sugestão.

Após o afastamento de Mesmer de Paris, o magnetismo animal, floresceu em vários países da Europa e na América (SCHMIT, 2005). E como defendia seu criador, os fatos falavam por si. Relatos de casos bem sucedidos com o uso do mesmerismo em cirurgias e na cura de doenças, passaram a ser relatados por médicos dispostos em vários países (ELLENBERGER, 1970; FARIA, 1979; PINCHERLE; LYRA *et al.*, 1985; PRADO, 1967).

4.2 O PERÍODO CIENTÍFICO

O segundo período, que representa o estado científico, em preparação no fim do século XVIII, se estenderia por todo séculos XIX e início do século XX, até os dias atuais (BACHELARD, 2007).

A expansão do magnetismo animal após Mesmer se deveu, em grande parte, ao trabalho do Marquês de Puységur (1751-1825), um dos discípulos mais fiéis e considerado um professor entusiasta. Foi dele a descoberta de que algumas pessoas, após serem magnetizadas, caíam em uma espécie de transe e que, apesar de parecerem estar dormindo, elas ainda podiam responder a perguntas e transmitir informações. A este fenômeno Puységur nomeou de "sono magnético".

A descoberta fora comunicada anteriormente à Mesmer, que já a conhecia, mas devido a sua preocupação em se adequar ao modelo científico, resolveu ignorá-la e se concentrar nas explicações da ação física do magnetismo animal, uma vez que se deter a processos subjetivos não seria prioritário para quem perseguia uma lugar na ciência.

Por outro lado, Puységur ficou fascinado por esse incomum "estado de consciência". Ele descobriu que muitos pacientes durante o "sono magnético" poderiam aparentemente diagnosticar as suas próprias doenças e as dos outros, e até mesmo prescrever soluções eficazes para as condições percebidas. O sono magnético, acreditava ele, poderia ser produzido em alguns pacientes a distância, fenômeno que originou os primeiros estudos sobre a possibilidade de um modo de comunicação sem o uso dos sentidos (CRABTREE, 1988; LOMBROSO, 1999; OCHOROWICZ, 1891/1982).

O marquês também observou que, ao despertarem do sono magnético, os pacientes não se lembravam do que haviam falado durante o sono. Observando essas duas cadeias distintas de memória que acompanhavam os dois estados de consciência, ele pôde antecipar a noção de uma mente aparentemente distinta, ou auto-dissimulada, operando dentro na psique humana e que poderia ser acessada através da indução do sono magnético. Tal idéia viria a se materializar uma centena de anos mais tarde na obra de Pierre Janet, a partir do seu conceito do "subconsciente", e, posteriormente, pela noção de inconsciente reinterpretada nas obras de Freud (CRABTREE, 1992).

As semelhanças entre o "sono magnético" e o fenômeno o sonambulismo natural fez Puységur batizar sua descoberta de "sonambulismo artificial", que só poderia ser estabelecido a partir de uma relação prévia de vínculo, ou *rapport*, com paciente.

4.2.1 Transpondo limites: do magnetismo à hipnose

O enveredar de Puységur para uma orientação mais psicológica, anunciou o momento preliminar que marcaria o nascimento da hipnose na modernidade. A partir de suas experiências com sono magnético, Puységur desenvolveu os rudimentos de uma psicoterapia baseada na investigação de sonambulismo magnético (CRABTREE, 1988).

O marquês se tornou uma figura muito influente na história do magnetismo animal e suas preocupações psicológicas foram acolhidas por muitos pesquisadores que acabaram por elaborar uma nova formulação da teoria dos fenômenos magnéticos. Essa fórmula foi pela primeira vez insinuada nos escritos do Abade Faria (1755-1819) e Alexandre Bertrand (1795-1831) e atingiu o seu ponto culminante no trabalho do médico James Braid Manchester (1795-1860) (CRABTREE, 1988).

Em 1841, o cirurgião de Manchest, James Braid, se deteve ao estudo do magnetismo animal, publicando, em 1843, o trabalho intitulado, “*Neurohipnologia: a razão do sono nervoso*”, de onde surgiu o termo “hipnose” e “hipnotismo”, em substituição ao “magnetismo animal”. O trabalho pretendia acabar com qualquer noção de um agente físico imponderável na produção dos fenômenos do sonambulismo (BRAID, 1843/1960).

O criador do termo “hipnose” descreveu o sono hipnótico como um estado neurofisiológico, que não necessitava de agente especial, dependia apenas de “processos neurais”, como a concentração em uma idéia, a fixação do olhar e a cooperação em seguir as instruções, conforme descreveu abaixo:

Portanto, as experiências confirmavam plenamente minha teoria, estava convencido de que os fenômenos do mesmerismo deviam ser atribuídos, primeiro, a uma modificação no estado dos centros cérebro-espinhais e dos sistemas circulatório, respiratório e muscular. Como já havia explicado, esse desarranjo era provocado pela concentração do olhar, o repouso absoluto do corpo e a fixação da atenção. Todos os fenômenos dependiam do estado físico e psíquico do paciente e provinham das causas, mas nunca do desejo do operador ou de passes que este podia executar projetando um fluido magnético ou pondo em atividade algum agente mítico universal (BRAID, 1843/1960, p.64).

Este foi o momento inicial em que a influência psicológica passou a adquirir o lugar central na explicação científica para as “curas pela palavra”, o que incluía não só as curas obtidas com o uso do magnetismo animal, mas também das práticas mágicas precedentes

(BRAID, 1843/1960; GEZUNDHAJT, 2007; PRADO, 1967; ROALES-NIETO e BUELA-CASAL, 2001).

À medida que essa explicação se tornar aceita pela comunidade científica, ela passa a ser usada pelas versões dominantes da história da medicina e da psicologia, como exemplo movimento linear e progressivo da ciência, sendo o passado de erros e mitos pré-científicos substituído por sistemas científicos verdadeiros e triunfantes, tornando Mesmer apenas um curandeiro sem muita importância (MORIN, 1983; NEUBERN, 2006).

A obra de Braid, portanto, decretou o fim da noção de fluido magnético, o principal elemento de explicação do magnetismo animal e que havia, supostamente, emperrado a sua aceitação científica, por se tratar de objeto não ponderável (NEUBERN, 2007). Por outro lado, a nova explicação da terapêutica sugestiva, amparada na neurofisiologia, celebrava o nascimento da hipnose como uma prática restrita à classe médica e que, a partir de então, deveria ser praticada e ampliada no âmbito do campo médico, adaptando-se às normas éticas desta instituição (BRAID, 1843/1960).

Ao se fundamentar na neurofisiologia, Braid substituiu a explicação da ação material de um agente físico, não comprovado, pela ação da influência psicológica sobre os nervos. No entanto, Braid não se deteve a explicar essa “ação subjetiva”, uma vez que a subjetividade nas ciências se encontrava em um espaço marginalizado, quando vista como oposição à objetividade, representando, assim, um obstáculo epistemológico (BACHELARD, 2007; NEUBERN, 2008a).

A subjetividade presente na hipnose se tornou uma ameaça à lógica científica da modernidade, assim como o riso foi considerado uma ameaça para a ética cristã do período medieval (MACEDO, 1997). Como esclarece Neubern (2008b, p.1):

Braid atribuiu os fenômenos hipnóticos ao que chamava "sono nervoso", dando-lhe um feitiço neurológico - o que caiu com o tempo nas graças dos médicos. Essa era uma forma de fugir da noção de fluido. Ao falar de ação subjetiva, ele remete exatamente ao mesmo pensamento da condenação de Mesmer - a imaginação. No entanto, não define nem explora o que seria, cientificamente, essa ação subjetiva.

A defesa da delimitação da hipnose como pertencente ao campo do saber médico, portanto, pode ter sido decisiva para o reconhecimento das idéias de Braid¹. Os posteriores estudos sobre a hipnose trataram referenciá-la sempre a aspectos cerebrais, enquanto que a linguagem do terapeuta passou por um rigoroso adestramento, uma tentativa de objetivar a subjetividade latente. Já que a exploração científica desse “componente subjetivo” teve que esperar muitos anos a modificação de alguns paradigmas científicos para se tornar um objeto válido de estudos (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003; MORIN, 1983; NEUBERN, 2001; PINKER, 2004).

A despeito da hipnose, o magnetismo animal continuou em sua forma tradicional e permaneceu ativo, influenciando outras práticas de cura, consideradas não científicas, como a medicina espírita e a homeopatia, as quais serão tratadas adiante (CRABTREE, 1988; EDITORA UNIVERSO ESPÍRITA, 2008; HAHNEMANN, 1835).

4.3 AS CONCEPÇÕES DA CURA PELA SUGESTÃO

A noção de agente universal que explicava a melhoria dos pacientes e a cura das doenças embasou o desenvolvimento de várias vertentes terapêuticas que elegeram enfoques teóricos distintos. O alinhamento, ou não, dessas explicações com as exigências do modelo científico, determinou sua categorização se científica, mística, ou popular.

A teoria neurohipnológica, fundadora da hipnose, foi a primeira a romper com a noção de agente universal, a fim de se adaptar às exigências do método. No entanto, os estudos sobre a hipnose conduziram a dois caminhos epistemológicos distintos: o primeiro, organicista e mecanicista, teve como base a neurofisiologia e foi adaptado preceitos do positivismo; o segundo, psicológico e sistêmico, encontrou grande resistência para sua aceitação, só vindo encontrar suporte teórico-experimental, recentemente, a partir dos avanços das neurociências cognitivas.

Uma terceira concepção, que não foi racionalizada, permaneceu seguindo a noção de agente magnético como explicação dos efeitos positivos sobre a saúde. Esta continuou a ser

¹ Processo semelhante ocorreu com a acupuntura e a homeopatia, antes de serem integradas às práticas médicas, eram ignoradas, ou denegridas, pela própria classe médica, mas ao se tornarem legitimadas, passaram a ser reivindicadas como de uso exclusivo da medicina.

considerada uma concepção mística, embora tenha subsidiado teoricamente outras duas práticas terapêuticas: a homeopatia, e a cura por passes, da medicina espírita.

Do ponto de vista cronológico e epistemológico, a concepção orgânica da hipnose foi a primeira a adquirir a aceitação científica, seguida da concepção psicológica, que apesar do grande volume de publicações reunida nos últimos 50 anos, somente recentemente, a partir dos avanços tecnológicos de neuroimagens aplicada à pesquisa, pôde, de fato, se separar das explicações organicistas (LYNN; KIRSCH et al., 2000; PINKER, 2004).

Já a homeopatia, foi legitimada pela medicina em alguns países, embora a explicação de sua ação continue baseada no “agente vital”, o que também acontece com os passes da medicina espírita (HAHNEMANN, 1998). Por isso, ambas foram consideradas como concepções místicas, por suas teorias não se reduzirem às explicações racionais empiristas.

4.3.1 As Concepções Místicas

Crabtree (1988) usou o termo “tendência parapsicológica” para exemplificar o que aqui é chamado de “tendência mística”, pois o seu estudo traça, a partir do magnetismo animal, o percurso e as influências que abriram caminho para a criação de várias instituições de pesquisa e investigações em parapsicologia.

Essas entidades vão se engajar no estudo da hipótese “psi”, isto é, na avaliação da possibilidade da existência de “interações, tanto sensoriais quanto motoras, que parecem não ser mediadas por qualquer agente ou mecanismo físico conhecido” (RUSH, 1986, p.4 apud ZANGARI, 2005, p.1). Embora os relatos de tais experiências se percam no tempo e se misturem ao folclore e ao misticismo de várias culturas (ZANGARI, 2005), a sua ênfase se tornou comum a partir do século XIX, circunscrito ao movimento espiritualista que teve na prática do magnetismo animal a sua mola propulsora, difundido-se por vários países (BUSH, 1847; KARDEC, 1858 /1993).

As razões de destaque dessa linha de pesquisa podem ser justificadas pela influência que o movimento iniciado com o magnetismo animal exerceu ao associar-se com filosofias espirituais, como a de Emanuel Swedenborg (1688-1772). Essa fusão foi o ponto de partida para estimular o movimento espiritualista, que se espalhou rapidamente pela Europa e América, adquirindo a mulher o papel central de médium, adquirindo, assim, um viés não só religioso, mas social (BUSH, 1847; LOMBROSO, 1999).

Os fenômenos supostamente paranormais, tais como a transmissão do pensamento, a clarividência e a precognição, se tornaram comuns nos círculos espiritualistas e confundiam os observadores curiosos (BUSH, 1847; LOMBROSO, 1999). As explicações baseadas no romantismo de filosofias ocultas não foram suficientes para suprir as exigências de uma abordagem mais questionadora e cética, que pudesse analisar os fatos de forma sistemática e independente. Essa demanda acabou por originar as primeiras sociedades de pesquisa psíquicas, no final do século XIX (CRABTREE, 1988; KARDEC, 1858 /1993).

No entanto, por “tendência mística” foi considerada a crença na existência de um agente universal que permeia todas as coisas vivas, como inanimadas e que, embora a terminologia empregada muitas vezes não seja a mesma, a sua ação é considerada semelhante e comum a várias culturas. O termo mais comum empregado na atualidade é “energia”, o qual serve para descrever ao mesmo propósito em diferentes abordagens. Elas estão espalhadas por várias filosofias e técnicas de cura, como na energia vital dos chineses “Chi”, no “Rá” dos egípcios, no “Prana” dos hindus, no “Bioplasma” dos russos, na “Bioenergia” dos americanos, no “Fluido Magnético” de Mesmer, ou no “Fluido Vital” dos espíritas.

Algumas religiões acreditam que essa energia seja a própria presença de Deus e que isso a tornaria onipresente, onipotente e onisciente. A origem de tal crença é muito antiga e não pode ser aqui determinada, mas, as evidências apontam que o próprio Mesmer se valeu de conhecimentos ancestrais para elaborar sua teoria do fluido magnético (THOUVENEL, 1781).

Esta delimitação de “tendência mística” excluiu, portanto, o estudo parapsicológico, uma vez que este, ao enveredar pelo caminho do conhecimento científico, passou por um processo de racionalização, semelhante ao que conduziu o magnetismo animal à hipnose, levando à perda das explicações místicas, consideradas universais e não redutíveis.

Por questões metodológicas foram destacadas abaixo apenas duas práticas de saúde, representantes do pensamento místico, e que guardam uma estreita ligação com as idéias e os conceitos popularizados pelo magnetismo animal: a medicina espírita e a homeopatia (PUTTINI, 2008).

4.3.1.1 Homeopatia

O pai da homeopatia, Samuel Hahnemann (1755-1843), que também era médico e conterrâneo de Mesmer, iniciou sua prática clínica em 1779, em um ambiente em que as sangrias, eméticos e purgantes eram os tratamentos mais comuns dos médicos, conhecidos por *physician*, palavra derivada do anglo-francês que significava “físico” devido a sua preocupação exclusiva com o corpo (WEBSTER, 2008).

A história de Hahnemann guarda muitas semelhanças com a de Mesmer. Inconformado com os métodos tradicionais de tratamento, ele chegou a ameaçar abandonar sua profissão por temer que a medicina o tornasse um assassino, uma vez que a maioria dos procedimentos médicos de sua época não eram confiáveis e muitos doentes acabavam morrendo mais rapidamente ao aderirem aos tratamentos.

Desiludido com a prática médica, Hahnemann se tornou tradutor de vários tratados médicos, incluindo as já citadas obras de Paracelso, Hipócrates, Von Helmont, Sydenham, entre outros. Na busca por uma nova forma de tratamento, considerada não agressiva, ele passou a testar em si mesmo substâncias aparentemente inertes devido a passagem por grandes diluições, mas que, segundo as filosofias magnéticas, agiriam por meio de um agente fluidico, assim como supostamente agia o magnetismo animal (HAHNEMANN, 1998).

Hahnemann criticava os médicos da “medicina racional” por se vangloriarem ao tentar remover as causas das doenças, sem se preocupar com os danos que seus métodos causavam, ao que chamava essa atitude de uma “causa tola”. Uma vez que, na sua concepção, a maioria das doenças seria de origem dinâmica, isto é, espiritual, “a sua causa não é, portanto, perceptível aos sentidos...”, afirmava (HAHNEMANN, 1998, p.1).

Os seus próprios experimentos particulares o levaram a concluir que as enfermidades eram decorrentes de problemas com a “força vital” dos pacientes, sendo, portanto, sua medicina homeopática voltada para a matéria magnetizada, ou espiritualizada. A homeopatia passou a considerar a existência da “alma do medicamento” ou, mais precisamente, seu fluido vital, liberado a partir do processo de dinamização da substância utilizada. Essa condição a fazia atuar diretamente sobre o campo vital ou energético, proporcionando reflexos salutares na economia física (HAHNEMANN, 1998).

A partir de 1801, Hahnemann começou a usar medicamentos dinamizados (técnica própria da homeopatia que visa o desenvolvimento da força medicamentosa latente na substância e que consiste em submeter a droga a diluições sucessivas, até não haver mais ação farmacológica, apenas a energética) e observou que isso dava mais potência ao medicamento. Em 1810, publicou sua obra principal, “*Organon da Medicina Racional*”, e, mais tarde, “*Organon da Arte de Curar*” (HAHNEMANN, 1835).

No Brasil, este tratamento era conhecido desde o Império, porém, somente a partir da década de 1990, ele passou a constar no Conselho de Especialidades Médicas, da Associação Médica Brasileira, deixando de fazer parte das medicinas alternativas (SALLES, 2008). A homeopatia também adquiriu reconhecimento médico em países como a Inglaterra, Índia e alguns Estados dos Estados Unidos da América, e foi difundida por vários outros países (ALMEIDA, 2003).

Os defensores da homeopatia criticam o olhar exclusivo das biomedicinas para dimensões biológicas e a pouca preocupação com a humanização do cuidado, justificando a necessidade de uma medicina holística, que considere as dimensões psicossociais, éticas, culturais, econômicas e até políticas. O que conflita com as abordagens reducionistas e fragmentárias utilizadas pelas equipes de saúde, especialmente os médicos (SANTANNA; HENNINGTON *et al.*, 2008).

Este discurso tem se apoiado nas novas definições de saúde da Organização Mundial da Saúde-OMS, que desde 1946, voltou-se para a atenção à saúde das populações, ampliando o antigo conceito de saúde como ausência de doenças, para um estado de completo bem-estar físico e mental (BRASIL, 2001; PUTTINI, 2008; SEGRE; FERRAZ, 1997). Desse modo, a partir do momento em que se fala da saúde como um fenômeno "não contabilizado, não condicionado, não medido por aparelhos", parece que ela deixa de ser um objeto exclusivo “daquele que se diz ou se imagina especialista em saúde” (CANGUILHEM, 2000, p.24; CAPONI, 2003).

Tal conflito parece se repetir constantemente, desde os tempos de Mesmer, e como tal, denuncia não se tratar apenas de uma luta por constatações científicas, mas de outras esferas de poder que abrangem a cultura, a sociedade e os interesses financeiros. No entanto, recentes revisões sistemáticas e estudos meta-analíticos bem controlados, e independentes, têm acumulado evidências da não eficácia dos medicamentos homeopáticos, sendo

comparados ao efeito placebo (ALMEIDA, 2003; SHANG; HUWILER-MÜNTENER et al., 2005).

Esta trajetória guarda uma grande relação com a história da hipnose, que partiu da crença em um fluido magnético universal, e acabou por descobrir os efeitos da influência psicológica sobre a fisiologia do organismo, desenvolvidos a partir de uma relação mente-corpo, e não de relação agente físico-organismo (ROSSI, 1997).

4.3.1.2 Medicina Espírita Kardecista

O magnetismo animal se tornou uma verdadeira febre, contagiando a França e se expandindo por países vizinhos e pela América. Os novos praticantes do magnetismo passaram a modificar as idéias iniciais de Mesmer e a buscaram novas teorias para explicar os fenômenos do sono magnético. Uma vez proscrito, o magnetismo animal vagou sem controle ético ou institucional, sendo adaptado à diversas crenças e necessidades, sendo, muitas vezes, usado de modo recluso.

Na França, o Barão de Du Potet De Sennevoy (1796-1881) foi responsável por realizar uma particular fusão do magnetismo animal e com a tradição ocultista, se tornando o mais influente magnetizador deste tipo. Ele desenvolveu um sistema denominado "mágica magnética", incorporando à doutrina tradicional do fluido magnético universal uma das mais antigas noções de poder espiritual universal, que serviu de base para a "magia natural". Este conceito se diferenciava da perspectiva mecânica de Mesmer, e pretendia tornar o magnetismo o elo entre o espírito e a matéria, ou, entre o corpo e a alma (CRABTREE, 1988).

O Barão de Du Potet garantia que os magnetizadores que descobrissem a verdadeira natureza do magnetismo animal, poderiam realizar "magia", produzir curas maravilhosas e vários fenômenos paranormais (CRABTREE, 1988). De modo semelhante, a fusão do magnetismo animal com a filosofia espiritual de Emanuel Swedenborg (1688-1772) impulsionou o uso do sonambulismo magnético como meio para o recebimento de supostas comunicações com o mundo dos espíritos (BUSH, 1847).

O maior proponente do espiritismo e codificador da doutrina espírita, Hippolyte Léon Denizard Rivail (1804 – 1869), famoso pelo pseudônimo, Allan Kardec, foi um estudioso do magnetismo animal e via nele a prova que faltava para comprovar a existência

dos espíritos e sua intervenção no mundo material. Conforme descreveu abaixo (KARDEC, 1858 /1993, p.1):

O que não se fez e disse contra o magnetismo! E, todavia, todos os raios que se lançaram contra ele, todas as armas com as quais o atingiram, mesmo o ridículo, se enfraqueceram diante da realidade, e não serviram senão para colocá-lo mais e mais em evidência. É que o magnetismo é uma força natural, e que, diante das forças da Natureza, o homem é um pigmeu semelhante a esses cãesinhos que ladram, inutilmente, contra o que os assusta. Há manifestações espíritas como a do sonambulismo; se elas não se produzem à luz do dia, publicamente, ninguém pode se opor a que tenham lugar na intimidade, uma vez que, cada família, pode achar um médium entre seus membros, desde a criança até o velho, como pode achar um sonâmbulo.

O movimento espiritualista ganhou um forte impulso no final do século XIX, com o estabelecimento de igrejas, a formação de alianças, e a publicação de livros e jornais impressos (CRABTREE, 1988). O magnetismo animal foi responsável pela divulgação da ação perispiritual, considerada a fonte de todos os fenômenos espíritas. O sonambulismo, por sua vez, se tornou para os espíritas a primeira manifestação de isolamento da alma. O espiritismo propagou também sua própria filosofia e prática de cura pela imposição das mãos, semelhante aos passes de Mesmer, e também explicadas como meio de equilibrar o fluido vital (KARDEC, 1858 /1993).

Os fenômenos magnéticos passaram a ser interpretados como um elo de ligação entre os dois mundos, o físico e o espiritual, se tornando uma expressão de vida superior. Para os espíritas a homeopatia, apesar de ter surgido antes da doutrina de Kardec ser publicada, provava que a força da matéria espiritualizada se ligava ao importante papel que o perispírito desempenhava em certas doenças, atacando o mal em sua própria fonte que estava fora do organismo, do qual a alteração era apenas uma consequência (REVISTA ESPÍRITA, 2008).

Atualmente, a “medicina espírita” é praticada em algumas instituições de saúde filantrópicas, sendo considerada, pelos seus defensores e praticantes, como uma prática complementar à prática médica. Tal fato tem sido alvo de discussões que questionam em que medida as questões espirituais demarcam a cientificidade das racionalidades médicas no campo da saúde (PUTTINI, 2008).

4.3.2 As Concepções Científicas

4.3.2.1 Vertente psicológica

A mais importante dessas três correntes, a partir de um ponto de vista histórico, foi a concepção psicológica. Justificadamente, pode-se dizer que a descoberta de Mesmer do magnetismo animal foi um momento crucial na evolução da moderna psicologia e psicoterapia (CHERTOK, SD; CHERTOK; STENGERS, 1990; CRABTREE, 1988; ELLENBERGER, 1970; NEUBERN, 2006, 2007).

A relação psicológica entre magnetizador e magnetizado conduziu à investigação de Puységur para a descoberta da consciência manifesta no sono magnético e a eventual atividade mental subconsciente. Foi a partir desse olhar psicológico que James Braid desenvolveu a sua teoria neuro-hipnológica (BRAID, 1843/1960), dando início ao surgimento oficial da hipnose, inserindo-a no campo da medicina moderna e defendendo seu uso exclusivo por médicos.

A tradição magnética de Puységur e hipnótica de Braid foram, ambas, muito evidentes em meados do século XIX, na França, particularmente na experimentação com sonambulismo e os seus efeitos. As descobertas de Braid se tornaram conhecidas na França, por volta de 1860, e nos anos posteriores a 1880, homens treinados na pesquisa psicológica, tais como, Charles Richet (1850-1935), Julian Ochorowicz (1850-1917), Henri Beaunis (1830-1921), e Joseph Delboeuf (1831-1896), iniciaram as primeiras investigações sobre os fenômenos hipnóticos (CRABTREE, 1988).

Em 1860, Ambroise Liébeault (1823-1901), um médico provincial que obteve grande sucesso no tratamento de doenças com o uso da hipnose, atraiu a atenção de Hippolyte Bernheim (1840-1919), professor de medicina, em Nancy. Liébeault defendia que a causa das curas da hipnose era devido ao poder da sugestão embutida nas suas palavras e gestos. Esta teoria se transformou na idéia central defendida pelo que passou a ser chamado “Escola de Hipnotismo de Nancy”, representada por Liébeault e Bernheim (CRABTREE, 1988).

Entretanto, na mesma época, o famoso e respeitado neurologista Jean-Martin Charcot (1825-1893) estava desenvolvendo as suas próprias idéias sobre a natureza do hipnotismo, baseado em seu trabalho com pacientes histéricas, no Hospital Salpêtrière, em Paris. O modelo de hipnose de Charcot era tipicamente organicista e ressaltava apenas aos aspectos

cerebrais, associando a hipnose a um dos sintomas da histeria, o que entrou em choque direto com as idéias de Liébeault e Bernheim (CRABTREE, 1988).

Antes de Charcot as histéricas eram tratadas com desdém e não se acreditava em nada que viesse delas, pois eram consideradas grandes encenadoras. Mas foi a partir da boa reputação do médico, e de sua autoridade científica, que seus estudos deram à histeria a devida autenticidade e objetividade, fazendo com que ela deixasse de ser considerada “uma doença do útero” e se transformasse em uma “doença dos nervos”. Este fato não representou apenas a “libertação” das histéricas do desprezo, mas também dos médicos que se ocupavam delas. Se diz que as contribuições de Pinel para os loucos foi semelhante às de Charcot para as histéricas (CHERTOK; STENGERS, 1990).

O embate acalorado entre a escola de Charcot, em Salpêtrière, e a escola de Liébeault e Bernheim, em Nancy, perdurou, por muitos anos, resultando em valiosos estudos experimentais do hipnotismo, da sugestão e da histeria. A referência à Salpêtrière, ou à Nancy, se tornou uma espécie identificação com uma das duas visões fragmentadas que acompanharam a evolução da hipnose, uma orgânica e experimental, e outra psicológica e humanista.

Os estudos de Bernheim sobre a sugestão revelaram a possibilidade de se obter os mesmos efeitos da sugestão hipnótica em sujeitos em estado de vigília, sendo criado o termo “psicoterapia” para designar esse procedimento (ELLENBERGER, 1970). Para a Escola de Nancy, tanto a hipnose como a psicoterapia, funcionavam por meio da sugestão, visando influenciar positivamente o paciente, a fim de se obter a melhora ou cura do seu estado patológico.

Em Salpêtrière, Pierre Janet (1859-1947) apresentou o primeiro conceito de "subconsciente", designando uma esfera de atividade mental na qual as alterações emocionais se originavam. A partir de suas observações foi possível o desenvolvimento das modernas psicoterapias que aceitam a realidade de um estado mental inconsciente que influencia o comportamento humano (CRABTREE, 1992).

Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista, e criador da Psicanálise, também figurou entre os personagens desta época, sendo influenciado pelas idéias de Chacort, Janet e Bernheim. O primeiro contato de Freud com a hipnose aconteceu ao realizar um estágio na clínica de Charcot, em Salpêtrière. Empolgado com a descoberta, ele não hesitou em indicar

a todos os médicos, incluindo os médicos de família, essa forma de terapia, que deveria ser situada no mesmo patamar dos demais procedimentos terapêuticos “e não ser considerada um último recurso.”(FREUD, 1886/1996).

O fascínio ao presenciar os fenômenos hipnóticos, durante as aulas de Charcot, fizeram Freud realizar uma mudança drástica na sua carreira médica, deixando o campo de estudo da neurologia anatômica funcional para se dedicar ao estudo do psiquismo humano (FREUD, 1890/1996).

Embora a elaboração da teoria psicanalítica tenha dependido de suas observações iniciais e do tratamento de pacientes hipnotizados, Freud deixou de aplicar a hipnose com fins clínicos alguns anos mais tarde. Várias foram as contradições apontadas nas justificativas de Freud ao largar a hipnose (CHERTOK; STENGERS, 1990; LERÈDE, 1984; NEUBERN, 2006), ainda assim, muitas destas justificativas se transformaram em mitos que passaram a assombrar a hipnose, influenciando, principalmente, as teorias psiquiátricas e psicológicas posteriores, que acolheram Freud como uma figura de autoridade, sem questionar suas teorias (NEUBERN, 2006).

Em uma de suas críticas, Freud acusava a hipnose ser usada para direcionar as ações do paciente, limitando a sua autonomia. Ele esqueceu, porém, que estavam se referindo ao uso instrumental da técnica na medicina, ou seja, ao modo como a hipnose foi incorporada ao modelo médico autoritário e impessoal, e não propriamente a um problema da experiência vivenciada na hipnose (LERÈDE, 1984). Isso estava explícito nos procedimentos dos magnetizadores, que realizavam apenas passes e aguardavam as reações surgirem espontaneamente nos pacientes, uma vez que elas dependiam da ação do fluido magnético e não das sugestões, como na hipnose.

A linguagem utilizada pelo criador do magnetismo era vaga, e até poética, Mesmer se referia a lua, as estrelas, e ao fluido universal, descrevia a sensação do fluido emanando e restabelecendo da harmonia. Isso explicava a grande variedade das reações apresentadas pelos pacientes. Como observou Chertok e Stengers (1990, p.35):

[...] o magnetismo não produzia efeitos momentâneos e sensíveis senão num pequeno número de enfermos, e nestes, as impressões variavam continua e indefinidamente; por outro lado, muitos doentes, escreveu ele, curavam-se sem ter experimentado a menor sensação; alguns entravam em crise espontaneamente, sem terem sido tocados, e sem haverem sentado junto à cuba, enquanto outros, tratados,

tocados e sentados diante da cuba, ali passavam horas, e por vezes dias, sem nada experimentar.

Em outra crítica, dessa vez abordando o estado hipnótico, Freud acusou a suposta desrazão desse estado, assumindo que o sujeito hipnotizado estaria destituído de um mecanismo crítico, impedindo, assim, a análise das resistências no processo psicanalítico. Mais uma vez, sua crítica pareceu infundada, já que era de conhecimento dos hipnólogos que, mesmo os hipnotizados os pacientes não realizavam atos que iam contra seus princípios morais, portanto, não estariam acrícos (CHERTOK; STENGERS, 1990).

Faltou Freud incluir, como parte de suas análises clínicas, a sua própria vivência do estado hipnótico, o que, provavelmente, teria mudado suas concepções sobre a hipnose. Mas como o uso da hipnose naquela época pressupõe uma sujeição ao poder do médico, estar na posição de hipnotizado talvez fosse algo muito difícil para alguém com aspirações tão grandiosas.

As demais explicações que tentava esclarecer o papel da sugestão nas obras de Freud apareceram como um grande mal resolvido, pois mesmo após abandonar a hipnose, Freud voltou a afirmar que fazia o uso da “pequena sugestão” (CHERTOK; STENGERS, 1990; LERÈDE, 1984). Ou seja, com ou sem hipnose a ação da sugestão era uma fato real e presente nas relações humanas, principalmente na consulta a uma autoridade médica, ignorá-lo seria apenas uma forma de manter as aparências da descoberta de algum outro método que tornava o inconsciente um fenômeno objetivo e bem delimitado, como exigido pelo projeto da ciência moderna (NEUBERN, 2006).

As relações de Freud com a hipnose e com a sugestão foram bastante complexas para tentarmos esclarecer aqui toda sua dimensão, para tanto, sugerimos obras específicas sobre o assunto, como o livro de Chertok e Stengers (1990) e os artigos de Neubern (2001; 2004; 2006).

O certo é que o impacto do abandono da hipnose por Freud, e suas justificativas em não usar a técnica, se transformaram em um obstáculo para o reconhecimento da hipnose em termos clínicos e epistemológicos, o que a tornou tornando um “tema maldito” para algumas teorias dominantes (NEUBERN, 2004). Como enfatizou Neubern (2006, p.347):

[...] o estigma da maldição também passou a incidir sobre a hipnose em termos de abordagem e técnica, situando-a como técnica ineficaz e superficial que jamais

atingiria a causa dos problemas, permitindo a substituição de sintomas, como um procedimento caracterizado pela submissão ao terapeuta, como um processo vicioso e que poderia induzir a condutas perigosas.

A hipnose representou uma ameaça institucional a várias escolas modernas de psicologia que, para se constituírem, tiveram que adotar as noções dominantes do projeto científico, como o isomorfismo, a tendência universalista e a ênfase no patológico. Diante dessa condição, a hipnose assumia uma considerável importância, pois tomava para si um papel de denúncia das contradições e fragilidades existentes na tentativa de uma psicologia clínica científica (CHERTOK; STENGERS, 1990; NEUBERN, 2006).

Associando-se a noções epistemológicas marginais como a influência (ao invés da neutralidade), o passageiro (ao invés do definitivo), a criação (ao invés do fato) e o ilusório (ao invés da essência), a hipnose se tornou um objeto de estudo ameaçador capaz de colocar em risco os já comprometidos alicerces que os psicólogos começavam a construir em sua pretensão de ciência (NEUBERN, 2006, p.346).

Devido a essa conotação negativa, herdada tanto da psicanálise, como da sua associação a misticismos e à idéia de controle da mente (BLYTHE, 1997; FREUD, 1886/1996), a hipnose não se popularizou como procedimento médico e o seu uso se manteve bastante restrito, até o período da Segunda Guerra Mundial, quando a demanda por uma terapia breve, para tratar os veteranos de guerra, trouxe novamente hipnose à cena analítica (VAN DYCK; HOOUDUIN, 1990). Dessa vez, ela voltou mais forte e suas técnicas foram associadas a conceitos psicanalíticos, numa abordagem que passou a ser conhecida como “hipnoanálise”, tendo sido apoiada como um método de tratamento eficaz pelas principais entidades médicas internacionais (EDELWEISS, 2008; ERICKSON; HERSHMAN *et al.*, 1994; RHODES, 1950).

Durante as décadas de 1960-70, o psiquiatra americano, Milton Erickson (1901-1980), insatisfeito com as opções da medicina tradicional, desenvolveu uma forma inovadora de tratamento psicológico que tornou as premissas comuns da psiquiatria e da psicologia inadequadas para descrevê-la (HALEY, 1991). Erickson ampliou os conceitos e as técnicas de hipnose, criando, assim, o que viria a ser chamado, do ponto de vista instrumental, de “hipnose ericksoniana”, enquanto a sua “terapia estratégica” parecia se enquadrar no arcabouço teórico da terapia familiar, onde a família se tornava o centro dos dilemas humanos (HALEY, 1991).

As idéias de Erickson, e principalmente o seu trabalho clínico, promoveram uma renovação dos conceitos e da prática da hipnose contemporânea, sendo responsável pela revitalização do estudo da hipnose atual aplicada à terapia e impactando sobre outras formas de terapia, como a terapia familiar sistêmica e a pragmática da comunicação humana (HALEY, 1991; WATZLAWICK, 1967).

O modelo tradicional e autoritário de indução da hipnose, que havia sido criticado por Freud, foi modificado por Erickson, que o transformou em um modelo permissivo e indireto, visando um modo de comunicação mais natural. Assim, era possível induzir a hipnose nos pacientes ao se narrar uma história, contada usando um timbre diferenciado de voz e incorporando elementos motivacionais e metafóricos que prendiam a atenção dos pacientes. O termo “hipnose” nem mesmo precisava ser usado formalmente, colaborando com as observações de Berheim de que a influência sugestiva do terapeuta não exigia o uso formal da hipnose.

A linguagem indireta que Erickson utilizava, repleta de metáfora, analogias e anedotas, exigia a participação ativa do paciente induzindo-o a realizar uma busca interior para a construção de sentidos, transformando-o em um sujeito ativo na terapia. Assim descreveu Erickson a sua terapia:

A essência da hipnoterapia ericksoniana não é colocar algo dentro dos pacientes, mas, mais do que isso, é evocar alguma coisa fora de suas estruturas de referência consciente e de suas limitações aprendidas. Este é um aspecto importante, porque o público, em geral, e muitos profissionais também ainda acreditam que a hipnose é usada para controlar ou programar as pessoas, como se elas fossem autômatos, sem mentes (ERICKSON e ROSSI, 1994, p.46).

Em um seminário realizado no México, Erickson demonstrou que ser possível realizar hipnose sem o uso da linguagem verbal, hipnotizando uma enfermeira mexicana apenas por gestos e toques. O fato era uma evidência empírica do que mais viria ser chamado de “comunicação de múltiplos níveis”, mostrando a comunicação com o paciente ia além do aspecto verbal (ROSSI, 1997; WATZLAWICK, 1967).

A fama de Erickson no uso da linguagem hipnótica despertou a atenção do antropólogo e biólogo Gregori Bateson (1904-1980) que o convidou a participar de seu estudo sobre o transe cotidiano na Ilha de Bali (BATESON, 1942). Posteriormente, Bateson e seu grupo de estudo da Escola de Palo Alto, desenvolveram a teoria da existência de, pelo

menos, cinco axiomas na comunicação humana, dentre os quais, estava a impossibilidade de não se comunicar, pois tal tentativa acarretaria em um comportamento esquizofrênico; e também, que toda comunicação não só transmite informação, senão, ao mesmo tempo, impõe um comportamento (WATZLAWICK, 1967). Essas descobertas assumiram que a comunicação, mesmo não possuindo uma ordem explícita, ainda assim é detentora de um mecanismo de influência, tanto a partir da comunicação verbal, como da comunicação não verbal, como esclareceu Watzlawick (1967, p.57 e 61):

A comunicação analógica é toda comunicação não verbal, incluindo a postura, os gestos, as expressões faciais, o tom da voz, a seqüência, o ritmo e a cadência das palavras, e qualquer outra manifestação não verbal. [...] Os seres humanos se comunicam tanto digital como analogicamente. A linguagem digital conta com uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa, mas carece de adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica, mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não ambígua da natureza das relações .

A partir da década de 1990, pesquisas como as de Loftus (1997) vieram confirmar o poder da influência nas relações terapêuticas. Sua pesquisa demonstrou que a simples pergunta: “Você se perdeu em um shopping quando tinha 5 anos de idade?”, realizada mediante uma relação psicólogo-paciente, foi suficiente por provocar a criação de uma falsa memória. Portanto, fazer alguém se lembrar de algo que não aconteceu era algo relativamente fácil, dentro de certas circunstâncias.

A partir dessa descoberta inicial, outras pesquisas foram realizadas para analisar a influência de terapeutas ao interpretarem os sonhos dos seus pacientes. Os resultados destacaram que a prévia predisposição por parte de alguns clientes, que já acreditam na importância dos sonhos, somada a autoridade confiável do terapeuta, poderia alterar crenças pré-existentes, se tornando responsáveis pela modificação da autobiografia dos pacientes (LOFTUS, 1997; MAZZONI; LOFTUS, 1996; MAZZONI; LOMBARDO *et al.*, 1999; POOLE; LINDSAY *et al.*, 1995).

De acordo com Lindsay e Read (1995), as sugestões de uma autoridade confiável poderiam ser particularmente influentes quando comunicavam uma explicação lógica da plausibilidade de memórias de traumas de infância. “No entanto, também é bom ressaltar que trabalhar com material onírico pode ser particularmente um potente meio de influenciar clientes, para melhor ou para pior.” (MAZZONI; LOMBARDO *et al.*, 1999, p.49). Os

estudos alertaram também para a possibilidade de que estas intervenções tivessem o poder de fazer as pessoas pôr em dúvida suas verdadeiras experiências. “Nossa esperança é de que aumentar a consciência deste poder poderia aumentar a probabilidade do uso cauteloso de este tipo de intervenções” (MAZZONI; LOFTUS *et al.*, 2001).

Pensar que a hipnose é essencialmente um método diretivo, acreditando que existem outras formas de relação em que não há diretividade, atesta apenas a idéia ingênua de se crer na existência de relações humana que não imponham um comportamento. Tal fato incidiria contra um dos axiomas da comunicação humana, além de também poder implicar no descaso dos profissionais de saúde com o teor de suas palavras, gestos e explicações, aumentando os riscos da influência negativa sobre as condições de saúde de seus pacientes (OKEN, 2008; ROSSI, 1997; WAMPOLD; IMEL *et al.*, 2007).

A conscientização do poder das palavras e sugestões, e a preocupação em aperfeiçoar a linguagem a fim de promover a saúde, são questões essenciais na aprendizagem da hipnose.

Segundo a Sociedade de Psicologia Britânica, o termo “hipnose” denota a relação entre uma pessoa, o hipnólogo, e outra pessoa, ou pessoas, "o sujeito" ou "sujeitos" hipnóticos. Nessa interação, o hipnólogo busca influenciar as percepções, sentimentos, pensamentos e comportamento dos "sujeitos" pedindo a eles que se concentrem em idéias e imagens que podem evocar o efeito pretendido (HEAP; ALDEN *et al.*, 2001). A comunicação verbal que o hipnólogo usa para obter esses efeitos é denominada "sugestão". Ela diferencia das instruções cotidianas uma vez que o "sucesso" da resposta é experienciado pelos sujeitos com uma reação involuntária e não forçada. Os sujeitos também podem aprender a desenvolver suas próprias induções hipnóticas, neste caso, o processo é chamado de "auto-hipnose" (HEAP; ALDEN *et al.*, 2001).

O problema em torno do que se constitui uma sugestão hipnótica é um objeto de estudo dos mais complexos que vem sendo pesquisado há mais de um século. O seu completo entendimento se tornará uma peça-chave para a compreensão do efeito-placebo e das curas mente-corpo, o que poderia ser usado para potencializar a eficácia dos tratamentos em saúde (HERMER; PIDINGTON *et al.*, 2001; ROSSI, 1997).

4.3.3.2 Vertente orgânica

A concepção orgânica compreende as linhas de estudo e de prática da hipnose contempladas por uma visão biomédica, que tiveram seu marco histórico na própria concepção do termo “hipnose”, ao ser definido como um “sono nervoso”. Ela é representada pelo o que se convencionou chamar de hipnose tradicional, ou clínica e experimental, e é associada aos estudos da Escola de Salpêtrière.

Antes mesmo do surgimento oficial da hipnose, alguns seguidores do magnetismo animal já o defendiam como uma ferramenta de uso na clínica médica. Isso se aconteceu a partir da iniciativa de vários médicos que publicaram artigos sobre resultados positivos no uso do magnetismo animal no tratamento de doenças orgânicas, ou em cirurgias e extrações dentárias (ELLENBERGER, 1970; FARIA, 1979; WEISSMANN, 1978; WOLF, 1993). O próprio Marquês de Puységur havia comunicado que muitos indivíduos, quando colocado em um estado de sono magnético, poderiam espontaneamente diagnosticar as suas próprias doenças, e as dos outros. Ele também descreveu casos em que o sonâmbulo prescreviam medicamentos específicos ou procedimentos médicos (CRABTREE, 1988).

Em 1826, havia uma dúzia de tratados de cem páginas compiladas por Mialle Simon, intitulado *Exposé alphabétique par ordre des curas opérés en France par le magnétisme animal*, que detalhavam os casos de cura através da aplicação do magnetismo animal entre 1774 e 1826. Em cada caso havia uma descrição da doença tratada, o procedimento empregado pelo magnetismo animal, e os resultados produzidos, com vários casos bem documentados pelas fontes (CRABTREE, 1988).

Ainda como sistema magnético, o magnetismo animal foi aplicado como anestesia em cirurgias. A primeira operação cirúrgica bem documentada sobre uma pessoa em estado de sonambulismo magnético foi realizada em Paris, em 16 de abril de 1829, para a remoção de um tumor da mama de uma paciente de sessenta e quatro anos. O hipnotizador era Jean Pierre Chapelain e o cirurgião, Jules Cloquet (1790-1883), mais tarde famoso por suas obras sobre anatomia (CRABTREE, 1988).

Em 1842, o Dr. Ward realizou com sucesso, em Londres, a amputação de uma perna após uma magnetizar o paciente. Um colega de profissão colega, John Elliotson (1791-1868), manifestou-se imediatamente a defender a causa do uso médico do magnetismo animal. Mas o cirurgião que garantia ter realizado as mais severas cirurgias com anestesia

magnética foi James Esdaile (1808-1859). A maioria das suas operações foi feita na Índia e quando quis divulgar suas obras na Europa, seus trabalhos foram desacreditados, o mesmo aconteceu com John Ellioston, que se rebelou e se tornou editor de uma revista sobre magnetismo. No entanto, toda a atividade promissora do magnetismo animal como um anestésico em cirurgias decaiu após a descoberta dos primeiros anestésicos químicos, a partir da segunda metade do século XIX, na Europa (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003; NEUBERN, 2001).

Quando a hipnose tomou o lugar do magnetismo animal, ela se revestiu de uma teoria neurofisiológica, de cunho materialista mecanicista. As escolas da França, Nancy e Salpêtrière, representaram a fragmentação em dois modos distintos de pensar e praticar a hipnose. A vertente orgânica, associada aos seguidores do pensamento de Chartot, buscou associar a hipnose a fatores físicos e cerebrais. Esta concepção teve um grande impulso com as obras do fisiologista russo Ivan Pavlov, que dedicou boa parte dos seus estudos desenvolvendo uma teoria de explicação da hipnose. A sua “teoria cortical” se transformou na base de referência para os hipnólogos organicistas (FARIA, 1979).

A concepção epistemológica dominante neste grupo se refletia também em sua metodologia de aplicação da hipnose. A linguagem do terapeuta com o paciente tendia a ser mais objetiva, autoritária, e impessoal, tendo implicações consideráveis sobre o paciente, que assumia uma posição de passividade. As técnicas de induções eram aprendidas por meio de *scripts* pré-configurados. Os quais também eram usados de modo padronizado para a realização de pesquisas empíricas.

A hipnose prosperou principalmente pelo seu uso instrumental em pesquisas empíricas. Fato que exigiu sua adequação ao um modelo formal e matemático, que pudesse servir como base para a elaboração de escalas e tabelas. Criaram-se várias escalas para medir a resposta à sugestão e o nível de profundidade hipnótica. A *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility* e a *Stanford Hypnotic Susceptibility Scales* foram desenvolvidas a partir da década de 1960 e são as mais conhecidas (WEITZENHOFFER; HIGARD, 1959). Elas funcionam como um controle e uma medida quantitativa para pesquisas clínicas e experimentais com a hipnose.

Ao longo de mais de 220 anos de pesquisa, a hipnose se tornou a técnica psicológica que acumulou o maior número de experiências e de relatos que evidenciam sua eficácia

clínica em várias especialidades da saúde (NASH, 2000). As suas aplicações na saúde compreendem uma vasta área que vai desde a redução da dor em diversos tipos de intervenções (BARABASZ; WATKINS, 2005; GEZUNDHAJT, 2007; MONTGOMERY; BOVBJERG *et al.*, 2007; MONTGOMERY; DAVID *et al.*, 2002), até o aumento percentual de gravidez nos casos de fertilização *in vitro* (LEVITAS; PARMET *et al.*, 2006).

Uma importante distinção na hipnose de investigação são os estudos que se destinam a explorar a natureza da hipnose em si (ou seja, estudo do suposto estado alterado de consciência) e aqueles que usam hipnose como uma ferramenta para explorar outros processos e fenômenos psicológicos. Esta é uma formalização para a distinção do uso "intrínseco" e do uso "instrumental" (OAKLEY, 2006).

O reconhecimento de quando as sugestões hipnóticas são operativas também é um assunto fundamental em pesquisa experimental, onde é importante distinguir entre tratamentos de grupos hipnóticos e de controle. A natureza da sugestão hipnótica também é fundamental na hipnose clínica e psicoterapia em geral, onde os médicos estão preocupados com os meios mais efetivos de facilitar processos terapêuticos (BUTLER; SYMONS *et al.*, 2005; ERICKSON; ROSSI, 1976; KIRSCH, 1999). Teorias recentes neste campo da biomedicina e da psiconeuroimunologia, tentaram associar a hipnose como um mediador da cura mente-corpo, sendo a hipnose um momento hipoteticamente responsável pela ativação de genes de auto-cura do organismo (ROSSI, 1997).

Do ponto de vista legal, durante a década de 1960, a hipnose foi regulamentada por um Decreto n.º 51.009 do presidente Jânio Quadros, que segue:

Proíbe espetáculos ou números isolados de hipnotismo e letargia, de qualquer tipo ou forma, em clubes, auditórios, palcos ou estúdios de rádio ou de televisão, e dá outras providências. Art. 1º - Ficam proibidas, em todo o território nacional, as exposições comerciais. Art. 2º - Ficam excluídas da proibição de que trata o presente Decreto, as demonstrações de caráter puramente científico, sem fito de lucro, direto ou indireto, executadas por médicos com curso especializado na matéria. Parágrafo único - As demonstrações a que alude este artigo dependerão sempre, de aprovação prévia da autoridade competente de cada Estado da Federação, Distrito Federal e Território onde forem promovidas, salvo quando realizadas em estabelecimento de ensino e para fins didáticos (CFM, 1999, p.2).

O decreto, apesar de revogado em 1994, pelo presidente Collor de Melo, permaneceu como "em vigor" no Parecer de Conselho Federal de Medicina de 1999.

Já a regulamentação profissional foi reconhecida por três profissões, conforme ordem cronológica: Odontologia, teve o uso da hipnose regulamentado a partir da Lei 5,081, de 24 de Agosto de 1966, ao estabelecer a profissão de dentista; o Conselho Federal de Medicina, regulamentou o uso a hipnose, considerando-o uma prática médica com o Parecer CFM nº 42/1999; e o Conselho Federal de Psicologia regulamentou o uso da hipnose pelo psicólogo através da Resolução n.º 013/00 de 20 de dezembro de 2000.

Atualmente, devido à influência das obras de Milton Erickson, mesmo os profissionais que fazem uso da hipnose clínica, em hospitais e clínicas odontológicas, estão modificando sua forma de atuar, flexibilizando sua linguagem, diminuindo a tendência a impessoalidade. Modificando, assim, os aspectos do método tradicional da hipnose, desenvolvido sob a égide da neutralidade e objetividade do paradigma positivista. As novas técnicas são mais interativas e buscam observar as características individuais dos pacientes para, então, adaptar as induções e obter melhores resultados hipnóticos (ERICKSON; HERSHMAN *et al.*, 1994; ROBLES, 2000).

4.4 HIPNOSE: UM RECURSO PARADIGMÁTICO NA SAÚDE COLETIVA

Em setembro de 1978, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde - OMS e pela UNICEF, realizada em Alma-Ata, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos, adotando uma declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais (MENDES, 2004; OMS, 1978).

O que atualmente denominamos de saúde coletiva se constituiu a partir da inserção das ciências humanas e sociais no campo da saúde. Este processo provocou uma mudança conceitual e política no modo de pensar sobre a saúde e suas práticas, implicando numa redefinição de homem, de corpo e de saúde para além da esfera biológica (LEAL, 2007).

A noção de saúde coletiva surgiu na década de 1970, como fruto de discussões sobre os determinantes do processo de saúde, doença e cuidado. A partir daí, sucedeu o entendimento de que as doenças, mesmo possuindo sua etiologia associada a fatores biológicos e individuais, também são influenciadas pelas condições sociais e culturais, isto é, fatores coletivos (LEAL, 2007).

Esta área do conhecimento defende que a saúde seja tratada como um direito da população, pois é considerada um meio de efetivação da cidadania, estabelecendo-se, assim, como um fenômeno social de interesse público, além de um dever do Estado (UFBA, 2008).

O objeto das investigações e práticas em saúde coletiva inclui o saber sobre a saúde e sobre a produção de conhecimentos neste campo, no que concerne aos seus aspectos históricos, sociais, antropológicos e epistemológicos. É também tema de estudos da saúde coletiva as relações entre os saberes científicos e populares em saúde, e o papel da influência das tradições, crenças e culturas (UFBA, 2008).

Por isso, compreendemos que a saúde coletiva assume uma concepção ampliada e complexa do conceito de saúde, por vez, influenciada por fenômenos sociais, culturais e históricos, o que torna este campo rico para investigações. Além disso, suas práticas privilegiam mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado com a saúde da população (UFBA, 2008).

A descrição da epistemologia da cura pela sugestão, aqui ilustrada, apresentou um panorama geral sobre a construção do conhecimento de uma disciplina na qual se pode estabelecer um paralelo entre a construção de uma intervenção fundamentada em uma abordagem psicológica e alguns desafios práticos e conceituais da Saúde Coletiva.

A hipnose foi concebida como uma prática médica que, se destituída de mitos e preconceitos, pode oferecer uma solução congruente com a atual necessidade do modelo médico para dispor de práticas humanizadas e promotoras de saúde. Abaixo apresentaremos algumas sugestões da utilização da hipnose a fim de que atenda aos fatores propostos por Luz (2005) que objetivam a reaproximação da medicina com a “arte de curar”.

4.4.1 Refletindo sobre a Constituição das Racionalidades Médicas

A medicina pode ser entendida como uma instituição que organiza um sistema de relações de poder, definindo modos de subjetivação e regras para a sociedade. Tal instituição tem o como papel fundamental fazer com que o ambiente seja visto de forma artificial, sendo o profissional da saúde muitas vezes o comportamento de um burocrata responsável pelo destino dos sujeitos, administrador de corpos (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Com o florescimento da ciência moderna a saúde se tornou objeto das ciências da saúde, que por sua vez, foram compostas por várias disciplinas que tomaram como objeto as práticas em saúde. A medicina passou a ocupar o lugar de destaque dentro deste campo do saber e se tornou detentora de um poder disciplinar, implícito nas suas relações discursivas, adquirindo grande reconhecimento social, sustentando o paradigma dominante das ciências da saúde. O homem que se torna objeto das disciplinas científicas, não é mais um homem transcendente, medida de tudo que é, mas um homem objetivado, homem corpo, e sede de doenças (CAMARGO JR, 1995).

Assim explica Capra (1997, p.116) o desenrolar da medicina ocidental, também chamada de biomedicina:

No decorrer de toda história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e a doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica.

A expropriação do subjetivo e a supervalorização do orgânico vincularam o sujeito ao objeto, fazendo com que houvesse um deslocamento da responsabilidade pela doença, do sujeito para o profissional de saúde, neste caso, o médico, principalmente porque este acumular um campo de saber que faz a leitura deste objeto (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Na maioria das sociedades uma particular forma de saúde, como a medicina científica no Ocidente, é elevada sobre as demais, e tanto seus aspectos sociais quanto culturais são sustentados por leis. Além desse sistema oficial de assistência à saúde, que inclui as profissões de medicina, odontologia, enfermagem, entre outras, normalmente existem, em muitos países ocidentais, sistemas menores e alternativos, como a medicinal tradicional chinesa, a fitoterapia, a quiropraxia, a medicina ortomolecular e a cura espiritual que podem ser chamados de subculturas de assistência à saúde (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Os sistemas alternativos surgem como um modelo de prática médica diferenciado da medicina científica. Atualmente o termo se reveste de grande polissemia, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica (LUZ, 2005).

Como destaca Luz (LUZ, 2005, p.15):

Acredito que um novo paradigma médico pode nascer justamente ali onde a racionalidade médica ocidental esqueceu que era mais que um saber científico – isto é, que é também uma arte de curar sujeitos doentes, distanciando-se da sua dimensão terapêutica, na busca de investigar, classificar e explicar antigas e novas, sobretudo as novas, patologias através de métodos diagnósticos crescentemente sofisticados.

Os indivíduos que exercem a medicina tradicional formam um grupo à parte, com seus próprios valores, teorias sobre as doenças, regras de comportamento e sua organização hierárquica de funções especializadas. O plano corporativo tem implicações não apenas sobre a questão da ética profissional em termos das relações entre intracategorias (especialidades médicas), como também das relações entre as intercategorias da área de atenção à saúde (relações médicos/terapeutas, ou médicos e outras profissões) (LUZ, 2005).

Durante o processo de formação em medicina, os alunos passam por uma aprendizagem cultural, na qual, gradualmente, adquirem uma perspectiva particular dos problemas de saúde que irá perdurar ao longo de suas carreiras profissionais. Além disso,

adquirem um *status* social elevado, uma alta capacidade de geração de renda e o papel de curandeiro socialmente legitimado, o que traz consigo determinados direitos e obrigações.

É normal que a classe médica após passar por toda uma formação rigorosa, baseada em princípios morais e éticos, aprendendo a confiar somente em evidências clínicas comprovadas e bem documentadas, entre em choque com o crescente número de terapias não legitimadas, visto que algumas promovem métodos não usuais, como beber a própria urina, ou realizar torções no pescoço com o objetivo de alinhar os centros energéticos.

Por outro lado, o resgate da hipnose pode se tornar uma maneira harmoniosa de propor a transição para uma nova racionalidade, que parte de um sistema biomédico para um sistema biopsicosocial, sem que seja necessário a incorporação de um sistema conceitual não científico, ou desconhecido.

Se no princípio de seu surgimento a hipnose era acusada de método fraudulento, atualmente, ela dispõe de vasta literatura e estudos científicos bem documentados, evidenciando resultados clínicos em diversas áreas da saúde. A sua eficácia vai além da cura de doenças psicossomáticas, havendo estudos que evidenciam a melhora, ou a cura, em casos de doenças congênitas, até então consideradas incuráveis pela biomedicina (MASON, 1952). O aumento do percentual de sucessos em fertilização *in vitro* com o uso da hipnose (LEVITAS; PARMET et al., 2006) e aceleração da cura de fraturas ósseas (GINANDES; ROSENTHAL, 1999), são uma amostra de que este é um campo promissor para a compressão do ser humana e para a superação da dicotomia mente-corpo (ROSSI, 1997).

Além dos estudos empíricos, nos últimos vinte anos, “a revolução cognitiva unificou o mundo das idéias com o mundo da matéria usando uma influente teoria, a de que a vida mental pode ser explicada em termos de informação, computação e feedback.” (PINKER, 2004, p.54). Tal fato veio reforçar a importância da hipnose também como um valioso instrumento para a pesquisa de processos e fenômenos psicológicos (OAKLEY, 2006).

Por outro lado, Luz (2005) aponta que a escassez, ou inexistência na biomedicina de alguns fatores são responsáveis pela emergência de um novo modelo médico na saúde coletiva, são eles: a) Reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; b) Re-situação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; c) Busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de

adoecimento da população; d) Construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência em termos da relação saúde/enfermidade; e) Afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença.

Aproveitaremos esses fatores para traçar um paralelo com as possíveis contribuições para a minimização de algumas dessas deficiências que o uso da hipnose ajudaria a resolver, sem, no entanto, recorrer a sistemas médicos não científicos. Essa cautela evitaria o choque entre concepções de saúde e o risco da aplicação de práticas não testadas, uma vez que algumas dessas medicinas podem oferecer riscos e agravar a saúde (BARRETT, 2008a, b; BEYERTEIN, 2008; JARVIS, 2008; LAMB, 2008; SHANG; HUWILER-MÜNTENER *et al.*, 2005; TAVARES, 2003).

A seguir, seguem as sugestões de como o uso da hipnose poderia resolver algumas das deficiências da biomedicina, conforme os fatores apontados por Luz (2005):

a) A reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico

Algumas premissas básicas da visão da biomedicina são: a racionalização científica; o destaque na mensuração objetiva e numérica e nos dados neuroquímicos; o dualismo mente-corpo; a visão das doenças como entidades; o reducionismo; a ênfase no sujeito paciente e não na família ou comunidade (HELMAN, 2006).

A medicina, assim como a ciência ocidental está fundamentada de modo em geral na racionalidade científica, em que todas as suposições e teorias devem ser sujeitas a testes de verificação conforme as condições objetivas, empíricas e controladas. Os fenômenos ligados à saúde e à doença só são reais quando podem ser vistos e medidos objetivamente de acordo com essas circunstâncias. Uma vez observados e, por vez, quantificados, passam a ser considerados “fatos” clínicos, cujas causas e efeitos devem, então, serem investigados. Todos os “fatos” têm uma causa, sendo que a tarefa do médico clínico é descobrir a corrente lógica de influências causais que conduziram ao fato em questão (HELMAN, 2006).

Sendo assim, os “fatos” médicos nascem a partir de um consenso entre os observadores, cujas mensurações são realizadas de acordo com determinados princípios preestabelecidos. Os pressupostos subjacentes a esses princípios e que determina quais os fenômenos que merecem ser investigados e como devem ser verificados e medidos, são chamados de “modelos conceituais”. Estes modelos “são formas de construir a realidade e

de impor sentido ao caos do mundo fenomenológico”, sendo que, “uma vez que tenham sido construídos, os modelos agem de forma a produzir sua própria verificação, excluindo os fenômenos externos da estrutura de referência empregada pelo usuário.” (EISENBERG, 2004, p.9; HELMAN, 2006).

O modelo da medicina epistemológico da medicina ocidental está orientado principalmente para a descoberta e quantificação das informações neuroquímicas do paciente, e não para fatores menos mensuráveis, como os sociais e emocionais. O enfoque que esse modelo médico dá a realidade clínica “presume que os aspectos biológicos são mais básicos, reais, clinicamente significativos e interessantes do que os aspectos psicológicos e socioculturais”(HELMAN, 2006).

Embora a hipnose tenha passado por todo um longo processo de racionalização e legitimação, sua aplicação terapêutica implica em um contato direto do terapeuta com o paciente sem intermediários, isto é, sem o uso de um medicamento, de agulhas da acupuntura, ou mesmo da suposta ação de alguma energia mística. O paciente é trazido para o centro da ação e convidado a tornar-se sujeito.

A eficácia da hipnose depende, dentre outros aspectos, da boa comunicação do profissional com o paciente, no sentido de gerar uma boa relação terapêutica, fundada a partir de um processo de vínculo positivo, ou *rapport*. O que exige uma mudança de atitude e de mentalidade do especialista, pois este passa a se preocupar como o modo que se expressa e a demonstrar interesse sobre as crenças, visões de mundo, lazer e outros aspectos da vida do paciente, tornando a relação menos técnica e impessoal (O´HANLON, 1994; SPIEGEL, 1996). Desse modo, rompe-se a figura central da autoridade médica, muitas vezes pensada tal como um Deus.

O uso da hipnose tem conseqüências diretas sobre a humanização do cuidado, uma vez que se funda a partir de uma relação mais humana e menos impessoal. Esta relação, embora relativa e indeterminada, como qualquer relação humana, se torna uma peça-chave na terapêutica e assume um lugar de prestígio, forçando os profissionais a se empenharem em melhorar sua maneira de se relacionar com o outro. Como afirma Camargo Jr (1995, p.15):

Boa parte dos equívocos da medicina ocidental reside no fato de se ter deixado dominar pela miragem da técnica onipotente, pondo de lado tudo aquilo que, por

ser subjetivo, mutável, complexo, variável, não científico, precisamente os atributos que talvez melhor caracterizem nossa humanidade.

Por outro lado, essa nova atitude também implica na destituição parcial da hegemonia do saber médico e de suas certezas, uma vez que não se conhece com exatidão a dinâmica dos processos psicológicos e da relação terapêutica. O faz com que o terapeuta tenha consciência das limitações do seu saber, saindo do local resguardado pela figura de autoridade.

b) A relação médico–paciente como elemento fundamental da terapêutica

Com a vantagem da hipnose de ter toda a sua história metodológica e conceitual escrita seguindo valores éticos bem definidos, a sua eficácia da hipnose não é atribuída a nenhum fator externo ao sujeito, mas a sua relação com o mundo que o cerca. Ao assumir que a forma de se comportar com os seus familiares e amigos, estabelecer metas, ou dar sentidos para vida, estão no cerne das causas de muitas das doenças, isso expõe a multiplicidade do ser humano, exigindo sua compreensão holística e não reducionista para a saúde, mais uma vez se assemelhando ao que é proposto como novidade nas medicinas não científicas, mas sem recorrer a explicações com base mística (O'HANLON, 1994; ROBLES, 2000, 2001; SANTANNA; HENNINGTON *et al.*, 2008).

c) Busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população.

Segundo Luz (LUZ, 2005, p.61):

As questões de saúde atuais mais amplas exigem, para enfrentá-las, não apenas políticas públicas infra-estruturais, ligadas ao saneamento e à educação, atualmente deixadas de lado pelos governos com a dominância mundial do neoliberalismo, como também modelos médicos pouco custosos, que possam assegurar práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde. Tais modelos não fazem apelo à grande tecnologia atual, tão refinada quanto cara, ligada às especialidades médicas; muito pelo contrário, supõem uma visão mais globalizante e integrada da saúde dos cidadãos, atendendo-os com o que se designa comumente de modelo de atenção primária à saúde.

O uso da hipnose por ser uma abordagem exclusivamente humana, que não faz uso de medicamentos, ou aparelhos, se torna um método relativamente barato, uma vez que exige apenas um investimento pedagógico (BUTLER; SYMONS *et al.*, 2005). Experiências

com o uso da hipnose na atenção primária evidenciam sua importância como descreve KESSLER (1996, p.300):

Formação em hipnoterapia proporciona o atendimento à atenção básica com as competências necessárias para enfrentar fontes cada vez mais comuns e significativas de morbidade infantil: eventos estressantes da vida, sintomas psicofisiológicos, doenças crônicas e problemas comportamentais.

Acrescenta-se ainda às suas aplicações positivas na saúde, o efeito na redução da dor de ferimentos, queimaduras, dores de cabeça, dores do câncer (BARBER, 2000) e na analgesia em vários tipos de intervenções (MONTGOMERY; BOVBJERG *et al.*, 2007; WRIGHT; DRUMMOND, 2000).

O uso da hipnose na atenção terciária se torna uma alternativa viável, tanto do ponto de vista clínico como econômico, pois estudos mostram que seu uso pode reduzir em até 53% os gastos com medicamentos (LANG; ROSEN, 2001).

d) Construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente, e não sua dependência em termos da relação saúde/enfermidade; e) Afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença.

Uma das principais utilizações da hipnose em processos terapêuticos refere-se ao estabelecimento de expectativas positivas de mudanças. As hipnoses modernas que seguem a linha de pensamento proposta por Milton Erickson estão voltadas para a solução e desenvolvimento de estratégias de modificação do comportamento. Conforme cita Robles (2000, p.24):

Se vocês já estão pensando em termos de solução, estão invocando a história construtiva dentro do paciente. Sabemos que toda pessoa tem uma solução por dentro. Toda pessoa fóbica sabe como relaxar. A solução existe dentro do paciente e o que fazem com seu diagnóstico é ajudá-lo a encontrar esta história construtiva [...] A terapia deve estar mais enfocada nas soluções do que orientadas para os problemas.

Embora ainda exista um modelo mais tradicional de aplicação da hipnose, herança da Escola de Salpêtrière, baseada nas teorias corticais da Pavlov e nos determinantes biológicos, que podem ser traduzidos e uma postura mais autoritária e impessoal, essa visão está se tornando cada vez mais escassa, sendo praticada apenas pelos hipnólogos mais antigos. A hipnose que Milton Erickson e seus discípulos ajudaram a difundir representa um

avanzo não só da aplicação das técnicas de linguagem hipnótica, mas, sobretudo, na forma de se relacionar com os pacientes e incentivá-lo a se tornarem pessoas independentes e singulares (ROBLES, 2000).

Tanto a relação terapêutica quanto o próprio tratamento são discutidos com os pacientes, que também podem aprender a auto-aplicação da hipnose, para usá-la a qualquer momento que sentirem necessidade, até conseguirem obter as resposta de modo voluntário e consciente (HALEY, 1991; O'HANLON, 1994).

5 RESULTADOS

Este capítulo expõe as análises dos relatos de sete professores de hipnose, tratando de questões, tais como, a função da hipnose como ferramenta terapêutica, as suas concepções epistemológicas e os obstáculos para a difusão da hipnose como uma prática em saúde, os quais foram correlacionados com informações coletadas na pesquisa bibliográfica.

Buscou-se compreender quais os fatores impedem a maior divulgação e aprendizado da hipnose por parte dos profissionais de saúde. Os dados foram analisados seguindo a metodologia proposta por (CRESWELL, 2007). Quatro categorias foram usadas para a organização dos dados: a) Mitos e Preconceitos; b) Concepções; c) Aplicabilidade; d) Hipnose e Saúde Coletiva.

A formação acadêmica dos informantes incluiu graduações em cinco áreas acadêmicas e pós-graduações outras onze áreas que foram organizadas, na tabela abaixo, acrescentando o tempo de experiência de cada um com a hipnose.

Informante	Formação Acadêmica	Pós-Graduação	Experiência
FORMADOR 1	Medicina	Esp. Medicina Comunitária, Mestrado em Saúde Pública	13 anos
FORMADOR 2	Psicologia	Esp. Orientação Profissional, Mestrado em Psicologia	05 anos
FORMADOR 3	Administração	Doutorado em Hipnose Clínica	34 anos
FORMADOR 4	Psicologia	Mestrado e Doutorado em Psicologia	09 anos
FORMADOR 5	Psicologia	Esp. Psiconcologia Mestrado em Filosofia	23 anos
FORMADOR 6	Psicologia e Filosofia	-	17 anos
FORMADOR 7	Medicina	Otorrinolaringologia e Broncoesofagologia	10 anos

a) Mitos e Preconceitos

Quando vim para Florianópolis, pela Marinha, para dirigir o Hospital Naval, havia realizado no Rio de Janeiro duas amigdalectomias sob hipnoanestesia — as primeiras no mundo em que o cirurgião era o mesmo operador hipnótico — que ganharam repercussão nacional, com ampla reportagem na revista “O Cruzeiro”. Tempos depois de estar aqui, fui procurado por um paciente civil para cirurgia de amígdalas. Internado, no dia da cirurgia fui proibido pelas irmãs religiosas de entrar no hospital. Ouviram dizer que eu viera fugido do Rio porque ali havia, usando a hipnose, violentado duas jovens. Calúnia de um colega temeroso da concorrência. O fato repercutiu na cidade. A autoridade militar a que estava subordinado, “aconselhou-me” a esquecer, aqui na cidade, a hipnose. Mesmo assim, no Hospital Naval que eu dirigia, realizei mais duas amigdalectomias, por hipnose, sem anestesia química. FORMADOR7.

As representações da hipnose não são as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependem tanto do conhecimento do senso comum (ou popular), como do contexto sociocultural em que os indivíduos estão inseridos. No caso de novas situações ou diante de novos objetos, como, por exemplo, a hipnose, o “representar” apresenta uma seqüência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos (novos) por meio de um duplo mecanismo denominado “ancoragem” e objetivação, mecanismo pelo qual indivíduos, ou grupos, acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis, retiradas de seu cotidiano, aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais têm de lidar (OLIVEIRA, 2004).

Essa relação entre linguagem e representação no “poder das idéias” de senso comum transparece nos relatos dos formadores que participaram desta pesquisa, narrativas que refletem o distanciamento entre a concepção científica da hipnose e a visão comum dos profissionais de saúde:

Há ainda no Brasil (em comparação aos EUA), um profundo desconhecimento da hipnose na área de saúde. Muitos daqueles que a ensinam, o fazem misturando com religião, “vidas passadas”, auto-ajuda pobre e profundo desconhecimento de danos que possam ser provocados pelo mau uso da hipnose, seja porque têm cursos de 2 dias, porque os professores tiveram formações ruins e/ou estudaram pouco. (FORMADOR 5)

Sabe-se pouco sobre a hipnose – que é marcada ainda por aura de mistério. Temos 200 anos de preconceito. (FORMADOR 4)

Do ponto de vista institucional, desde 1958, tanto a Associação Médica Britânica Medical (HEAP; ALDEN *et al.*, 2001), quanto a Associação Médica Americana (APA, 2008), aprovaram o uso da hipnose como uma ferramenta terapêutica viável. Em 1983, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) defendeu a hipnose como um valioso método terapêutico.

O desconhecimento sobre o uso da hipnose como uma terapêutica viável e cientificamente reconhecida evidencia o desconhecimento que alguns médicos, dentistas e psicólogos têm das suas próprias áreas e regulamentações profissionais. Desde 1966, a Lei que regulamentou a profissão de dentista (Lei 5.081, Art. 4º, de 24/10/1966) reconhece o uso da hipnose como uma ferramenta clínica na Odontologia, determinando, no parágrafo VI, “empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento” (CFO, 2008).

Em 1999, o Parecer nº 42, do Conselho Federal de Medicina instituiu que “a hipnose é reconhecida como valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos.” (CFM, 1999), além de descrever aplicações no tratamento de dezenas de doenças e em várias especialidades médicas. Já a psicologia, que deveria ser a área de maior interesse, uma vez que a hipnose é por natureza um genuíno fenômeno psicológico, foi a última a aprová-la. Somente a partir da Resolução N° 013/00, de 20/12/2000, do Conselho Federal de Psicologia, Art. 1º: “O uso da hipnose inclui-se como recurso auxiliar de trabalho do psicólogo, quando se fizer necessário, dentro dos padrões éticos, garantidos a segurança e o bem estar da pessoa atendida.” (POL, 2008).

As reações mais comuns das pessoas frente à descoberta da prática da hipnose pelos informantes foram expressas por palavras como: espanto, surpresa, sentimento lúdico e preconceito. Conforme os relatos seguintes:

Cara de espanto, gozação ou interrogação, quando não surge desconforto (FORMADOR 1);

As pessoas geralmente fazem uma expressão de surpresa e saem com alguma brincadeira (FORMADOR 4);

Estranhamento e surpresa. Preconceito popular e religioso existe muito (FORMADOR 7);

Suas perguntas são quase sempre estereotipadas, preconceituosas e céticas (FORMADOR 2);

Quando sou identificado como praticante por colegas de profissão, há comumente, embora cada vez menos, um misto de interesse com desconfiança (no que se refere à seriedade e cientificidade), quando pessoas de outras áreas me conhecem como hipnoterapeuta, normalmente há curiosidade e interesse (FORMADOR 5);

Evidencia-se, em alguns relatos, a influência da mídia sobre a construção das representações da hipnose. Barrett (2006) realizou um estudo sobre a representação da hipnose em 230 filmes constatou que, desse total, apenas dez filmes foram considerados representantes de uma imagem positiva, ou factual, da hipnose. Em outro estudo que investigou a conotação negativa da hipnose na medicina, Upshaw (2006), concluiu que a cultura popular incorporou a representação da hipnose de maneira equivocada, perpetuando uma imagem de um método de lavagem cerebral, ou de uma ferramenta para busca espiritual.

Eu tenho o apoio da mídia, o que ressalta mais a atividade do imaginário das pessoas, com conceitos variados que vão de “bruxo” a “inteligente”, passando por “demônio” ante praticantes fanáticos de algumas religiões mais fundamentalistas (FORMADOR 3).

Outra forma midiática de se expor a hipnose provém dos espetáculos de hipnotismo de palco, que remontam os tempos do magnetismo animal. Visando o entretenimento dos espectadores, o hipnotizador seleciona pessoas numa platéia e as conduz ao palco, onde, de maneira rápida e precisa, “controla as mentes dos hipnotizados”, produzindo os mais variados fenômenos, como a incorporação de um demônio, a simulação de uma experiência sexual, a imitação de animais, ou qualquer outro meio que provoque o riso ou o assombro das pessoas que o assistem. Durante o show, o público fica impressionado com o poder do hipnotizador, enquanto os mais céticos acreditam que foi tudo combinado.

Por isso, é comum nos livros de hipnose, principalmente os escritos por pesquisadores conceituados, a condenação do uso da hipnose em espetáculos, como destaca Passos e Labate (1998, p.97):

A hipnose de palco, por exemplo, não necessita de maiores comentários para sua condenação. Com fins puramente comerciais ou de entretenimento, selecionam-se

alguns espectadores que demonstrem maior suscetibilidade, por meio de alguns testes e induz-se a hipnose vertical explorando seus fenômenos unicamente com fins de divertimento do público, não raro expondo ao ridículo as vítimas de tal procedimento.

Em um clássico sobre hipnose médica e odontológica, Milton Erickson (ERICKSON; HERSHMAN *et al.*, 1994) assegurou a importância dos profissionais de saúde não aprenderem hipnose com hipnotizadores de palco. Segundo o autor, a hipnose de palco tem como princípio o senso comum e a especulação do suposto domínio da mente, concepções contrárias aos princípios éticos da saúde.

Além de todo o dano que um hipnotizador de circo pode causar, deixando um paciente ressentindo-se da hipnose, existem outros perigos possíveis que não derivam-se do fato da hipnose ter sido usada, mas dos eventuais equívocos praticados (p. 72).

Entretanto, na prática, o alerta parece não surtir efeito, pois muitos profissionais de saúde recorrem aos profissionais midiáticos, principalmente, por acreditarem que é possível aprender a hipnotizar os pacientes instantaneamente, como é exibido na TV, sem questionar, ou entender, todo o trabalho de produção que há nessas apresentações. Conforme garantiu o FORMADOR 3: “no palco só se escolhe os melhores!”. Indicando que a escolha dos participantes sempre é feita por meio de uma seleção das pessoas mais sensíveis na platéia.

b) Concepções e Aplicabilidade

A literatura científica revela várias pesquisas e casos clínicos com resultados positivos do uso da hipnose no tratamento de diversas enfermidades, como: depressão (YAPKO, 1992, 1999, 2001); ansiedade e estresse pós-traumático (SPIEGEL, 1996); infertilidade (GINANDES; ROSENTHAL, 1999); “otimização” da cicatrização de ferimentos e fraturas ósseas (GINANDES; ROSENTHAL, 1999); tratamento de queimaduras graves (BARBER, 2000; EWIN, 1992b); tratamento de verrugas (EWIN, 1992a); síndrome do cólon irritável (SIMRÉN, 2006); e até mesmo em doenças tidas como incuráveis, como a equitodermia congênita (MASON, 1952), entre outras (LAMB, 2008; ROSSI, 1997).

No entanto, o questionamento sobre a eficácia da hipnose foi motivo de contradições entre os relatos dos Formadores 3 e 5:

Desde meu ponto de vista a hipnose não cura absolutamente nada, somente adia os sintomas. Sempre que usada de forma interdisciplinar poderá ser uma ferramenta de ajuda terapêutica muito valiosa [Formador 3];

(...) cerca de 70% dos pacientes que atendo (como acontece com muitos profissionais bons da área) recebem alta entre 10 e 20 horas. Ora, para eu me manter com um salário constante, preciso receber muitos pacientes em um ano, não menos que 50, enquanto que para terapeutas que ficam anos com o mesmo paciente, basta receber 30 num ano para estar garantido pelos próximos anos. O paciente mais lucrativo é aquele que depende do terapeuta, fica por anos em tratamento e paga bem [Formador 5].

Essas contradições podem explicadas pelas disparidades nas concepções de hipnose assumidas pelos profissionais. De acordo com os relatos dos informantes foram identificadas duas concepções básicas da hipnose: uma clínica e instrumental, que é mais difundida e há uma predominância dos aspectos técnicos; e outra psicoterapêutica, em que há uma maior preocupação com os aspectos humanos da relação terapêutica e com o desenvolvimento de estratégias psicológicas cognitivas e comportamentais.

É comum aos psicoterapeutas possuírem uma formação mais abrangente do que os que trabalham com a hipnose de uso clínico e hospitalar. A psicoterapia, geralmente exercida por psicólogos e médicos, envolve uma formação humanística que compreende o homem e seus sintomas como parte de um sistema dinâmico que inclui a família, a cultura, a sociedade e as experiências vividas. Por outro lado, a hipnose clínica se desenvolveu a partir de um olhar biológico, mais reducionista e técnico, que considera a hipnose uma ferramenta auxiliar em procedimentos médicos pontuais.

As diferenças conceituais guiam as práticas com a hipnose e, em alguns casos, podem confrontar os modelos biomédicos tradicionais, como defendeu o Formador 5, ao afirmar que o uso da hipnose implica em conflitos ao “violiar vaidades, arrogâncias e ignorâncias” de outros profissionais, ou mesmo voltar-se contra si mesmo ao desafiar a lógica do mercado capitalista, assentada sobre terapias de longo prazo.

Uma pesquisa realizada pelo psicólogo americano, Alfred Barrios (1970), confirmou a brevidade nos tratamentos com o uso da hipnose em relação a outras terapias tradicionais. Os resultados revelaram as seguintes percentagens de recuperação em alguns tratamentos psicoterápicos: Psicanálise: 38% de recuperação, após 600 sessões (cerca de 11 anos e meio); Terapia Comportamental: 72% de recuperação, após 22 sessões (cerca de 6 meses); Hipnoterapia: 93% de recuperação, após 6 sessões (cerca de 1 mês e meio).

Os resultados de outro recente estudo sobre o uso da hipnose clínica no tratamento da dor também demonstraram ser possível reduzir os gastos com medicamentos para sedação em procedimentos médicos em até 53% (LANG; ROSEN, 2001). O uso da hipnose reduziu o tempo de internação, aumentou a ação de medicamentos (KESSLER, 2005; SUGARMAN, L.I., 1996), e diminuiu ou eliminou a necessidade do uso de analgésicos (MONTGOMERY; BOVBJERG *et al.*, 2007), tendo um relevante impacto sobre a economia da saúde.

Um dos maiores gastos da saúde pública é com a compra de medicamentos, some-se a isso a variedade de prescrições que pode ter um custo adicional (PICON; BELTRAME *et al.*, 2005). Outra pesquisa realizada nas unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau (COLOMBO; SANTA HELENA *et al.*, 2004), constatou-se que as classes terapêuticas mais prevalentes foram os analgésicos (14,3%), seguida dos antibacterianos sistêmicos (12,5%) e antiinflamatórios (12,5%).

Como observou Grant Thompson (THOMPSON apud GRAHAM, 2008), autor do livro, *The Placebo Effect and Health*, as pílulas se tornaram o meio de troca nas transações médicas, um símbolo do poder de curar do médico e a vontade do paciente em ser curado. O problema é que as pessoas pensam que os medicamentos servem para todos os problemas, fazendo com que muitas queiram um antibiótico de qualquer maneira, mesmo quando seus médicos lhes dizem que têm apenas uma gripe e explicam que os antibióticos não são indicados para essas situações. A falta de outras formas de tratar transformou a relação médico-paciente em uma interação transacional (GRAHAM, 2008).

A baixa quantidade de boas fontes publicadas em língua portuguesa e a deficiente formação em hipnose no Brasil, foram apontadas como os principais problemas na formação de profissionais nesta área. Particularmente no campo da saúde, muitas vezes o conhecimento dá-se por contra própria:

Há ainda no Brasil (em comparação aos EUA), um profundo desconhecimento da hipnose na área de saúde. Muitos daqueles que a ensinam, o fazem misturando com religião, “vidas passadas”, auto-ajuda pobre e profundo desconhecimento de danos que possam ser provocados pelo mau uso da hipnose, seja porque têm cursos de 2 dias, porque os professores tiveram formações ruins e/ou estudaram pouco (FORMADOR 5)

As principais razões [da pouca difusão da hipnose na saúde] são originadas dos problemas de formação que vêm ainda da universidade. Sabe-se pouco sobre a

hipnose – que é marcada ainda por aura de mistério. Como ela é marcada por vários preconceitos, os próprios professores não vêem nela um interesse clínico ou epistemológico digno de mobilizar suas atenções. Acaba que isso é passado adiante para os alunos e poucos espaços são criados para que se verifique, de fato, sua pertinência para a área de saúde (FORMADOR 4).

[A dificuldade na sua formação foi] Encontrar literatura científica nacional ou em português sobre hipnose. Mas como sou fluente em inglês, lancei mão de literatura importada. Outra dificuldade foi sair do uso em sala de aula para o consultório. Creio que o atendimento supervisionado em salas com espelho ou com gravação em vídeo seria um auxílio muito importante para verificar o uso correto de técnicas e corrigir erros. Porém, esse ponto de escassez é recorrente na formação do psicólogo e não necessariamente do hipnólogo em nosso país (FORMADOR 2).

A deficiência na formação é justificada em algumas contradições nos relatos do FORMADOR 3, o único que não possuía uma formação acadêmica na área da saúde, e que mostrou incongruência de seu relato com os dados de pesquisa e com um princípio ético, ele escreveu: *“O que vai importar no final é o resultado bem sucedido do trabalho sob hipnose. Sem importar o meio. Maquiavel está muito presente”*.

A visão de que os fins justificam os meios vai contra os princípios éticos na saúde, conforme explicado por Schmidt (2008, p.392):

A autonomia é autodeterminação, significando que o reconhecimento do fim ético move a ação ética e nunca a coação externa. A autodeterminação, contudo, não se traduz pela desconsideração dos outros. Ao contrário, julgamentos sobre certo e errado, permitido e proibido ou bem e mal são intersubjetivos, envolvendo o cuidado com outros. Assim, contemplam-se as condições humanas da singularidade, com a autodeterminação e da pluralidade, com a intersubjetividade. (...) Ou, dizendo de outra maneira, para a ética os fins não justificam os meios quando eles sacrificam a liberdade ou a consciência moral e não se espera que princípios como a liberdade, a dignidade ou o respeito sejam retirados de uns em favor de outros.

Outra questão que levou a incoerências foi a explicação sobre os possíveis motivos da baixa difusão da hipnose na saúde:

Poderia ter uma difusão bem maior, mas ainda se acredita que o uso da hipnose substitui o uso de medicamentos e isso é um obstáculo na divulgação ante a presença permanente de laboratórios farmacêuticos, já seja em congressos, entidades da área da saúde, universidades, etc. (SIC). (FORMADOR 3)

[Sobre a contribuição da hipnose para a Saúde Coletiva] Diminuindo o uso de medicação, abreviando as terapias psiquiátricas, aliviando a dor no trauma no

câncer e na cirurgia. Multiplicando serviços de efetiva auto-ajuda, para muitas diferentes performances. (FORMADOR 1)

A crença de que a hipnose ajuda na diminuição, e até na substituição, de alguns medicamentos encontra-se de acordo com os resultados de algumas recentes pesquisas (GRAHAM, 2008; KESSLER, 2005; LANG; ROSEN, 2001; MONTGOMERY; BOVBJERG *et al.*, 2007; SUGARMAN, L.I., 1996).

c) Concepções e Saúde Coletiva

Ao longo de sua história conceitual, a hipnose foi influenciada por várias vertentes psicológicas e biológicas. Atualmente, a linha que mais se destaca é chamada “hipnose ericksoniana”, ou “moderna”. Marcada por uma atuação intitulada de “naturalista”, pois visa direcionar os recursos psicológicos dos próprios pacientes para a busca de soluções centradas nas competências desses sujeitos. “Não é necessário trazer nada de fora, pois todas as respostas se encontram dentro da pessoa.” (O’HANLON, 1994, p.19). O terapeuta passa a ser responsável por criar as condições para que as mudanças aconteçam, e não por mudá-los.

A categorização das abordagens pode variar bastante. Entendo um divisor epistemológico importante quando pensamos a hipnose como clássica (diretiva) e moderna (auto-hipnose, sugestiva). O uso da técnica é sempre baseado nas premissas teóricas do hipnólogo. (FORMADOR 2)

Cada abordagem de compreensão do Ser Humano entenderá a hipnose de uma maneira, embora seja induzida de maneira igual ou similar, dependendo da abordagem. Entretanto, o material psíquico será compreendido e trabalhado de maneiras, por vezes, completamente diferentes. (FORMADOR 5)

As contribuições de Milton Erickson para o conhecimento vão além da hipnose, uma vez que suas obras tiveram impacto sobre outros campos do saber, como a terapia familiar sistêmica, a lingüística, a cibernética, as teorias da informação, a programação neurolingüística, entre outros.

Enquanto a hipnose clássica teve como marco teórico a teoria neurohipnológica, de James Braid, e a teoria de inibição cortical, de Ivan Pavlov, uma linha de estudos associada à Escola de Salpêtrière, na França.

O modelo neurológico pavloviano forneceu as bases para a concepção e metodologia da hipnose, conforme destacou o Formador 7:

Explicar a natureza do fenômeno hipnótico é mais simples do que a tornam. Trata-se apenas de um tipo de sono lúcido provocado pela formação de arcos reflexos condicionados.. (...) Os caminhos corticais abrem maior suscetibilidade a se fixar e aceitar, como se a decisão partisse do próprio paciente, não de um estranho.

Esta concepção traz implícita o ideal positivista do isolamento e da materialização do seu objeto de estudo, que tentou transformar a hipnose em um fenômeno objetivo e fisiológico, fornecendo ao médico um método preciso, e pretensamente impessoal, como um meio de obter a neutralidade científica. Já que a aplicação da hipnose dependia da linguagem esta teve que ser normatizada e controlada, para que se pudesse neutralizar seu viés subjetivo e cumprir com o ideal positivista, somente assim, ela poderia se tornar uma ferramenta médica. Conforme destaca Faria (1979, p.142):

Cumpre usar a palavra como um instrumento de trabalho, jamais como um meio de transmissão de idéias, de debates ou de conversas. Para nós a palavra é um instrumento como o é um bisturi para o cirurgião (...). Nossa palavra deverá ser previamente estudada, concebida, decorada, planejada, automatizada. E sobretudo, bem treinada. (...) [É] Contra-indicado falar ao paciente em tom de discurso, imprimindo vibrações emotivas e temperamentais, ora mais baixo, ora mais vibrante.

Atendendo as exigências do método das ciências naturais e ignorando os aspectos relacionais e subjetivos, conseqüentemente, humanos, os cursos de hipnose que seguissem esta linha poderiam ser mais breves, pressupondo que a ênfase no aprendizado recaía sobre os aspectos biológicos, instrumentais e sobre a ética médica em vigor (FARIA, 1979).

Este modelo da hipnose perdurou por muitos anos, desde o seu surgimento como ferramenta médica, até o início da década de 1970, quando, no Brasil, médicos com ideais de socialização da medicina passaram a insistir numa mudança de mentalidade.

O tempo necessário para a formação em hipnose também variou em relação aos profissionais de orientação clássica, ou clínica (Formadores 3 e 7), e os demais, de orientação psicoterapêutica, ou ericksoniana.

Nosso curso capacita profissionais da saúde em curso de duração de 140 horas/aula em sala e 20 horas/aula de supervisão. Ao final do curso, o aluno está apto a utilizar da hipnose dentro das regulamentações de sua categoria profissional. Ensinamos técnicas ericksonianas, clássicas, além de intervenções clínicas psicoterápicas de inspiração ericksoniana especificamente para médicos e psicólogos. (FORMADOR 2)

Geralmente em torno de dois anos. Se o curso é devidamente conduzido, esse período é suficiente. (FORMADOR 4)

O tempo de formação formal, na época em que me formei nos EUA (1998), era de 90 horas, hoje o tempo estipulado é de 120 horas. O tempo é suficiente para aprender a induzir hipnose, contar histórias e se comunicar indiretamente, mas não para saber o que fazer durante a hipnose em variadas situações possíveis e complicadas como lembrar, durante a hipermnésia, de traições, violências, torturas, críticas constantes, desamor, abandono e afins. Aliás, isso eu ouvi muito: profissionais que aprenderam a hipnotizar, mas que não sabiam o que fazer quando o paciente estivesse hipnotizado, facilitando a piora do paciente (FORMADOR 5).

A *The Milton Erickson Foundation* propôs um *Guidelines* para a Formação de um mínimo de 120hs. Nós estamos trabalhando aqui (...) com 360 horas prático-teóricas, o que inclui monografia individual com apresentação ao final de curso (FORMADOR 1).

Em todos os cursos que ministrei para turmas de médicos (perto de 50), obtinham-se bons resultados de aplicação da técnica em cerca de 30 dias (FORMADOR 6).

Eu, pessoalmente ensino Hipnose Prática e Clínica [à sua maneira, sem seguir uma linha específica], onde o período básico de aprendizado leva 28 horas +/-, mas temos todos os meses reciclagem, onde se pranteiam os empecilhos, as dificuldades de cada aluno e consultas permanentes através de chat, ou e-mails. Assim como estágios em consultórios médicos, odontológicos e terapêuticos (FORMADOR 3).

Em todos os cursos que ministrei para turmas de médicos (perto de 50), obtinham-se bons resultados de aplicação da técnica em cerca de 30 dias (FORMADOR 7).

A noção de hipnose instrumental, usada como uma ferramenta para programar a mente dos hipnotizados, ou alterar a percepção da dor, é associada ao modelo de hipnose ensinada nos cursos rápidos, em torno de 28 horas/aula, ou menos, já que o ensino se volta para as técnicas, sem seguir uma abordagem psicológica, ou humanística, o que envolveria o contato de outros campos do conhecimento e filosofias, e demandaria mais tempo para o aprendizado:

A maior dificuldade está no treino, na prática, saber distinguir se a pessoa entrou ou não no estado de transe hipnótico. Para evitar isso eu começo meus cursos ensinando técnicas rápidas de hipnose, como as usadas em palco, para que isso possa ser usado pelos alunos desde o primeiro dia o que vai levar a uma desinibição e dar-lhe maior segurança de que “consegue”, depois vamos a analisar mais detenidamente (SIC) as práticas terapêuticas (FORMADOR 3).

O problema maior do aprendizado da hipnose instrumental, sem que houvesse um conhecimento anterior sobre a psicologia da aprendizagem e as bases elementares do comportamento, é que se criou uma lacuna na formação dos profissionais que ficaram sem saber “o que fazer” depois de estabelecida a indução hipnótica.

As dificuldades comuns são as seguintes: Cursos rápidos de hipnose, variando de 10 a 50 horas; Aprenderem a provocar os fenômenos do pensamento chamados de hipnose, mas não sabem o que fazer durante eles; Ter um diagnóstico pobre ou errado do paciente, “tentando curar o pé direito, quando o problema está no braço esquerdo”; Trabalhar os sintomas, achando que está trabalhando as causas, como querer trabalhar a tristeza, achando que essa é a causa maior, sendo que tende a ser, na maioria das vezes, apenas efeito. (FORMADOR 5).

De 10 a 40% dos alunos em formação durante as práticas depara-se com seus conteúdos inconscientes profundos e muitas vezes abandonam o curso por falta de uma psicoterapia paralela individual ou mesmo supervisão individual. (FORMADOR 1).

A maior dificuldade é fazer com que o profissional use a técnica com critério, quando há indicação e com um objetivo específico. Essa dificuldade de formação é tanto teórica, por falta de literatura científica nacional ou em português, quanto prática, por falta de supervisão (FORMADOR 2).

A mudança de mentalidade dos profissionais. Temos 200 anos de preconceito. Daí a necessidade de trabalhos, pesquisas e discussões teóricas aprofundadas sobre o assunto que possam ganhar, principalmente, os espaços de formação (FORMADOR 4).

Nos países como Estados Unidos e Inglaterra, para se realizar tratamentos de transtornos com hipnose, é exigido treinamento formal, que ensina a diagnosticar as causas do comportamento problemático e como modificá-lo, além de uma certificação, geralmente, renovada anualmente. Pode-se concluir, portanto, que se o terapeuta não sabe como tratar o paciente sem hipnose, também não saberá tratá-lo com hipnose.

No Brasil, não há, atualmente, qualquer legislação em vigor que regule o uso da hipnose, além das resoluções dos Conselhos de Medicina e Psicologia, o que a torna um alvo fácil para o uso indiscriminado. Além disso, o trabalho com psicoterapia pode ser prejudicial tanto para terapeuta quanto para cliente, quando o terapeuta não tem o suporte necessário para tratar seus próprios conflitos, correndo o risco de projetá-los sobre o tratamento dos clientes.

Ao se questionar se haveria algum pré-requisito pessoal para o aprendizado da hipnose, se obteve uma clara diferença entre as concepções dos formadores ericksonianos (1,2,4,5,6) e clássicos (3 e 7).

Analisando friamente não. Há muitos tipos de exercício da hipnose que beneficiariam indivíduos com todas as personalidades. Porém é necessário ética, atenção, perseverança e compaixão, ao sofrimento do paciente, pois a cura é proporcional ao desenvolvimento da coragem para amar que o terapeuta possa ter (FORMADOR 1).

Creio que o único pré-requisito é formação superior na área da saúde e especialização na área (FORMADOR 2).

Na minha forma de ver: desejo firme de ajudar o outro; humildade; disciplina, principalmente em torno de estudo e prática; e amor pelo que faz (FORMADOR4).

Fazer hipnose em psicoterapia equivale a fazer uma cirurgia no espírito/ alma/ psique do paciente, quanto mais o profissional tiver uma postura de prudência, calma, compreensão da vida e formas tranquilas de lidar com as dores possíveis do viver, melhor será sua intervenção (FORMADOR 5).

O que realmente é necessário para uma boa aprendizagem em hipnose é a total dedicação e empenho (FORMADOR 6).

Tenho certeza sim. O tom de voz, segurança, criatividade, carisma, ponderação (entenda-se implícito humildade e conhecimento), permanente procura, pesquisa e aprendizado (FORMADOR 3).

Aqui o problema ganha maior amplitude. Todos podem tocar piano: é só estudar teoria musical e exercitar a técnica do teclado. Mas no fim, teremos um “virtuoso”, cinco pianistas e duzentos pianeiros. Dá-se o mesmo na prática hipnótica: personalidade, presença, liderança, cultura, confiança, qualidade da voz, timbre, impostação, dicção, vocabulário, muitas variáveis, resultados também diversos (FORMADOR 7).

Os formadores de orientação ericksoniana ressaltaram a importância das características humanas, enquanto, os clássicos, concordaram quando a exigência de pré-requisitos e acrescentaram algumas características fisiológicas e instrumentais.

d) Hipnose e a Saúde Coletiva

O movimento de inserção das Ciências Sociais na Saúde ganhou força a partir da década de 1970 e foi responsável por uma mudança de paradigmas na saúde, fortalecendo o campo da Saúde Coletiva. O Formador 1, que participou desse movimento, buscou superar as limitações do modelo positivista tentando modificar as concepções médicas vigentes.

Depois de decidir criar um serviço terapêutico e comunitário para tratar de abusadores e dependentes de álcool e outras drogas denominadas (...) formei uma equipe interdisciplinar com médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, educadores enfermeiro. Definido em 1986 que o marco teórico desse serviço seria não-psicanalítico, fui atrás de outras abordagens. Depois de localizar o Humanismo Existencial Logoterapêutico, a Terapia Cognitiva Comportamental e Psicoterapia Sistêmica, descobri que os estados alterados de consciência através da hipnose seriam imensamente úteis para desintoxicar e curar a Alma dos pacientes toxicômanos (FORMADOR 1).

A fenomenologia hipnótica expressa pelo paciente é especialmente útil para o Hipnoterapeuta, que aproveita esse rico momento de mudança interior para realizar a resignificação de crenças e comportamentos, tratando problemas físicos e ou emocionais emergentes através da hipnoanálise e da hipnoterapia. A sugestionalidade, aumentada do paciente pelo transe hipnótico, favorece a exploração ética e conjunta de alternativas, através do diálogo terapêutico sob transe, encontrando-se diversas alternativas para a solução de problemas, segundo a orientação da Hipnose Clássica Européia ou da Hipnose Ericksoniana Americana. O transe hipnótico favorece os diálogos mente-corpo (...) favorecendo os processos de autoregulação e autocura (FORMADOR 1).

Milton Erickson, ao desenvolver o seu estilo de terapia, não aceitou a orientação para o passado da psicanálise e rompeu com os padrões tradicionais da psiquiatria e psicoterapia, desenvolvendo um estilo próprio, “dirigido para a competência e não para as falhas do indivíduo; para seus recursos e não para suas fraquezas; para suas possibilidades e não para as suas limitações.” (O’HANLON; DAVIS, 1994, p.11). A abordagem de Erickson se baseou em um modelo de homem como ser localizado socioculturalmente, sendo os sintomas conseqüências das relações com o ambiente familiar, social e físico, ou seja, adotou uma visão sistêmica em oposição à visão reducionista da hipnose clássica. Conforme evidenciado nos relatos abaixo:

Tradicionalmente a hipnose é usada na medicina e na odontologia, sobretudo numa abordagem mais diretiva (clássica). O enfoque moderno [ou ericksoniano] tem sido melhor aceito, inclusive no meio acadêmico, principalmente por esforços de profissionais de linha ericksoniana (FORMADOR 2).

[Erickson] que deixou uma abordagem completa para a prática ética e científica da hipnose em consultório dentro de um contexto de psicoterapia breve, ou intervenção breve (FORMADOR 1).

[A hipnose] se presta a trazer algum tipo de melhoria do sujeito consigo mesmo, de proporcionar processos de mudança significativos (principalmente em termos de reconfiguração de sentidos) em demandas ligadas ao sofrimento humano (FORMADOR 4).

A hipnoterapia é uma grande e útil prática de saúde, porque trabalha em diferentes níveis a subjetividade do indivíduo, produzindo o bem estar e a saúde da pessoa, ajudando-a a superar os seus traumas passados, e gerenciar melhor seu presente, administrando também melhor seu futuro. É algo sistêmico, ou seja, facilidade de utilizar a hipnoterapia em favor do paciente de uma forma geral (FORMADOR 6).

Uso Psicoterapia e Hipnoterapia Ericksoniana, principalmente no que se refere à comunicação, tarefas, indução e uso de hipnose, assim como outras estratégias e posturas intervencionistas estudadas, compreendidas e utilizadas por Erickson. Meta para a psicoterapia (com base no diagnóstico): uso idéias do viver de Nietzsche, Montaigne, Sêneca, Cícero, Osmar de Souza Araújo e outros filósofos, refletindo sobre elas em maior ou menor nível com o paciente (FORMADOR 5).

Estes relatos confirmam a preocupação da hipnose de orientação ericksoniana com as potencialidades e com as capacidades dos pacientes, ao invés de se focalizar nas fraquezas. A antiga orientação da hipnose clássica buscava as causas dos sintomas em supostos traumas do passado. A nova orientação é voltada para o presente e para o futuro.

(...) não está preocupada como os problemas afloram ou mesmo como se mantêm, mas sim em como serão resolvidos. Saímos do mar de psicologia, medicina e filosofia e encontramos na terra firme da intervenção. Nessa terra, não há diagnóstico certo ou errado, teoria certa ou errada; apenas dados sobre o que funciona ou o que é útil em casos específicos (O'HANLON e DAVIS, 1994, p.21).

A hipnose de Erickson valorizou o ser humano e sua individualidade, propondo que os problemas devem ser compreendidos dentro da lógica do paciente, do seu referencial familiar e sociocultural, a partir de uma relação “Eu-Tu” (ROBLES, 2000, 2001; ZEIG, 1985). Esta relação, contemplada pelos estudos de Martin Buber (1878-1965), representa uma atitude de genuíno interesse na pessoa com quem se está interagindo. Envolve a totalidade do ser em uma relação de plenitude, compreendendo o ser que sofre no tocante às razões do seu sofrimento, contextualizando-o através do conhecimento da história de vida e de uma visão sistêmica do doente (BARTHOLO JR., 2008). O sofrimento não precisa mais ser “coisificado” através de uma tradução nosológica. O elemento Eu-Tu de uma relação não pertence mais somente ao médico, mas a todos os profissionais de saúde (seres que curam) interessados genuinamente em minimizar o sofrimento de um ser que sofre (GIGLIO, 2008).

As palavras do Formador 1, tentaram descrever metaforicamente os sentimentos do encontro com o outro, a partir da hipnoterapia:

Para o Conselho Federal de Medicina sou Médico Hipniatra. Sinto, entretanto que após 23 anos de práticas, muitos milhares de consultas prestadas em hipnose os rótulos ficam insuficientes. Sinto-me hoje, às vezes como um curador Quântico, outras, como um “Condor”: um limpador de resíduos e sobras em decomposição de seres humanos em profundo sofrimento (FORMADOR 1).

Por outro lado, compreende-se como relação “Eu-Isso” o modelo reducionista que busca a neutralidade e a impessoalidade na relação terapêutica. Ela ocorre quando o outro é visto como um objeto. Neste tipo de relação não existe um encontro genuíno, autêntico, entre as pessoas. A forma Eu-Isso pode ser descrita como a relação entre o médico e um elemento orgânico do ser que sofre, por exemplo, um tumor, um rim obstruído, ou o paciente renal, cardíaco e assim por diante (BARTHOLO JR., 2008). Esta é a visão predominante na visão biomédica da hipnose clássica, conforme os relatados abaixo, ao se questionar a influência da biomedicina na hipnose:

Com certeza, o modelo da biomedicina influencia e muito para a não prática da hipnose nos consultórios em geral, porque muitas pessoas querem apenas dar as pílulas da felicidade e outros tanto querem apenas receber essas mesmas pílulas (FORMADOR 6).

O enfoque biológico e alopático restringe o desenvolvimento (ou ressurgimento) de outras tradições terapêuticas que muito podem contribuir para o tratamento dos pacientes (FORMADOR 2).

O modelo vigente Newtoniano e Cartesiano não consegue explicar a fenomenologia Quântica do Transe Hipnótico (FORMADOR 1).

Pelo que percebo, por meio de uma influência médica – isto é: a) sem um entendimento teórico do sujeito e sua personalidade, mas apenas dos funcionamentos cerebrais; b) com interesse em remoção de sintoma; c) uma relação médico-paciente em que o médico detém o poder e pouco explora os recursos do paciente como sujeito (FORMADOR 4).

Contudo, é razoável que a hipnose, bem pesquisada, possa fornecer dados importantes para avanços da biomedicina em termos de remédios, compreensões psicobiológicas, alterações no sistema imune e outras (FORMADOR 5).

O Formador 7, um real representante da abordagem clássica não considerou haver influência marcante da biomedicina sobre a hipnose: “Não vejo relação de causa e efeito entre as duas coisas”. Já o Formador 3, que também não pertence a linha ericksoniana, se disse frustrado, pois *“fazer hipnose sempre foi fácil, o difícil foi poder programar de forma*

específica e efetiva a mente do paciente. Senti sempre uma paixão pelo tema desta programação...”. O relato expõe as dificuldades enfrentadas ao se tentar transpor a hipnose instrumental e as técnicas usadas no palco para a aplicação clínica nos tratamentos de saúde.

O choque entre as concepções de hipnose alude a extensão do conflito entre paradigmas na ciência (CAPRA, 1997; KUHN, 2006.). A visão mecanicista herdada pelo modelo positivista foi, durante muitos anos, a única verdade possível nas ciências. A hipnose clássica teve que se adaptar ao modelo biomédico a fim de reivindicar sua cientificidade, o que a tornou condizente com a noção de programação, impessoalidade e neutralidade nas relações terapêuticas.

Por outro lado, a abordagem ericksoniana, aperfeiçoada durante de 1970 e 1980, foi influenciada por paradigmas mais recentes, como os propostos pelo humanismo e a antropologia, que romperam que essa visão anterior de homem tal qual uma máquina, conforme descreveram Erickson e Rossi (1994, p. 46):

A essência da hipnoterapia ericksoniana não é colocar algo dentro dos pacientes, mas, mais do que isso, é evocar alguma coisa fora de suas estruturas de referência consciente e de suas limitações aprendidas. Este é um aspecto importante, porque o público, em geral, e muitos profissionais também ainda acreditam que a hipnose é usada para controlar ou programar as pessoas, como se elas fossem autômatos, sem mentes.

Essa mudança se fez necessária uma vez que as doenças psíquicas não possuem uma materialidade, nem uma localização específica no corpo. A compreensão das doenças psicológicas exigiu ir além do material e trazer para análise a complexa dinâmica que guia as condutas em sociedade, como a cultura, as aprendizagens, as relações de poder e os sentidos que se busca na vida. Tal fato exigiu uma postura diferenciada, não mais específica e reducionista, mas uma abordagem ampla que pudesse criar as condições de mudança.

Erickson (HALEY, 1991) modificou a linguagem da hipnose partindo de um modelo direto e autoritário para um modelo indireto e permissivo. Tornou comum o uso de metáforas e analogias que visavam promover a autonomia e o empoderamento dos pacientes. Essas mudanças não podiam incorporadas pelas simples aprendizagem de técnicas normatizadas.

Esse novo modelo de hipnose que passa a ver os sintomas como uma ponte para as relações sociais, e não mais apenas como uma doença orgânica, tornou o processo de

formação dos profissionais psicologicamente orientados uma tarefa complexa frente à tradicional aprendizagem reducionista na saúde. Como destacou Marinoff (2005, p.42):

Na psicologia o conjunto de observáveis consiste na psique. Como observá-la? O que é? A neuropsicologia observa o cérebro, que é mensurável, pelo menos até certo ponto. Mas a psicologia genérica observa a mente. Como a mente não tem características físicas, todas as observações são indiretas e todas as conclusões são mais subjetivas e menos determinadas do que nas ciências físicas.

Esta demanda por uma abordagem terapêutica mais ampla e humana não exigiu, porém, a incorporação de explicações místicas à hipnose. Ao contrário do que é divulgado, o pensamento místico se torna amplo a partir do reducionismo de suas explicações, que são, geralmente, baseadas em supostas energias que funcionam com lógica semelhante a da religião. Eleger um objeto externo ao sujeito, seja uma energia, ou ser sobrenatural, como responsável pelas condições de saúde e doença, acaba por se tornar um modo de alienação, uma vez que desvia a atenção dos pacientes de sua capacidade de realizar mudanças, dos fatores humanos por trás dos sintomas, e da construção do pensamento crítico.

Por outro lado, a estratégia naturalista de Erickson (O'HANLON, 1994) defende que as crenças dos pacientes sejam usadas como um meio de influência e obtenção do *rapport*, sejam elas místicas, ou não. Neste caso, não se trata de defender uma concepção mística para hipnose, mas de fazer uso de uma linguagem e crenças dos pacientes, a fim influenciá-los positivamente.

Portanto, considera-se que a hipnose oferece um referencial teórico e experimental consistente, podendo suprir muitas das necessidades de humanização e modificação de paradigmas da biomedicina, sem que haja necessidade de incorporação de novos modelos médicos para suprir essas demandas. Como observou o Formador 4: “Além de poder ajudar a diversas demandas (depressão, adesão ao tratamento, dor, etc.), a hipnose é um fenômeno da comunicação. Não há profissão sem isso. Ela poderia ensinar muitos nesse sentido.”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo bibliográfico apontou os principais motivos da mitificação da hipnose ao longo da sua história conceitual, marcada por conflitos de poder e interesses ideológicos. A prática médica da hipnose gerou polêmica por conflitar com projeto científico moderno, uma vez que seus fatores subjetivos e psicológicos não eram bem vistos por membros da comunidade científica, que incorporaram os mitos do senso comum às suas representações da hipnose. A hipnose passou, então, a ser vista como uma ameaça à ordem científica, assim como o riso era visto pelos clérigos medievais, na Idade Média, como uma ameaça à moral cristã. A ciência moderna, dotada de poderes disciplinadores, tratou de manter a hipnose em um lugar marginalizado, ao condenar a pesquisa do psiquismo por envolver a subjetividade humana.

Com os avanços recentes no campo científico, o grande volume de publicações internacionais produzidas sobre hipnose e a revolução das neurociências cognitivas, tem surgido um novo interesse no uso da hipnose. No entanto, para os professores de hipnose, os mitos do passado, aliados a carência de boa literatura e de profissionais qualificados no Brasil, foram apontados como os principais obstáculos para a maior difusão da hipnose na área da saúde.

Considerou-se que há ainda o predomínio da visão mítica e mística da hipnose, sobretudo no imaginário da população em geral, enquanto que entre psicólogos e médicos, predominam restrições conceituais associadas às teorias psicanalíticas e behavioristas.

A compreensão da hipnose pelos profissionais que a ensinam foi marcada pela influência de duas abordagens principais: a clássica e organicista, em que se destaca o uso da técnica para procedimentos pontuais; e a ericksoniana e psicoterapêutica, em que há uma preocupação com aspectos humanos da relação terapêutica e o uso de estratégias psicológicas cognitivas e comportamentais para modificação do comportamento.

As abordagens defendidas pelos informantes tiveram impacto sobre suas concepções acerca dos objetivos clínicos da hipnose, dos princípios éticos ao aplicar a hipnose e do tempo mínimo exigido para a formação dos profissionais nesta área terapêutica.

No campo da saúde coletiva, a hipnoterapia parece oferecer soluções para minimizar o distanciamento nas relações terapêuticas do modelo biomédico e promover a saúde, seja pela incorporação de suas técnicas aos tratamentos convencionais, ou pela mudança de

mentalidade que ela pode exercer ao destacar a importância da influência psicológica. A demanda por uma abordagem terapêutica mais ampla e humana não exigiu, porém, a incorporação de explicações místicas à hipnose. Pondera-se que a hipnose pode oferecer um referencial teórico e experimental consistente com o atual modelo científico, podendo suprir muitas das necessidades de humanização e modificação de paradigmas da biomedicina, sem que haja necessidade de incorporação de novos modelos médicos para suprir essas demandas.

Sugerem-se novos estudos para ampliar a compreensão de outras variáveis relacionadas ao uso da hipnose na saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

1. ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
2. ALMEIDA, A. A. S. D.; ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. p.34-41. 2007 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700006&nrm=iso Acessado em: 07.08.2007.
3. ALMEIDA, R. M. V. R. A critical review of the possible benefits associated with homeopathic medicine. p.324-331. 2003 Disponível em. Acessado em:
4. APA, A. P. A. *New Definition: Hypnosis*. Disponível em: http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html. Acesso em: 20.11.2008.
5. BACHELARD, G. *A Formação do Espírito Científico*. 2006. Disponível em. Acessado em:
6. _____. *A Formação do Espírito Científico*. 2007. Disponível em: http://www.4shared.com/file/21076272/80282ef5/Bachelard_-_A_formao_do_esprito_cientfico.html?s=1. Acessado em: 10.06.2007.
7. BADRA, Á. *Hipnose em Odontologia e Odontologia Psicossomática: nova dimensão na odontologia atual*. São Paulo: Andrei, 1987.
8. BAILLY, J. B. Rapport secret sur le mesmérisme, ou magnétisme animal. In: Prado, Fernando Negrão (Org.) *Revisão Histórica da Hipnologia: de Paracelso ao grande declínio 1529 - 1789*. Rio de Janeiro, 1967. (Transcrição do Trabalho original, publicado em 1784).
9. BAILLY, J. S. *Exposé des expériences qui ont été faites pour l'examen du magnétisme animal*. Bibliothèque Interuniversitaire de Medicine et d'odontologie, 1782. Disponível em: <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?40742x01> Acessado em:
10. BANDLER, R.; GRINDER, J. *A Estrutura da Magia: um livro sobre linguagem e terapia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.
11. BARABASZ, M.; WATKINS, J. *Hypnotherapeutic techniques*. New York: Brunner Taylor & Francis, 2005.
12. BARBER, J. *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión: una guía clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000.(Biblioteca de Psicología).
13. BARRETT, S. *Seu guia contra o charlatanismo, curandeirismo, fraudes na saúde e para tomada de decisões inteligentes*. Disponível em: http://www.geocities.com/quackwatch/index_old.html. Acesso em: 10.08.2008.
14. _____. *Victim Case Reports*. Disponível em: <http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/Victims/victims.html>. Acesso em: 10.10.2008.
15. BARRIOS, A. A. Hypnotherapy: a reappraisal. *Psychoterapy: theory, research and practice*, n.1970. 1970 Disponível em: <http://www.sbh.org.br/sbhh/artigos+hipnose.html>. Acessado em: 20.10.2008.
16. BARTHOLO JR., R. *Você e Eu: Martin Buber, presença palavra*. GoogleBooks, 2008. Disponível em: http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=Hfce43fdtSgC&oi=fnd&pg=PA7&dq=eu+tu+eu-isso&ots=yBvUms oZNA&sig=kkZ5UbWTQcLeNOcGKwJnxwPYuLM#PPP1,M1. Acessado em: 10.11.2008.

17. BATESON, G. *Balinese Character: a Photographic Analysis*. New York: Academy of Sciences, 1942.
18. BEYERTEIN, B. L. *Por Que Terapias Espúrias Freqüentemente Parecem Funcionar*. Disponível em: <http://www.geocities.com/quackwatch/altcrenca.html>. Acesso em: 12.10.2008.
19. BINET, A.; FÉREÉ, C. *Animal Magnetism*. Google books, 2008. Disponível em: http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=lZjlqIQIRycC&oi=fnd&pg=PA33&dq=animal+magnetism+AND+alternati+ve+medicine&ots=uBeuzOP9e3&sig=h9P5Vw5eGsYbLTouenm8Dl_jmDs#PPA1,M1. Acessado em: 12.10.2008.
20. BLYTHE, P. *O Hipnotismo*. São Paulo: Pensamento, 1997.
21. BRAGA, M.; GUERRA, A.; REIS, J. C. *Breve história da ciência moderna: das luzes ao sonho do doutor Frankstein (séc. XVIII)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, v.3, 2005.
22. _____. *Breve História da Ciência Moderna: a belle-époque da ciência (séc. XIX)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar v.4, 2008.
23. BRAID, J. *Neuro Hipnologia*. Buenos Aires: Poblet, 1843/1960.
24. BRASIL, M. D. S. *Promoção da Saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa*. Brasília, DF, 2001.
25. BRUNER, J. The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry*, n.18, Autumn. 1991.
26. BUÉ, A. *O Magnetismo Curador*. 1919. Disponível em: <http://www.4shared.com/file/43417253/3884b49c/AlphonseBueMagnetismoCurador.html?s=1>. Acessado em: 20.09.2008.
27. BUSH, G. *The Relation of the developments of mesmerism to the doctrines and disclosures of Swedenborg*. John Allen, 1847. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=Hrw0AAAAMAAJ&dq=Swedenborg+and+Mesmer&printsec=frontcover&source=bl&ots=CPmEc7NYfA&sig=OG4se7UEteNkD2gijNn721XR43w&hl=pt-BR&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result#PPR1,M1. Acessado em: 09.08.2008.
28. BUTLER, L. D.; SYMONS, B. K.; HENDERSON, S. L. *et al.* Hypnosis Reduces Distress and Duration of an Invasive Medical Procedure for Children. *Pediatrics*, n.1, p.e77-e85. 2005 Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/1/e77>. Acessado em: 10.02.2008.
29. CÂMARA, F. P. A função reguladora do transe e possessão ritual nos cultos espíritistas brasileiros. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.4, n.1, p.617-628. 2005.
30. CAMARGO JR., K. Medicina, medicação e produção simbólica. In: Pitta, Aurea M. R. (Org.) *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: ABRASCO, 1995.
31. CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
32. CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia, Dina e Freitas, Carlos Machado (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

33. CAPRA, F. *O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1997.
34. CARVALHO, M. M. A construção do discurso no gênero entrevista com convidados na internet. *Revista Letra Magna: Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Lingüística e Literatura*, 2005. Disponível em: http://www.letramagna.com/Marcio_Marconato_de_Carvalho.pdf Acessado em: 12.11.2008
35. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, CFM. *Hipnose Médica*. Parecer. 42, 1999.
36. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, CFO. *Website do Conselho Federal de Odontologia*. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/index.htm>. Acesso em: 20.10.2008.
37. CHERTOK, L. *O Hipnotismo*. Lisboa: Publicações Europa-América, SD.(Coleção Saber).
38. CHERTOK, L.; STENGERS, I. *O Coração e a Razão: a hipnose de Lavoisier a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
39. COLOMBO, D.; SANTA HELENA, E. T. D.; AGOSTINHO, A. C. M. G. *et al*. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau: *scielo*. 40: 549-558 p. 2004.
40. CRABTREE, A. *Animal Magnetism, Early Hypnotism, and Psychical Research, 1766 – 1925: An Annotated Bibliography*. 1988 Disponível em: <http://www.esalenctr.org/display/animag.cfm>. Acessado em: 14.11.2008.
41. _____. *Dissociation and memory: a two-hundrede-year perspective* *Dissociation*, v.5, n.3. 1992.
42. CRESWELL, J. W. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
43. CRYSTAL, D. *Language and the internet*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
44. DUARTE, J. e BARROS, A. *Método e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*. São Paulo: Atlas, 2006.
45. EDELWEISS, M. L. *Psicoterapias Breve*. Disponível em: www.malomar.com.br. Acesso em: 10.05.2007.
46. EISENBERG, L. Distinctions between professional and popular ideas of sickness *Culture, Medicine and Psychiatry*, n.1, p.9-23. 2004 Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/j81081714nkm6117/>. Acessado em: 03.08.2008.
47. ELLENBERGER, H. F. *The Discovery of the Unconscious: the history and evolution od dynamic psychiatry*. Allen Lane, London: The Pinguin Press, 1970.
48. ERICKSON, M.; ROSSI, E. Two-level communication and the microdynamics of trance and suggestion. *American Journal of Clinical Hypnosis*, n.18, p.153-171. 1976.
49. ERICKSON, M. H.; ROSSI, E. L. *O Homem de Fevereiro: expandindo a consciência e identidade em hipnoterapia*. Campinas: Editorial Psy, 1994.
50. ERICKSON, M. H. M. D.; HERSHMAN, S. M. D. e SECTER, I. I. D. D. S. *Hipnose Médica e Odontológica: aplicações práticas*. Campinas: Editorial Psy II, 1994.
51. EDITORA UNIVERSITÁRIA, ESPÍRITA. *A Ciência Irmã do Espiritismo*. Disponível em:

- http://www.universoespirita.com.br/revista/clipping_detalhe.asp?cng_ukey=38650175519509QIQM18/11/20... Acesso em: 03.11.2008.
52. ESPÍRITA, R. *Sobre a Homeopatia*. Disponível em: <http://aeradoespirito.sites.uol.com.br/A ERA DO ESPIRITO - Portal/Codificacao Espirita/Homeopatia/ChamadaHomeop.html>. Acesso em: 10.11.2008.
 53. EWIN, D. M. Hypnotherapy for warts (verruca vulgaris): Forty-one consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, v.35, p.1-10. 1992a.
 54. _____. The use of hypnosis in the treatment of burn patients. *Psychiatric Medicine*, v.10, p.79-87. 1992b.
 55. FAÉ, R. A Genealogia em Foucault. *Psicologia em Estudo*, v.9, n.3, set/dez, p.409-416. 2004.
 56. FARIA, O. A. *Manual de Hipnose Médica e Odontológica*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1979.
 57. FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
 58. _____. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
 59. _____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2004.
 60. _____. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
 61. FREUD, S. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Edição Brasileira Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Editora Imago.v.1, 1886/1996.
 62. _____. Tratamento Psíquico (ou Anímico). In: Imago (Org.) *Edição Brasileira Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, 1890/1996.
 63. GALLIAN, D. M. C. A (Re)Humanização da Medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*, n.2. 2000 Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>. Acessado em: 10 de Março de 2008.
 64. GEZUNDHAJT, H. An Evolution of the historical origins of hypnotism prior to the twentieth century: between spirituality and subconscious. *Contemporary Hypnosis* v.24, n.4, p.178-194. 2007.
 65. GIGLIO, A. D. A Relação Médico-Paciente sob uma Perspectiva Dialógica. 2008 Disponível em: http://www.psy.med.br/textos/medico_paciente/perspectiva_dialogica.pdf. Acessado em: 10.11.2008.
 66. GINANDES, C. S.; ROSENTHAL, D. I. Using hypnosis to accelerate the healing of bone fractures: a randomized controlled pilot study. *Alternative therapies in health medicine*, v.5, n.3, p.67-75. 1999.
 67. GORDON, R. *A Assustadora História da Medicina*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
 68. GRAHAM, J. *Placebos and the doctor-patient relationship*. Disponível em: <http://newsblogs.chicagotribune.com/triage/2008/10/placebos-and-th.html>. Acesso em: 20.10.2008.
 69. GREENFIELD, S. M. Romarias, Terapias e a Ligação entre as Curas e a Imaginação. In: Cavalcante, Antônio Mourão (Org.) *Fé, Saúde, Poder: taumaturgos, profetas e curandeiros*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1987.

70. GREENLEAF, M. Mind Styles and The Hypnotic Induction Profile: Measure and Match to Enhance Medical Treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, v.49, n.1, p.87. 2006.
71. GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N. Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re-significação do processo saúde-doença no pós-moderno. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, n.2, p.353-371. 2003 Disponível em: <http://www.unifor.br/notitia/file/159.pdf>. Acessado em: 20.11.2008.
72. GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. p.88-94. 2007 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012&nrm=iso Acessado em: 15.05.2008.
73. HAHNEMANN, S. *Doctrine et traitement homeopathique des maladies chroniques*. 1835. Disponível em: http://www.4shared.com/get/66693722/e4ce8561/yoxlee-Hahnemann_Samuel_Doctrine_et_traitement_homeopathique_des_maladies_chroniques_1835_Mulan.html. Acessado em: 10.10.2008.
74. _____. MEDI-T, 1998. (Original Traduzido para o Inglês).Disponível em: <http://www.homeoint.org/books/hahorgan/index.htm>. Acessado em: 03.11.2008.
75. HALEY, J. *Terapia Não Convencional*. São Paulo: Summus, 1991.
76. HEAP, M.; ALDEN, P.; BROWN, R. J. *et al. The Nature of Hypnosis: a report prepared by a working party at the request of the professional affairs board of the british psychological society*. The British Psychological Society. Leicester: March. 2001. (10/03.2001)
77. HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
78. HERMER, R.; PIDDINGTON, A. e POLLETA, G. Natural Mystery: the placebo effect. Asahi, Tv: Discovery Channel, 2001.
79. HERR, H. W. Franklin, Lavoisier, and Mesmer: origin of the controlled clinical trial. *Urol Oncol*, v.23, n.5, p.346-51. 2005.
80. THE MILTON H. ERICKSON FOUNDATION, T. M. E. F. Disponível em: <http://www.erickson-foundation.org/>. Acesso em: 10.10.2008.
81. JAMES, W. *The Varieties of Religious Experience*. Edinburgh: Harvard University, 1902.
82. JARVIS, W. T. *Por Que Profissionais da Saúde se Tornam Charlatões*. Disponível em: <http://www.geocities.com/quackwatch/charlpro.html>. Acesso em: 12.10.2008.
83. KARDEC, A. *Revista Espírita 1o. ano*. Disponível em: <http://www.espirito.org.br/portal/codificacao/re/1858/>. Acesso em: 03.09.2008.
84. KATZ, E. R. Hypnosis and hypnotherapy with children. *The Lancet*, v.348, n.9030, p.809-810. 1996.
85. KESSLER, R. Treating psychological problems in medical settings: primary care as the de facto mental health system and the role of hypnosis. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*. 2005 .
86. KINDER, S. Hidden Depths: the Story of Hypnosis. *The Lancet*, v.360, n.9349, p.1992-1993. 2002.
87. KIRSCH, I. Hypnosis and placebo: response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Anales de Psicologia*, v.15, n.1, p.99-110. 1999.
88. KRIPPNER, S. Os primeiros curadores da humanidade: abordagens psicológicas e psiquiátricas sobre xamãs e o xamanismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, n.1, p.17-24.

- 2007 Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/17.html>. Acessado em: 19/02/2008.
89. KUHN, T. S. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2006.
 90. LAMB, G. M. Does the human mind have the power to cure the body? *Christian Science Monitor*, v.100, n.39, p.17-17. 2008.
 91. LANG, E. V.; ROSEN, M. P. Cost Analysis of Adjunct Hypnosis with Sedation during Outpatient Interventional Radiologic Procedures. *Vascular and Interventional Radiology*, p.375-382. 2001 Disponível em: <http://radiology.rsna.org/cgi/content/abstract/222/2/375>. Acessado em: 10.05.2008.
 92. LARKIN, M. Hypnosis makes headway in the clinic. *The Lancet*, n.9150, p.386. 1999 Disponível em. Acessado em:
 93. LEAL, V. C. L. V. *Cultura da Beleza: corpo ideal, cirurgia estética e a promoção de saúde de jovens universitários*. Mestrado em Saúde Coletiva, Unifor, Fortaleza, 2007. 91 p.
 94. LERÈDE, J. *Além da Razão: o fenômeno da sugestão*. São Paulo: IBRASA, 1984.
 95. LEVACK, B. P. *A Caça às Bruxas: na Europa Moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
 96. LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. 2008 Disponível em: http://www.4shared.com/file/45400837/a74376e6/Levi-Strauss_Claude_OFeiticeiroesua_Magia.html?s=1. Acessado em: 24/10/2008.
 97. LEVITAS, E.; PARMET, A.; LUNENFELD, E. *et al.* Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertility and Sterility*, v.85, n.5, p.1404-8. 2006.
 98. LEWIS, I. M. *Êxtase Religioso: um estudo antropológico da possessão por espíritos e do xamanismo*. São Paulo: Perspectiva, 1971.
 99. LYNN, S. J., KIRSCH, I., BARABASZ, A., CARDENA, E., PATTERSON, D. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of evidence and look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259, 2000.
 100. LOFTUS, E. F. Creating False Memories *Scientific American*, n.3, p.70-75. 1997 Disponível em: <http://faculty.washington.edu/eloftus/Articles/sciam.htm>. Acessado em: 02.03.2007.
 101. LOMBROSO, C. *Hipnotismo e Espiritismo*. São Paulo: Lake, 1999.
 102. LOPES, L. G. V.; NATIONS, M. K. Revisão Sistemática dos Artigos Sobre Hipnose Publicados no Brasil. VII Encontro de Pós-Graduação e Pesquisa. Fortaleza: Editora da Universidade de Fortaleza, 2007.
 103. LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v.15 n.suplemento, 03.06.2008, p.145-176. 2005.
 104. MACEDO, J. R. *Riso Ritual, Cultos Pagãos e Moral Cristã na Alta Idade Média*. Boletim do CPA, n.º. 4: Campinas, 1997.
 105. MARINOFF, L. *Mais Platão, menos Prozac: a filosofia aplicada ao cotidiano*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
 106. MASON, A. A. A Case of Congenital Ichthyosiform Erythrodermia of Brocq Treated by Hypnosis. *British Medical Journal*, p.422-423. 1952.
 107. MAZZONI, G. A. L. e LOFTUS, E. F. When dreams become reality. *Consciousness & Cognition*, v.5, p.442-462. 1996.

108. MAZZONI, G. A. L.; LOFTUS, E. F.; KIRSCH, I. Changing Beliefs About Implausible Autobiographical Events A Little Plausibility Goes a Long Way *Journal of Experimental Psychology: Applied*, n.1, p.51-59. 2001 Disponível em: <http://faculty.washington.edu/eloftus/Articles/mazzloft.htm>. Acessado em: 10.07.2008.
109. MAZZONI, G. A. L.; LOMBARDO, P.; MALVAGIA, S. *et al.* Dream Interpretation and False Beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice* n.1, p.45-50. 1999 Disponível em: <http://faculty.washington.edu/eloftus/Articles/mazz.htm>. Acessado em: 02.03.2007.
110. MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p.447-448. 2004 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 11 de Abril de 2008.
111. MINAYO, M. C. D. S. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1992.
112. MONTGOMERY, G. H.; BOVBJERG, D. H.; SCHNUR, J. B. *et al.* A Randomized Clinical Trial of a Brief Hypnosis Intervention to Control Side Effects in Breast Surgery Patients. *Journal of the National Cancer Institute* n.17, p.1304-1312. 2007 Disponível em: <http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/99/17/1304>. Acessado em: 18.06.2008.
113. MONTGOMERY, G. H.; DAVID, D.; WINKEL, G. *et al.* The Effectiveness of Adjunctive Hypnosis with Surgical Patients: A Meta-Analysis *Anesth Analg* n.94, p.1639-1645. 2002 Disponível em: <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/full/94/6/1639>. Acessado em: 05.03.2008.
114. MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. 1983.
115. _____. Texto 3: As cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão. In: Morin, Edgar (Org.) *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasília: UNESCO, 2000.
116. _____. *A ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.
117. NASH, M. R. The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention: a preamble to the special issue. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, v.48, n.2, April, p.107-112. 2000.
118. NEUBERN, M. D. S. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. p.241-252. 2001 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000100020&nrm=iso&lng=en&tlng=en#back. Acessado em: 10.07.2006.
119. _____. Histórias que (não) curam: sobre narrativas em hipnose clínica. *Psicologia Ciência e Profissão*, n.3, p.58-65. 2004 Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300008&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 15.06.2007.
120. _____. A dimensão regulatória da Psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. p.73-81. 2005 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000100009&nrm=iso Acessado em: 15.09.2008.
121. _____. Hipnose e psicologia clínica: retomando a história não contada. *Psicologia e Reflexão Crítica*, n.3, p.346-354. 2006 Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300002&nrm=iso&lng=en&tlng=en. Acessado em: 20.10.2007.
122. _____. Sobre a condenação do magnetismo animal: revisitando a história da psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, n.3. 2007 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722007000300015&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em: 05.10.2008.
123. _____. *Braid e a Subjetividade*. Brasília. Comunicação Particular via Correio Eletrônico. Realizada em: 26.11.2008. 2008a.
124. _____. Contato pessoal por correio eletrônico 2008b.
125. _____. Reflexões sobre o magnetismo animal: contribuições para revisão da história da psicologia. p.439-448. 2008c Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300012&nrm=iso Acessado em: 10.04.2008.
126. _____. Sobre a construção da marginalidade no mesmerismo. *PSICO* n.1, p.106-12. 2008d Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1486/2802>. Acessado em: 10.10.2008.
127. O'HANLON, W. H. *Raízes Profundas*. Campinas: Editorial Psy, 1994.
128. O'HANLON, W. H. e DAVIS, M. W. *Em Busca de Soluções: novos rumos em psicoterapia*. Campinas: Editorial Psy II, 1994.
129. OAKLEY, D. A. Hypnosis as a tool in research: experimental psychopathology. *Contemporary Hypnosis*, n.1, p.3-14. 2006 Disponível em: www.intercience.wiley.com. Acessado em: 10.07.2008.
130. OCHOROWICZ, J. *A Sugestão Mental*. São Paulo: Ibrasa, 1891/1982.
131. OKEN, B. S. Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. *Brain*, v.1, n.116. 2008.
132. OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.19, n.55, p.180-187. 2004.
133. OMS, O. M. D. S. Declaração de Alma-Ata. p.3. 1978 Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acessado em: 11 de Março de 2008.
134. PASSOS, A. C. D. M.; LABATE, I. C. *Hipnose: considerações atuais*. São Paulo: Atheneu, 1998.
135. PICON, P.; BELTRAME, A.; COSTA, A. *et al.* Brazilian guidelines for high-cost drugs: the development of a national evidence-based public health policy. *Ital J Public Health*, n.150. 2005 Disponível em: <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=103141112.html>. Acessado em: 11.12.2008.
136. PINCHERLE, L. T.; LYRA, A.; SILVA, D. B. *et al.* *Psicoterapias e estados de transe*. São Paulo: Sumus, 1985.
137. PINKER, S. *Tabula Rasa: a negação contemporânea da natureza humana* São Paulo: Cia das Letras, 2004.
138. PLATONOV, C. C. *Psicologia Recreativa*. Lisboa: Portugalia, SD.
139. POL, P. O.-L. *Conselho Federal de Psicologia*. Disponível em: www.pol.org.br. Acesso em: 10.10.2008.

140. POOLE, D. A.; LINDSAY, D. S.; MEMON, A. *et al.* Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinions, practices, and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.63, p.426-437. 1995.
141. POPPER, K. *Pós-escrito à lógica da pesquisa científica*. Lisboa: Dom Quixote, 1987.
142. PRADO, F. N. *Revisão Histórica da Hipnologia: de Paracelso ao grande declínio 1529 - 1789*. Rio de Janeiro: GB, v.1, 1967.(Separata da Revista "Brasil-Médico" vol.81).
143. PUTTINI, R. F. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. p.87-106. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100008&nrm=iso Acessado em: 08.06.2008.
144. RANSOM, H. C. T. U. O. T. A. A. The Printing of the Bible. 2008 Disponível em: <http://www.hrc.utexas.edu/exhibitions/permanent/gutenberg/html/2.html>. Acessado em: 10.10.2008.
145. RHODES, R. H. *O Hipnotismo sem mistérios*. Rio de Janeiro: Record, 1950.
146. ROALES-NIETO, J. G.; BUELA-CASAL, G. E. *Hipnosis: fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2001.
147. ROBLES, T. *Terapia feita sob medida: um seminário ericksoniano com Jeffrey K. Zeig*. Belo Horizonte: Editorial Diamante, 2000.
148. _____. *Concerto para quatro cérebros em psicoterapia*. Belo Horizonte: Editorial Diamante, 2001.
149. ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*, v.7, n.2, p.305-322. 2005.
150. ROSSI, E. L. *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo: novos conceitos de hipnose terapêutica*. Campinas: Editorial Psy II, 1997.
151. RUSH, J. H. What is Parapsychology. London, 1986 *apud* Zangari, Wellington O Estatuto Científico da Parapsicologia. Revista Virtual de Pesquisa Psi. São Paulo: Inter Psi, 2005.
152. SALLES, S. A. C. A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras: resultados de uma investigação exploratória. p.283-290. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acessado em: 05.07.2008.
153. SANTANNA, C.; HENNINGTON, É. A.; JUNGES, J. R. Prática médica homeopática e a integralidade. p.233-246. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200002&nrm=iso Acessado em: 05.06.2008.
154. SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. p.391-398. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200014&nrm=iso Acessado em:
155. SCHMIT, D. Re-visioning antebellum American psychology: the dissemination of mesmerism, 1836-1854. *Hist Psychol*, n.4, p.403-34. 2005 Disponível em: <http://search.bvsalud.org/regional/resources/mdl-17152750>. Acessado em: 20.10.2008.

156. SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.5, p.538-542. 1997.
157. SHANG, A.; HUWILER-MÜNTENER, K.; NARTEY, L. *et al.* Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *The Lancet*, n.9487, p.726-732. 2005 Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673605671772/abstract>. Acessado em: August 2005.
158. SIMRÉN, M. Hypnosis for Irritable Bowel Syndrome: the quest for the mechanism of action v.54, n.1, p.65-84. 2006.
159. SPIEGEL, D. Hipnosis. In: Talbott, J A, Hales, R E *et al* (Orgs.). *Tratado de Psiquiatria*: The American Psychiatric Press, 1996.
160. SPOTTISWOODE, R. Dr. Mesmer: o feiticeiro. Canadá/Inglaterra/Alemanha Paris Filmes: 110min p. 1994.
161. SUGARMAN, L. I. Hypnosis in a primary care practice : Developing skills for the new morbidities. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, v.17, n.5, p.300-306. 1996.
162. _____. Hypnosis in a primary care practice: developing skills for the "new morbidities". *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, v.17, n.5, p.300-5. 1996.
163. TAVARES DE SOUSA, A. *Curso de História da Medicina: das origens aos fins do século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
164. TAVARES, F. R. G. Legitimidade Terapêutica no Brasil Contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, n.2, p.83-104. 2003 Disponível em. Acessado em: 10.05.2008.
165. TERAQ, T.; COLLINSON, S. Imaging hypnotic paralysis. *The Lancet*, v.356, n.9224, p.162-163. 2000.
166. THOMAS, K. *Religião e o Declínio da Magia: crenças populares na Inglaterra, séculos XVI e XVII*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
167. THOUVENEL, P. *Mémoire physique et médicinale, montrant des rapports évidens entre les phénomènes de la baguette divinatoire, du magnétisme et de l'électricité, avec des éclaircissements sur d'autres objets non moins importants, qui y sont relatifs*. Paris: Didot, 1781.
168. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, UFBA. *O campo da saúde pública*. Disponível em: http://www.isc.ufba.br/isc_saude.asp. Acesso em: 10.10.2008.
169. UPSHAW, W. N. Hypnosis: medicine's dirty word. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2006 Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4087/is_200607/ai_n17188585/pg_1?tag=artBody;col1. Acessado em: 12.11.2008.
170. VAN DYCK, R.; HOOGRUIN, K. Hypnosis: Placebo or nonplacebo? *American Journal of Psychotherapy*, n.3, p.396-404. 1990 Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=9602291120&lang=pt-br&site=ehost-live> Acessado em: 14.04.2008.

171. WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das Representações Sociais. In: Guareschi, Pedrinho A. e Jovchelovitch, Sandra (Orgs.). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
172. WAMPOLD, B. E.; IMEL, Z. E.; MINAMI, T. The story of placebo effects in medicine: Evidence in context. *Journal of Clinical Psychology*, v.63, n.4, p.379-390. 2007.
173. WATZLAWICK, P. *A Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix, 1967. (Data da Publicação do Original).
174. WATZLAWICK, P.; KRIEG, P. O. *O Olhar do Observador: contribuições para uma teoria do conhecimento construtivista*. Campinas: Editorial Psy II, 1995.
175. WEBSTER, M. *Merriam Webster's OnLine Dictionary*. Disponível em: <http://www.merriam-webster.com/>. Acesso em: 11.11.2008.
176. WEISSMANN, K. *O Hipnotismo: psicologia, técnica e aplicação*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1978.
177. WEITZENHOFFER, A. M.; HIGARD, E. R. *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Forms A and B*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1959.
178. WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. H. O. *Website of the World Health Organization*. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 10.11.2008.
179. WOLF, S. *Brain, Mind, and Medicine: Charles Richet and the Origins of Physiological Psychology*. Transaction Publishers, 1993. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=ajQyg3qNIRUC&printsec=frontcover&dq=riche t>. Acessado em: 10.10.2008.
180. WRIGHT, B. R.; DRUMMOND, P. D. Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, v.26, n.3, p.275-282. 2000.
181. YAPKO, M. D. *Hypnosis and Treating Depression: applications in clinical practice*. CRC Press, 1992. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=xdZHlz8RSVUC&printsec=frontcover&dq=yapko&source=gbs_summary_r&cad=0. Acessado em: 11.11.2008.
182. _____. *Breaking the Patterns of Depression*. New York: Broadway Books, 1999.
183. _____. *Treating Depression with Hypnosis: Integrating Cognitive-behavioral and Strategic Approaches*. 2001. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=t38MSyHyP48C&printsec=frontcover&dq=yapko&source=gbs_summary_r&cad=0. Acessado em: 12.11.2008.
184. ZANGARI, W. O Estatuto Científico da Parapsicologia. *Revista Virtual de Pesquisa Psi*, p.1. 2005 Disponível em: http://www.pesquisapsi.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2257. Acessado em: 08.09.2008.
185. ZANGARI, W.; MACHADO, F. R. *Conversando sobre Hipnose*. São Paulo: Paulinas, 1996.
186. ZEIG, J. K. *Vivenciando Erickson: uma apresentação da pessoa humana e do trabalho de Milton H. Erickson*. Campinas: Editorial Psy, 1985.
187. ZWEIG, S. *A Cura pelo Espírito*. Rio de Janeiro: Guanabara Waissman Koogan Ltda., 1932.

APÊNDICE

A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Leon Gonzaga de Vasconcelos Lopes, psicólogo e jornalista, acadêmico do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **EPISTEMOLOGIA DA CURA POR SUGESTÃO: NA HIPNOSE E A SAÚDE COLETIVA**, que tem como objetivo investigar a inserção da hipnose como procedimento vinculado ao sistema de saúde.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e, caso aceite, você deverá responder ao formulário que segue em anexo. O participante poderá a qualquer momento solicitar maiores esclarecimentos sobre a pesquisa e mesmo desistir de participar.

Sua participação é voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou com a instituição (Unifor). Esclareço ainda que:

1. As informações coletadas nos formulários somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, e que os dados ficarão guardados em sigilo;
2. Não haverá qualquer tipo de bônus, ou de prejuízo, por sua participação na pesquisa.
3. Em caso de esclarecimento sobre a pesquisa, entrar em contato com o pesquisador responsável, no endereço, telefone ou email abaixo:

Leon Gonzaga de Vasconcelos Lopes

**Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz, Fortaleza/Ceará.
Telefone: 34773280 – Mestrado em Saúde Coletiva – Email: leonlopes@yahoo.com**

Expresso, ainda, que sua participação será de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa e para a aplicação dos resultados.

Dados do entrevistado:

- Nome:
- Endereço:
- Telefone para contato:

B- ENTREVISTA

O objetivo desta entrevista é compreender os usos práticos da hipnose na sociedade, em especial, na área da saúde coletiva a partir dos relatos de professores de hipnose.

Pedimos, por gentileza, que explique suas respostas detalhadamente, pois se trata de uma pesquisa qualitativa que buscará analisar os discursos sobre a hipnose.

Trajetó – Concepção – Aplicabilidade - Saúde Coletiva

1. Qual sua formação acadêmica (e pós-graduação, se houver)?
2. Você teve alguma atuação profissional antes do uso da hipnose? De que tipo?
3. Como surgiu sua formação em hipnose e porque se interessou em aprendê-la?
4. Há quanto tempo utiliza a hipnose profissionalmente?
5. Como você se define profissionalmente?
6. Ao ser identificado como praticante de hipnose qual a reação mais comum das pessoas? Existe algum tipo de preconceito? Em caso afirmativo, a que se deve essa visão?
7. Você se mantém somente dos rendimentos provenientes dos cursos de hipnose, ou exerce outras atividades?
8. Como você definiria a hipnose?
9. Você considera a hipnose uma prática de saúde? Por quais razões?
10. Que abordagens são estabelecidas na hipnose (ex. clássica, moderna, rápida...)? Há diferenças quanto ao emprego da técnica?
11. Como essas abordagens são utilizadas na área da saúde?
12. Quanto tempo dura o período formal de formação de um profissional de saúde na hipnose? Ao final do curso, que tipo de usos da hipnose ele estaria apto a realizar?
13. Qual foi a sua maior dificuldade ao aprender a hipnose?
14. Qual foi sua maior facilidade ao aprender a hipnose?
15. Qual a diferença entre a sugestão terapêutica em estado de vigília e a sugestão terapêutica em estado de transe hipnótico?
16. Em sua opinião, a hipnose é bem difundida na área da saúde? Porque?
17. Que dificuldades há na formação dos profissionais para o emprego da hipnose? (Tanto no que se refere à teoria, quanto à prática.)

18. O modelo vigente de biomedicina influencia o aprendizado e/ou a prática da hipnose? De que maneira?
19. Caso a hipnose viesse a ser utilizada na Saúde Pública que tipos de desafios existiriam para a formação e habilitação dos profissionais de saúde no país?
20. De que maneira a aprendizagem da hipnose pelos profissionais de saúde poderia contribuir para a melhoria da saúde pública?
21. Você acha que existem riscos na aplicação da hipnose na área de saúde? De que tipo?
22. Você acredita que haja algum tipo de pré-requisito pessoal (tipo de personalidade, capacidade de comunicação, timbre da voz, etc.) para que uma pessoa consiga incorporar a hipnose na sua prática profissional? O que é necessário?

Lembre-se de salvar o arquivo e nos enviar por email.

Muito obrigado pela participação,

Leon Lopes

leonlopes@yahoo.com

www.comportamento.net

C- CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado **FORMADOR**

Venho, por meio deste email, convidá-lo(a) a participar como informante de uma pesquisa intitulada **A EPISTEMOLOGIA DA CURA POR SUGESTÃO: A HIPNOSE NA SAÚDE COLETIVA**, que busca avaliar a utilização da Hipnose como ferramenta terapêutica no campo da Saúde Coletiva.

Me chamo **Leon Gonzaga de Vasconcelos Lopes**, sou psicólogo e discente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Estou iniciando o trabalho de campo da minha dissertação de mestrado.

A estratégia metodológica proposta para esta pesquisa é uma abordagem qualitativa, no qual o público alvo são os Formadores em hipnose, no Brasil. Para tanto, optamos selecionar professores de hipnose, uma vez eles são os principais responsáveis pela formação profissional nesta área e a hipnose representa uma abordagem em plena expansão.

Necessitamos inicialmente da sua concordância e esperamos sua resposta em até 72 horas a contar desta data. Caso concorde em participar da pesquisa, enviaremos o Termo de Consentimento juntamente com o roteiro de entrevista. Todas as informações serão guardadas em sigilo e nenhuma informação isolada será apresentada, além da garantia do anonimato.

O formato e o número de perguntas da entrevista são 21 questões abertas. As questões poderão ser respondidas via Email, via Chat (MSN ou SKIPE) ou via telefone, conforme sua preferência e disponibilidade. Precisamos que envie qual será sua opção.

Sua participação será muito importante, pois a pesquisa ajudará a difundir o papel da hipnose como ferramenta terapêutica na Saúde Coletiva, no Brasil, além de compreender os mecanismos relacionados com suas vantagens e limitações.

Este é um email inicial de contato. Qualquer dúvida em relação à pesquisa poderá ser solicitada e esclarecida a qualquer momento.

Aguardo sua resposta.

Atenciosamente,
Leon Lopes

Leon Gonzaga de Vasconcelos Lopes

**Endereço: Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiroz, Fortaleza/Ceará. Telefone: 34773280 –
Mestrado em Saúde Coletiva – Email: leonlopes@yahoo.com**

www.comportamento.net

ANEXOS