

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA
SOCIAL**

Waleska de Araújo Aureliano

**Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo:
Indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro
terapêutico espírita no sul do Brasil.**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

WALESKA DE ARAÚJO AURELIANO

**Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo:
indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro
terapêutico espírita no sul do Brasil.**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Esther Jean Langdon.

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Sônia Weidner Maluf.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

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

A927e Aureliano, Waleska de Araújo
Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo [tese]: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil / Waleska de Araújo Aureliano ; orientadora, Esther Jean Langdon. - Florianópolis, SC, 2011.
446 p.: tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Inclui referências

1. Antropologia. 2. Espiritismo. 3. Câncer - Tratamento alternativo - Aspectos antropológicos. I. Langdon, Esther Jean. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. III. Título.

CDU 391/397

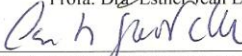
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ANTROPOLOGIA SOCIAL
“Espiritualidade, Saúde e as artes de cura no
contemporâneo: indefinição de margens e busca de
fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do
Brasil”

WALESKA DE ARAÚJO AURELIANO
Orientadora: Profa. Dra. Esther Jean Langdon

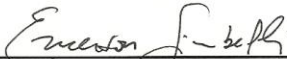
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de
doutor em Antropologia Social, aprovada pela Banca
composta pelos seguintes professores (as):



Profa. Dra. Esther Jean Langdon (PPGAS/UFSC)



Prof. Dr. Carlos Guilherme Octaviano do Valle (DAN/UFRN)



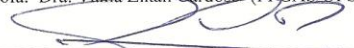
Prof. Dr. Emerson Giumbelli (PPGAS/UFRGS)



Prof. Dr^a. Carmen Susana Tornquist (UDESC)



Profa. Dra. Vânia Zikán Cardoso (PPGAS/UFSC)



Prof. Dr. Alberto Groisman (PPGAS/UFSC)

Profa. Dra. Antonella Maria Imperatriz Tassinari (coordenadora do PPGAS)

Florianópolis, 16 de dezembro de 2011.

Para meu pai (*in memoriam*).

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a algumas pessoas e instituições que me apoiaram na jornada para produção dessa tese. Sinto-me feliz em poder fazer esses agradecimentos de forma sincera e não em virtude dos formalismos acadêmicos que acabam por conduzir tantas vezes nossas palavras. Ter muito para agradecer é sinal de que muito foi recebido e compartilhado. Felizmente, a minha lista é grande.

Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) agradeço pela acolhida e formação consistente nesses quatro anos de doutorado. Ao CNPq e CAPES agradeço pelo financiamento que possibilitou minha dedicação exclusiva à pesquisa.

Ao corpo docente do PPGAS agradeço pelos ensinamentos, trocas e estímulos recebidos em aulas, palestras, mini-cursos, reuniões, através das quais minha formação foi sendo conduzida neste programa. Especialmente, agradeço a minha orientadora Esther Jean Langdon pelo apoio, paciência, diálogo e toda sorte de incentivos (materiais e intelectuais) que ela me proporcionou nesse doutorado. A Sônia Maluf, minha co-orientadora, pelas trocas instigantes que pudemos ter não apenas através da orientação, mas também nas reuniões do TRANSES (Núcleo de Antropologia do Contemporâneo), pela leitura atenta dos meus escritos, meu muito obrigada.

A todos os professores e professoras com os quais fiz disciplinas, mas especialmente à professora Ilka Boaventura Leite, pelas aulas sensíveis e ao mesmo tempo provocadoras. Seu posicionamento crítico foi um estímulo para eu pensar a antropologia e o que quero dela. À professora Vânia Cardoso e ao professor Scott Head (casal super 20!), pelo desafio intelectual de suas aulas e o constante bom humor e simpatia que sempre caem muito bem nos mestres, meu muito obrigada! Ainda a Vânia serei sempre grata por sua parceria, incentivo e confiança que me estimularam a produzir outros textos além dessa tese, quando eu achava que não seria capaz. Ao professor Alberto Groisman de quem, infelizmente, não fui aluna, mas pude compartilhar de seus *insights* e bom humor em vários outros momentos, obrigada pelas oportunidades de diálogo.

Agradeço aos colegas do PPGAS e da UFSC, com os quais dividi inquietações intelectuais, cervejas e afins, dramas acadêmicos e de outras ordens, receitas e sotaques: Bárbara (queria que o mundo fosse

tão verdadeiro quanto você!), Fátima, Viviane, Marco Aurélio, Tiago Velhinho e Jean Segata, meus colegas de turma, compartilhar com vocês esses anos, ainda que muitas vezes via e-mail, foi um prazer e um luxo. A Valéria, Nádia, Bel, Dênia, Dina, Nora, Jimena, Clarissa, Ana, América e Everton agradeço pelo acolhimento, as festas, os jantares e a amizade que fizeram a vida em Florianópolis tão especial! A Rose, por compartilhar seu conhecimento “dos dois lados”, meu muito obrigada. Agradeço também a Danielli Vieira por compartilhar comigo os dados do seu *survey* no NENL. A todo pessoal da turma de mestrado 2007 que compartilharam comigo o primeiro ano de formação no PPGAS, obrigada pelo acolhimento, trocas e aprendizado.

Às secretarias Adriana, Karla e Fátima agradeço pela disponibilidade e atenção sempre dispensadas as minhas solicitações.

Aos professores e professoras que aceitaram o convite para participação na minha banca de doutorado, Carlos Guilherme, Emerson Giumbelli, Alberto Groisman, Vânia Cardoso, Carmen Tornquist e os suplentes Scott Head e Maria Regina, meu muito obrigada.

Agradeço a Chiara Pussetti (CRIA/Portugal) e Antoinette Madureira (UFRN) pela troca de conhecimentos sobre as práticas de cura espíritas, e à pesquisadora Bettina Schmidt por compartilhar seu material de pesquisa e uma importante interlocução que me permitiu conhecer o espiritismo porto-riquenho. Às colegas Andrea (Colômbia) e Natalia (Argentina) agradeço pela parceria em projetos (e viagens) acadêmicos e por ampliar minha visão sobre a antropologia latino-americana.

Aos amigos e amigas distantes, mas que sempre estiveram comigo: Cristiane, Elizângela, Milena, Martinho, Marcelo Mercante e Dani, obrigada pelas várias formas de apoio. Ao Rafa pela hospedagem em Porto Alegre e por nossas conversas tão interessantes e divertidas.

Aos colegas do BB em Santa Catarina que sempre me apoiaram e me ajudaram a conduzir o primeiro semestre do doutorado em meio a tantos atropelos, em especial Rubia, Luiz, Dani e Bea. Sem a ajuda, a compreensão e a amizade de vocês tudo teria sido mais difícil.

Ao André, agradeço por mediar minha chegada ao CAPC, tenho certeza que sua intervenção foi fundamental para minha acolhida tão calorosa naquele espaço.

Dizer obrigada é muito pouco para expressar minha gratidão a todas as pessoas que fazem parte do Núcleo Espírita Nosso Lar (NENL) e do Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC), locais onde

desenvolvi essa pesquisa. Agradeço em primeiro lugar ao dirigente geral e presidente do NENL/CAPC, irmão Álvaro, pela atenção com que recebeu meu projeto de pesquisa, a paciência com que sempre atendeu minhas solicitações e pela confiança em mim depositada ao abrir as portas da instituição e apoiar sem reservas essa pesquisa. Às irmãs Claudete e Karime agradeço pela recepção acolhedora nos primeiros momentos no NENL. No CAPC foram dezenas de pessoas que me acolheram e me ajudaram a compreender aquele universo. Sei que jamais poderei retribuir devidamente o muito que me deram. Agradeço a irmã Odaléia pela acolhida na instituição e em especial gostaria de mencionar alguns irmãos e irmãs: Nolasco, Katia Medeiros, Kátia Mattos, Ivone, Edésia, Claudia, Andrea, Silvana, Airson, Anabea, Jane, Flávio, Elisete, Fernando, Célia, Bianca, Edmundo, Marli, Eva, Guilhermina, Sônia, Tecla, Zeca, Leda, Edna, Abigail, Teodoro, Noronha, Zenita, Maria de Fátima, Cida e Rita. Peço desculpas aqueles que não estão aqui mencionados, se eu não guardei seus nomes na memória, creiam que seus sorrisos e amabilidades não foram esquecidos. Devo um agradecimento especial a três pessoas do CAPC: a Evanilde, por mediar minha entrada na instituição e pelo modo tão afetuoso com que sempre me acolheu nas suas atividades, lhe sou imensamente grata. Ao irmão Laércio e à irmã Ana, agradeço com todo coração pela acolhida como “ajudante” de vocês nas atividades do CAPC, por serem tão pacientes, generosos e carinhosos comigo durante todo o tempo, por respeitarem meus limites, compreenderem minhas falhas e me ensinarem com a benevolência dos sábios. Apesar da minha ausência, meu pensamento continua com vocês.

Ao irmão Ilson e toda equipe de enfermagem do CAPC, muitíssimo obrigada. Às funcionárias da limpeza e da cozinha, agradeço por todas as gentilezas e sorrisos. Por fim, agradeço aos pacientes do CAPC, não só àqueles que se dispuseram a participar mais ativamente da pesquisa, mas a todos e todas que com suas histórias, seu sofrimento, seu bom humor, suas lágrimas, suas marcas corporais, suas brincadeiras, suas esperanças e suas dores me ensinaram algo sobre as incertezas da vida, e muitas vezes sobre mim mesma.

Faço agora alguns agradecimentos a pessoas e seres que me ajudaram a manter a serenidade e a sanidade mental durante esse período.

Agradeço a Yasmin Meera e a todas as colegas da dança, sem esses momentos de ludicidade que tivemos juntas eu não teria suportado

tanto trabalho. Obrigada por não me deixarem desistir de dançar!

Ao Bobby, pela sua paciência canina e seu afeto silencioso.

À minha irmã Waneska e toda sua família, por tentarem entender minhas ausências, meu mau humor, minhas recusas, minha impaciência, meus diversos “nãos”. Sei que fui muitas vezes rude e que vocês foram generosos o bastante para ainda insistirem em se relacionar comigo durante esse período crítico de escrita da tese. Obrigada por não desistirem de mim!

Agradeço a minha mãe pela inabalável paciência, dedicação, amor, cuidados e mimos comigo, por manter a ordem das coisas para que eu pudesse viver a minha desordem, por perdoar minhas ausências e reclamações, por acreditar sempre que os meus desejos vão se tornar realidade e fazer o impossível para me ajudar a conseguir isso.

Finalmente, agradeço a Marcos Alexandre, meu companheiro, meu amor, meu melhor amigo e meu interlocutor mais instigante, por fazer da minha existência nesse mundo uma deliciosa alegria e um divertido desafio, por todos os dias em que eu acordo aquecida pela sua doce presença e sua inesgotável sensibilidade, que fazem das horas e dos minutos pedacinhos da mais pura felicidade.

A todos os seres deste e de quaisquer outros mundos: Namastê!

“A ambiguidade não opera apenas no plano erudito, das elucubrações dos cientistas sociais: ela está na raiz da própria imprecisão das fronteiras entre ‘religioso’ e ‘não-religioso’ no mundo moderno” (Duarte, 2006: 3).

Cura. *nome feminino:* acto ou efeito de curar; restabelecimento da saúde; processo terapêutico; tratamento; uso quase exclusivo de um determinado alimento ou terapia durante um período de tempo, como medida de higiene ou por razões de saúde; curtimento; figurado remédio. *Nome masculino:* sacerdote católico que tem a seu cargo uma pequena povoação; coadjutor do pároco; padre; encarregado do cuidado ou cura de almas. Do latim cura-, “cuidado” (<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/cura>).

RESUMO

A partir do estudo de caso em uma instituição na qual trabalham médicos, enfermeiros, religiosos, leigos e terapeutas esta tese analisa os modos contemporâneos como as fronteiras entre distintos sistemas terapêuticos são continuamente constituídas e desestabilizadas por sujeitos envolvidos em processos de saúde-doença, sejam eles pacientes ou curadores. O esforço de totalização de um sistema terapêutico separado do outro esbarra nos modos como eles são acionados simultaneamente pelas pessoas em estados de aflição e sofrimento, e como durante esse processo há uma produção de práticas e discursos que perpassam e se distribuem tanto por arcabouços conceituais biomédico-terapêuticos quanto religioso-espirituais. A pesquisa etnográfica foi realizada em um centro de tratamento para pacientes com câncer e doenças degenerativas localizado na cidade de Florianópolis (SC) que está vinculado a uma instituição espírita. O tratamento oferecido neste espaço constitui-se na aplicação de uma série de terapias alternativas/complementares e na realização de cirurgias espirituais. A partir desse cenário, analiso como religião e ciência, espiritualidade e medicina, têm sido articulados em meio a disputas políticas e por legitimidade que ora buscam separar, ora unir esses campos na construção de retóricas e práticas terapêuticas contemporâneas.

A heterogeneidade de práticas, sujeitos e discursos presentes nessa instituição colocou em evidência os modos através dos quais os lugares da religião e da medicina têm sido questionados e resituados pelas pessoas doentes que, de forma geral, não operam com as distinções impostas por um modelo racionalista centrado exclusivamente no biológico, e tampouco abrem mão do direito à saúde enquanto uma forma de cidadania. As *performances* de cura realizadas nessa instituição apresentam dinâmicas criativas difíceis de serem cristalizadas em modelos generalistas, pois estes obscureceriam as complexas relações políticas, estéticas, terapêuticas e espirituais presentes nessa instituição que refletem questões mais amplas observadas no campo da saúde e da religiosidade brasileiras.

Palavras-chaves: espiritismo, câncer, terapias alternativas/complementares, biomedicina, *performance*.

ABSTRACT

Based on a case study in an institution where doctors, nurses, spiritualists, laymen and therapists work together, this thesis analyses the contemporary ways in which the frontiers among distinct therapeutic systems are continually constituted and destabilized by the subjects involved in the processes of health and disease, be these patients or healers. The attempt to view a therapeutic system as a totality separated from another runs against the ways in which they are put into action simultaneously by those in states of affliction and suffering. During this process, discourses and practices are produced that go beyond and are found in both biomedical-therapeutic and religious-spiritual paradigms. Ethnographic research was conducted in a treatment center for cancer and degenerative diseases located in Florianopolis (Santa Catarina, Brazil) and associated with a spiritualist organization. The treatment offered in this center consists of a series of alternative/complementary therapies and spiritual surgeries. From this scenario, I analyze how religion and science, spirituality and medicine, have been articulated amidst political and legitimacy disputes that, at times, attempt to separate and, at others, to unite these fields in the construction of the rhetoric and practices of contemporary therapeutics.

The heterogeneity of practices, subjects and discourses present in this institution demonstrate the ways in which the positions of religion and medicine have been questioned and relocated by the patients whom, in general, do not operate with distinctions imposed by a rationalist model centered exclusively in the biological, nor do they abdicate their right to health as a form of citizenship. The healing performances conducted in the institution present creative dynamics that are difficult to crystallize into generalist models, since they would obscure the complex political, aesthetic, therapeutic and spiritual relations that are present in this institution and that reflect broader questions observed in the field of health and Brazilian religiosity.

Key-words: Spiritism, cancer, alternative/complementary therapies, biomedicine, *performance*.

LISTA DE SIGLAS

AME – Associação Médico-Espírita
CAPC – Centro de Apoio ao Paciente com Câncer
FEB – Federação Espírita Brasileira
FEC – Federação Espírita Catarinense
HU – Hospital Universitário
IR – Ipê Roxo
MAC – Medicina Alternativa Complementar
MEDNESP – Congresso da Associação Médico-Espírita do Brasil
MT – Medicina Tradicional
NENL – Núcleo Espírita Nosso Lar
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNPIC – Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

Introdução [23]

Capítulo I - Espiritismo(s) no Brasil: singular ou plural? [84]

O espiritismo de Kardec: nomenclatura para uma nova ciência, nascimento de uma nova religião [84]

Místicos, científicos, religiosos, kardecistas e afins: o movimento espírita no Brasil [91]

Espiritismo e saúde no Brasil [103]

Médicos e médiuns: dos conflitos às alianças com a medicina [110]

A “Nova Era” da terapia espiritual no Brasil [115]

Para além de Kardec: o espiritismo no NENL/CAPC [118]

Capítulo II - Do Astral para a Terra: o hospital espiritual [125]

O Núcleo Espírita Nosso Lar [125]

O seminarista e o médico [128]

Um monge e um padre: entre o zen e o jesuíta [133]

Da Virgem Maria aos Povos Andinos: catolicismo e xamanismo no centro espírita [138]

Mente, corpo, energias e espíritos: os processos terapêuticos do NENL [146]

O Centro de Apoio ao Paciente com Câncer [154]

Capítulo III – As práticas de cura não-biomédicas: campos, fronteiras e margens [167]

Complementar, alternativa, integrativa, natural,...: as (in)definições das práticas de cura não-biomédicas [169]

Políticas de integração das MT/MAC nos espaços biomédicos no Brasil [178]

Emoções e adoecimento: novas (ou antigas?) concepções sobre saúde [188]

Capítulo IV – Do sistema endócrino aos corpos sutis: pluralidade terapêutica no tratamento espiritual [201]

A rotina terapêutica no CAPC [204]

De medicamentos a constelações familiares: as terapias complementares no CAPC [216]

As criações terapêuticas no CAPC: indefinições das margens, busca de

fronteiras [246]

Capítulo V – O Paciente: (des)construindo a pessoa doente nos tratamentos espirituais [263]

Brasil: um país de “espíritos inconscientes”, “pobres abandonados” e “hipocondríacos inveterados”? [269]

Fé e o “efeito placebo”: atualizações da noção de “crença” no tratamento espiritual [278]

Em busca da cura: as relações no hospital espiritual [288]

A difícil tarefa de (não) generalizar, ou como ver o todo sem reduzir as partes [308]

Capítulo VI - De Paciente a Terapeuta: o voluntariado no CAPC [311]

Doente, terapeuta, médico, médium: os lugares do voluntário no CAPC [314]

(Ex)-paciente e terapeuta [320]

De médico a médium [329]

“Eu dou passe, mas sou católica”: voluntariado, filiação religiosa e incorporação [334]

“Dar de graça o que de graça eu recebi”: a contra-dádiva como elemento unificador das heterogeneidades [352]

Capítulo VII – “Em nome de Deus e Jesus esta operação está concluída”: a cirurgia espiritual [360]

Dos médicos do astral aos extraterrestres: a cirurgia espiritual no Brasil [361]

Além das representações: a *performance* nos tratamentos espirituais [372]

A cirurgia espiritual no CAPC [379]

Palavras que agem, gestos que falam [397]

Considerações Finais [409]

Bibliografia [419]

Anexos [439]

Introdução

Desde sua instituição enquanto saber científico, a biomedicina¹ desenvolveu os mecanismos e meios de autorizar, reconhecer e legitimar os espaços e sujeitos que poderiam cuidar da saúde dos indivíduos, buscando assegurar sua supremacia no campo da saúde através de um embate ferrenho contra outras formas de cuidado tidas como não-autorizadas ou ilegítimas perante o aparato do Estado (Foucault 2000, 2006). No entanto, nem o avanço tecnológico, nem o acesso facilitado aos espaços biomédicos garantiram sua exclusividade quando se trata de buscar alívio para os sofrimentos causados pela doença. Outras formas de cuidado sempre existiram concomitantemente à biomedicina transitando por espaços mais ou menos legitimados social e/ou politicamente, de modo que embora hegemônica, ela nunca foi de fato a forma exclusiva de terapêutica existente e utilizada pelas pessoas doentes nas mais diversas épocas e sociedades.

No Brasil, onde historicamente temos uma relação intrínseca entre religião e saúde (cf. Montero 1985; Maluf 1996), a biomedicina se desenvolveu e se constituiu em meio a constantes embates com formas religiosas de cura e tratamento. Dos terreiros de umbanda às benzedeiras, dos santos milagrosos aos centros espíritas, a medicina brasileira foi forçada a se posicionar em relação a outros *sistemas terapêuticos*, tecendo com eles relacionamentos quase sempre conflituosos. O que chamo aqui de *sistema terapêutico* deve ser compreendido enquanto um conjunto variado de práticas, categorias e discursos, mais ou menos demarcados e diferenciados política e socialmente, dos quais os sujeitos se utilizam como forma de entender, curar, aliviar ou suportar estados de aflição e sofrimento que não envolvem exclusivamente a noção biomédica de doença enquanto distúrbio de ordem orgânica, mas abrangem qualquer ordem de perturbação que afeta o universo relacional do sujeito. Deste modo, as religiões também podem ser pensadas enquanto sistemas terapêuticos não em função de práticas específicas e intencionais definidas enquanto

¹ Por biomedicina estou considerando tal como Octavio Bonet (2004: 28) o conjunto das representações e práticas que, na cultura ocidental moderna, tem preeminência no tratamento dos processos de saúde-doença com priorização da ordem biológica. No entanto, no decorrer do texto também usarei os termos “medicina”, “medicina alopática” ou “medicina científica” por serem essas categorias de uso corrente entre os atores investigados e mais reconhecidos socialmente quando se trata de classificar o que comumente chamamos na antropologia da saúde de “biomedicina”.

terapias, mas a partir do modo como os sujeitos as utilizam na busca por conforto e alívio para o sofrimento².

Mais recentemente, essas relações se estenderam ao universo das chamadas medicinas “alternativas”, definição colocada aqui entre aspas devido às constantes reformulações que têm sido criadas para caracterizar essas práticas que também podem ser chamadas de “complementares”, “integrativas”, “naturais”, etc. Mais do que indeterminações classificatórias, este fato caracteriza a constante relação que essas medicinas “alternativas” desenvolvem com a medicina oficial e o aparato jurídico do Estado na busca por sua legitimação.

No entanto, em que pese a insistente definição de fronteiras que os sistemas terapêuticos procuram impor a si ou entre si, há mais relação entre eles do que as separações conseguem expor. Relação não no sentido de uma convergência ou, o que parece mais frequente, de várias divergências – ambas existem, é fato, e não é minha intenção escamotear as complexas disputas políticas que atravessam o campo da saúde. A relação que desejo tratar aqui diz respeito aos modos como categorias como religião e ciência, espiritualidade e saúde são constituídas e instrumentalizadas contemporaneamente, considerando não apenas os discursos, poderes e saberes oficiais (sejam eles religiosos ou científicos), mas também as práticas dos atores envolvidos por esses sistemas, sejam eles doentes, médicos ou religiosos. Não estou sugerindo aqui a existência de formas cristalizadas de discurso que seriam “corrompidas” pela prática da vida social, ao contrário, penso que ambos constituem-se dentro de um mesmo processo de relações constantemente tensionado.

Quando falamos de temas como religião e ciência,

² Kleinman (1978: 86) utiliza a expressão *sistemas médicos* para definir as práticas de cura e analisá-las enquanto sistemas culturais. Na sua definição “cultura” aparece enquanto um sistema de significados simbólicos que modela a realidade social e a experiência pessoal e faz a mediação entre os parâmetros “internos” e “externos” dos sistemas médicos, sendo tomada como um determinante dos conteúdos, dos efeitos e das mudanças que se processam nesses sistemas. Apesar de considerar em parte sua conceituação, vejo que ela apresenta limites por sua visão determinista da cultura que faz com que modelos aparentemente “estáticos” de sistemas médicos possam ser definidos. No meu caso, estou mais interessada em perceber como determinado “sistema” pode ser utilizado ou transformado pelos sujeitos em um *sistema terapêutico*, ainda que não se apresente como tal. Assim, deve ficar claro que quando utilizo a palavra “sistema” não estou me referindo a uma organização sociocultural fechada, mas apontando para um conjunto de práticas e discursos capazes de oferecer aos sujeitos elementos que os ajudem a elaborar planos de ação e compreensão acerca dos processos de saúde e doença.

espiritualidade e saúde, frequentemente somos instados a pensar nesses pares em termos de oposições irreduzíveis ou conciliações possíveis. Há quase sempre a presença de disposições que ora tentam unir esses domínios, ora separá-los radicalmente, ignorando por vezes a construção sociopolítica dessas categorias e como os confrontos e aproximações que envolvem ambos são reflexos de um processo contínuo de constituição de práticas e saberes. Essa tese não tem a intenção de advogar nem a união nem a separação entre religião e medicina, mas antes evidenciar os modos como esses domínios se constituem através de sistemas de relações histórica e politicamente situados.

A partir do estudo de caso em uma instituição na qual trabalham médicos, enfermeiros, leigos, religiosos e terapeutas, discuto os modos como as fronteiras teóricas, práticas e políticas entre distintos sistemas terapêuticos são continuamente constituídas e desestabilizadas pelos sujeitos em processos de saúde-doença. O esforço de totalização de um sistema separado do outro esbarra nos modos como eles são acionados simultaneamente pelos sujeitos em estados de aflição e sofrimento, e como durante esse processo há uma produção de práticas e discursos que perpassam e se distribuem tanto pelos arcabouços conceituais biomédico-terapêuticos quanto religioso-espirituais.

O Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC)

Em 2006 vim morar em Florianópolis (SC) e aqui pretendia continuar minhas pesquisas sobre pessoas vivendo com câncer, dando prosseguimento ao tema de pesquisa que me orientou no mestrado quando investiguei, na cidade de Campina Grande (PB), grupos de ajuda mútua voltados para mulheres afetadas pelo câncer de mama (Aureliano, 2006). Havia desenvolvido essa pesquisa em estreita relação com espaços e profissionais da biomedicina, já que boa parte dos grupos de doentes crônicos no Brasil é formada dentro de instituições médicas ou tem como dirigentes, coordenadores ou participantes ativos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros).

No trabalho de Silveira (2000) encontrei uma descrição dos espaços de tratamento para o câncer em Florianópolis e entre alguns hospitais e clínicas era mencionada uma instituição que trabalhava exclusivamente com terapias alternativas e espirituais, conhecida como Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC). A autora considerava

esse espaço como parte do sistema médico local de tratamento para o câncer, porém afirmava que ele não seria “parte do sistema oficial de saúde”, estando dentro do setor *popular*, considerando a tradução de Langdon (1994) para classificação proposta por Kleinman (1980) que divide os sistemas de cuidados da saúde em três setores: *profissional*, *popular* e *familiar*. O primeiro seria formado pelos sistemas médicos reconhecidos e organizados em categorias profissionais com regulações próprias, a exemplo da biomedicina, da homeopatia e da medicina chinesa. Já o setor *popular* refere-se “aos especialistas de saúde que não formam grupos organizados e burocratizados, mas ao mesmo tempo são reconhecidos pelo grupo como desempenhando papéis de cura e caracterizados por um conhecimento especializado sobre algum aspecto de saúde” (Langdon, 1994: 15), a exemplo das parteiras e dos xamãs. Por último, o setor *familiar* seria aquele formado pela rede social que envolve o sujeito doente, tais como a família, a vizinhança e a comunidade onde ele se insere cujos conhecimentos relacionados à saúde, adquiridos socialmente, são acionados nos primeiros momentos de identificação da doença.

A referência a este espaço me chamou a atenção pelo fato de oferecer formas de tratamento não-biomédico a pacientes com câncer, algo que eu pouco havia explorado na minha pesquisa anterior. Assim, fui em busca de outras pesquisas, na área das ciências sociais, que tratassem desse espaço terapêutico em Florianópolis, antes de tentar um contato direto com a instituição, a fim de saber até que ponto já haveria um investimento em pesquisa sobre ela. Encontrei apenas um trabalho de conclusão de curso em ciências sociais (Finger, 2004)³. Por outro lado, comecei a perceber menções constantes ao CAPC no meu ambiente de trabalho, na mídia local, na minha vizinhança. A mãe de uma colega de trabalho estava fazendo um tratamento ali para um meningioma, tumor geralmente benigno que afeta as meninges, e com ela consegui o telefone da instituição. Porém, eu teria também conseguido esse contato facilmente através da internet, já que a instituição dispunha de um site (www.nenossolar.com.br), não fosse a ideia preconcebida que eu tinha desse espaço como algo de dimensões modestas e relativamente informais.

O CAPC está vinculado a uma instituição espírita, o Núcleo Espírita Nosso Lar (NENL) com sede na cidade de São José, distante

³ Há, no entanto, pesquisas sobre o CAPC em outras áreas como enfermagem (Nunes, 2002) e administração de empresas (Koerich, 2006).

apenas nove quilômetros de Florianópolis. Ao contrário do que eu imaginava, nem uma das duas instituições tinha dimensões modestas ou informais, sendo antes organizações complexas, política e socialmente reconhecidas nas duas cidades e que, embora pudessem ser consideradas como um sistema terapêutico não-biomédico, dificilmente poderiam ser classificadas como “não-oficial”, considerando o grau de legitimidade e institucionalização de que gozam. Além disso, ambas contavam com a presença, em seu quadro de voluntários, de profissionais advindos de diversas formações na área de saúde, desde médicos, enfermeiros, cirurgiões, dentistas, psicólogos, nutricionista, farmacêuticos, naturólogos, além de vários outros que não eram profissionais de saúde, mas que trabalhavam diretamente na aplicação das diversas terapias que compõe o tratamento oferecido nas duas casas, o que dificulta ainda mais o enquadre da instituição a partir da classificação de Kleinman exposta acima, pois haveria aqui um intercruzamento de diferentes tipos de sistemas terapêuticos e de terapeutas/curadores.

O CAPC foi fundado em março de 1998 e está localizado no bairro do Ribeirão da Ilha, na parte insular de Florianópolis. Já o NENL, existe em São José desde 1976, sendo reconhecido como uma instituição civil autônoma desde 1986. Na época desta pesquisa, o CAPC atendia em média 100 pacientes por semana e, apesar do nome, a instituição não tratava apenas de pacientes com câncer, mas também daqueles com doenças diagnosticadas como degenerativas ou autoimunes. Já o NENL atendia cerca de duas mil pessoas por semana, segundo dados da direção da instituição⁴. Pelas duas casas passavam trabalhadores e pacientes que moravam tanto em Florianópolis e na sua região metropolitana como em São José. Contudo, constantemente eles recebiam pacientes de cidades do interior do estado, de outros estados, sobretudo Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo, e até de outros países, principalmente da Argentina. Pessoas de todas as idades buscavam o NENL e CAPC, de ambos os sexos (embora a maioria fosse formada por mulheres), de todas as camadas sociais, de pescadores, donas de casa e agricultores a médicos, empresários e professores universitários, e de todas as religiões (ou sem religião), principalmente católicos e espíritas, mas também um ou outro evangélico.

O tratamento oferecido no CAPC constitui-se de uma série de

⁴ Esse número contempla não apenas as pessoas em tratamento, mas também seus acompanhantes, as chamadas telefônicas e por internet e os frequentadores das palestras e passes cotidianamente oferecidos à população em geral.

aplicações de terapias complementares, realização de grupos terapêuticos e das cirurgias espirituais. Para iniciar seu tratamento no CAPC, o paciente com câncer ou doenças degenerativas deve passar por um atendimento prévio no NENL onde seu caso é analisado através de uma consulta com os médiuns da casa e da análise dos seus exames clínicos por médicos. O CAPC não realiza atendimento sem a apresentação desses exames que vão nortear as aplicações terapêuticas e as cirurgias espirituais. No NENL são tratados casos considerados de ordem psíquica e/ou espiritual (depressão, ansiedade, obsessão, etc.) e casos chamados por eles de “físicos”, mas de ordem menos grave que o câncer e/ou doenças degenerativas⁵. Todo atendimento oferecido no CAPC é gratuito e a instituição é mantida através de doações, mensalidade de sócios efetivos, subvenções e trabalho voluntário.

Quanto aos que ali trabalhavam, havia médicas/os, enfermeiras/os, nutricionista e os voluntários da casa (que também podiam ser profissionais de saúde, mas não necessariamente), além de um corpo administrativo e o pessoal da limpeza e da cozinha⁶. Os profissionais da limpeza, da cozinha e da enfermagem eram remunerados, todos os demais eram voluntários, inclusive os médicos, que tanto atuavam dentro da sua profissão no CAPC realizando análise de exames e atendimento médico aos pacientes, quanto nas funções espirituais e mediúnicas, sendo alguns deles os médiuns que realizavam as cirurgias espirituais. Não havia impedimento para que pessoas de outras religiões trabalhassem como voluntárias no NENL e, principalmente no CAPC, que era apresentado como espaço terapêutico e não de doutrinação espírita. No CAPC havia voluntários que não se definiam como espíritas, mas sim como católicos ou de outra religião considerada por eles também espírita, como a umbanda, e até sem religião específica, definindo-se como “espiritualistas”. No entanto, pode-se dizer que todos compartilhavam de uma perspectiva cristã baseada na fé e na caridade e reconheciam conceitos próprios do espiritismo⁷ como evolução espiritual, energia, reforma íntima e

⁵ No decorrer da tese ficará mais claro como as pessoas que buscam as duas instituições são direcionadas para o tratamento e o que está implicado na classificação interna criada por eles para determinar esse direcionamento.

⁶ Segundo a direção geral do CAPC e do NENL, há cerca de 800 voluntários cadastrados nas duas instituições. O termo voluntário era o mais usado para se referir às pessoas que trabalhavam nas duas casas, mas os termos médium, terapeuta ou trabalhador também eram utilizados.

⁷ Ao longo desse texto o termo espiritismo poderá aparecer ora com inicial maiúscula, ora

mediunidade⁸.

O ambiente físico do CAPC assemelha-se a um hospital ou clínica, e ele foi estruturado “atendendo as normas e exigências da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e de qualquer órgão de inspeção médica ou de saúde pública” (cf. www.nenossolar.com.br). Uma forte conexão com os pressupostos biomédicos podia ser claramente observada na forma como o Centro estava organizado, na sua disposição física (divisão em enfermaria com 57 leitos, salas de cirurgia, sala de espera e auditório), no modo de vestir dos terapeutas e médiuns da casa (roupa branca, jaleco, máscaras e touca), na hierarquização das funções (médiuns operadores, médiuns doadores, instrumentadores cirúrgicos, auxiliares técnicos, leitor/a de prontuários, etc.) e na forma como as cirurgias espirituais eram realizadas (em macas, com uso de iodo, gases, falsos bisturis⁹, curativos, emissão de atestados e orientações pós-cirúrgicas). Havia uma ênfase muito grande em apresentar o Centro como “local de apoio” para o tratamento do câncer e que o paciente deveria estar obrigatoriamente sendo tratado também pela medicina alopática. Por isso a exigência de exames clínicos que de certa forma eram tomados como comprovação de que a pessoa doente estaria tendo algum acompanhamento biomédico. O Centro dispunha ainda de uma sala equipada com aparelhos específicos para atendimentos de urgência, uma espécie de mini-UTI, e de uma ambulância, elementos que reforçavam sua identidade enquanto uma instituição terapêutica capaz de prestar atendimento a pessoas com doenças graves como o câncer.

Tanto o NENL quanto o CAPC são reconhecidos como instituições de utilidade pública por sua atuação terapêutica assistencial nas cidades de São José e Florianópolis. Em 2010, a Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina homenageou as duas instituições em seção especial por “sua abnegada atenção dispensada em nível biológico, psicológico e espiritual aos pacientes contribuindo para harmonização e equilíbrio do seu estado de saúde e melhoria de qualidade de vida” (dizeres impresso na placa de homenagem), o que

minúscula respeitando o modo como aparece nas referências citadas, mas nos trechos de minha autoria utilizo o termo com “e” minúsculo, assim como nas menções às demais religiões citadas.

⁸ A questão da filiação religiosa dos voluntários será discutida no capítulo VI.

⁹ Estes bisturis têm fio cego, não produzindo cortes e estão disponíveis para venda em lojas de material hospitalar.

demonstra o reconhecimento social e político de que gozam essas instituições.

Ao contrário de que comumente tem se observado em certas análises que tratam das relações entre religião e saúde, incluindo-se aqui a literatura antropológica, boa parte da clientela que buscava os serviços do CAPC não se constituía em uma parcela populacional desprivilegiada economicamente ou sem acesso aos sistemas médicos oficiais. Tampouco era formada apenas por pessoas que não encontraram na biomedicina tratamento para suas aflições ou que compartilhavam dos valores religiosos da instituição. Havia uma diversidade de sujeitos presentes neste espaço que vinham das mais diversas classes sociais, filiações religiosas, estados de saúde, profissões, idade, compondo um mosaico difícil de ser generalizado pelas interpretações até então largamente oferecidas nas análises antropológicas sobre religião e saúde. Do mesmo modo, seria difícil generalizar o exercício voluntário do trabalho espiritual-terapêutico em termos de uma “conversão religiosa” ou de adesão irrestrita aos valores do espiritismo, mesmo quando sabemos que a maioria dos voluntários que ali trabalham é formada por ex-pacientes da casa.

O encontro com essa instituição oficialmente reconhecida como religiosa, mas apresentada e legitimada como terapêutica, me conduziu a certas indagações a cerca dos limites, justaposições, colagens, cortes e fissuras que tem perpassado o campo da religião e da medicina, considerando a relação histórica estabelecida entre eles e como, contemporaneamente, elas são atualizadas num contexto onde a promoção de uma “saúde perfeita” (Sfez, 2008) e a produção da “perfectibilidade” (Duarte, 1999; D'Andrea, 2000), pode-se assim dizer, teriam se tornado uma “epidemia”.

A Doutrina Espírita

Devo deixar claro de início que não tratarei nessa tese da história e cosmologia do espiritismo, pois isso já foi feito (ver Camargo, 1961; Cavalcanti, 1983; Giumbelli, 1997a; Lewgoy, 2000; Stoll, 2003; Arribas, 2008; Aubrée e Laplantine, 2009, entre outros). Minha intenção é pensar a relação entre religião, medicina e saúde no contemporâneo tendo o CAPC como um lugar que reflete e produz tais relações, nos levando a certos questionamentos quanto às próprias categorias e os

modos como elas são agenciadas pelos sujeitos envolvidos em processos de saúde e doença, sejam eles pacientes ou curadores.

No entanto, faz-se necessário uma apresentação mínima dos elementos que compõe essa doutrina que nasce na Europa no século XIX propondo-se enquanto uma síntese entre filosofia, ciência e religião, e que na sua transposição para o Brasil e outros países latino-americanos veio a se conformar enquanto um campo religioso de cunho notadamente terapêutico. Parte das informações lançadas nessa introdução será aprofundada no decorrer dos capítulos. Minha intenção neste momento é oferecer ao leitor ou leitora uma compreensão inicial desse sistema religioso, mas sem a pretensão de um resgate histórico denso.

O espiritismo desenvolve-se na França na segunda metade do século XIX e teria como marco definidor de sua origem o lançamento do *Livro dos Espíritos*, uma compilação extensa, baseada em 1.019 perguntas feitas aos espíritos e sistematizadas pelo pedagogo Hippolyte Léon Denizard Rivail, mais comumente conhecido pelo pseudônimo de Allan Kardec. Nesta época, a Europa vivia uma onda de movimentos de cunho místico-espiritualista que tanto se contrapunham ao dogmatismo das religiões instituídas, especialmente o catolicismo, assim como ao materialismo da ciência sem negar, no entanto, o valor da espiritualidade ou da ciência, mas apostando em formas diferenciadas de utilização desses elementos para o desenvolvimento humano.

Esses movimentos, que não estavam confinados à Europa e se apresentavam também nos Estados Unidos, atraíram muitos membros das classes médias e letradas e tinham no livro um importante meio de divulgação de suas ideias e doutrinas. Assim, além do espiritismo, podemos citar outras correntes com propostas espiritualistas que nasceram no século XIX, como a Teosofia, de Helena Blavatsky, que em 1875 fundou em Nova York a Sociedade Teosófica, e a Ordem Hermética da Aurora Dourada (Golden Dawn), criada na Inglaterra em 1888 e que teve entre seus principais fundadores dois médicos.

O espiritismo está ancorado em alguns postulados básicos. A crença na imortalidade e na evolução do espírito é a premissa fundamental da doutrina. De acordo com Kardec, todos os espíritos foram criados por Deus iguais e imperfeitos e a todos foi dado o livre-arbítrio para fazerem as escolhas necessárias a sua evolução espiritual cujo objetivo seria a perfeição moral. A reencarnação do espírito seria o meio natural para atingir tal propósito. Os atos e escolhas feitos em

determinada vida (encarnada) do espírito contribuiriam para promover seu aperfeiçoamento moral, e conseqüente evolução, assim como determinariam as provas e expiações pelas quais o espírito passaria em cada reencarnação. Assim, Kardec nomeou de “lei de causa e efeito” o mecanismo de retribuição ética universal a todos os espíritos, segundo a qual nossa condição atual é resultado de nossos atos em vidas passadas. Porém, com base na ideia do livre-arbítrio, o espírito também poderia escolher situações para serem vividas em determinada encarnação a fim de atingir mais rapidamente sua perfeição ou expiar faltas e erros cometidos em vidas passadas.

Além da reencarnação e do carma, o espiritismo tem na mediunidade um de seus principais elementos. É através desse mecanismo que se daria a comunicação entre os espíritos encarnados e desencarnados, entre o mundo visível e o invisível. Aqueles capazes de desenvolver plenamente essa habilidade de comunicação são chamados de médiuns e se subdividem em diversas categorias. As formas dessa comunicação são variadas indo desde a psicografia, quando o médium escreve mensagens ditadas pelos espíritos, até o uso de códigos como pancadas e batidas em objetos e ainda a incorporação, que ocorre quando o espírito se expressa através do corpo de um médium, principalmente através da fala. Por fim, outro princípio básico do espiritismo diz respeito à prática da caridade, modo fundamental através do qual os espíritos (encarnados e desencarnados) podem aprimorar-se através da doação e do amor ao próximo e que está diretamente relacionada à moral cristã. Assim, uma das máximas kardequiana diz que “fora da caridade não há salvação”.

Não é preciso dizer que a noção de evolução espiritual presente na doutrina espírita está relacionada não apenas às teorias reencarnacionistas presentes em algumas religiões orientais, a exemplo do hinduísmo e do budismo (ressalvadas as devidas diferenças)¹⁰, mas também às teorias evolucionistas que marcaram as ciências naturais e humanas na segunda metade do século XIX. Do mesmo modo, o tom positivista que permeia a definição da doutrina, ainda que seja utilizado para fazer uma crítica ao cientificismo de sua época, está ancorado nos

¹⁰ Nas teorias reencarnacionistas orientais a alma emana de um Grande Todo ao qual retorna após a morte de forma indiferenciada, ao passo que no espiritismo a alma conservaria sua individualidade. Além disso, diferente das concepções orientais, o espiritismo não admite involuções, apenas a evolução do espírito, o que implica na negação da reencarnação de espíritos humanos em corpos de animais ou plantas, por exemplo.

seus modelos. Assim, a negação do sobrenatural e da magia como formas de explicação para as manifestações dos espíritos, a exclusão do sagrado e dos ritos na conformação da prática da doutrina e o uso de experimentos para comprovar a comunicação com o mundo dos mortos seriam meios de fazer do espiritismo uma forma de conhecimento, destinada ao estudo das relações entre o mundo visível e o invisível, pautada no raciocínio lógico e não na fé cega¹¹.

Kardec elaborou ainda outros quatro livros e uma série de artigos que foram publicados na Revista Espírita, fundada por ele em 1858¹². Nesses escritos ele formulou as bases da doutrina espírita, tratando das mais diversas questões: dos elementos gerais do universo às categorias de espíritos, do suicídio às leis do trabalho, da caridade aos períodos geológicos da Terra. Não escapa à obra espírita de Kardec qualquer elemento, seja de ordem material, espiritual, social, moral ou política. Assim, as questões envolvendo a dimensão da saúde e doença também estão ali presentes, porém de modo sutil.

De forma geral, as doenças são percebidas no espiritismo como sinais de desequilíbrio entre os diferentes corpos que compõe a pessoa na cosmologia espírita (ver Cavalcanti, 1983) que seriam o corpo físico (material e transitório), o corpo espiritual (fluídico e imortal) e o perispírito que seriam uma forma de corpo intermediário, nem material nem completamente fluídico, responsável pela união dos corpos físico e espiritual. Esses desequilíbrios podem ser resultado tanto de atos da vida atual do espírito encarnado representados, sobretudo, pelos vícios, quanto de atos cometidos pelo espírito em encarnações anteriores, e neste caso as doenças são percebidas como resgates cármicos. Haveria ainda as doenças causadas pela influência de espíritos inferiores¹³, atraídos por suas vítimas em decorrência de dívidas cármicas ou pela prática de comportamentos moralmente condenáveis e desviantes, a

¹¹ Para uma leitura dos modos como o conceito de ciência é acionado no espiritismo ver, entre outros, Giumbelli (1997a), Stoll (2003) e Aubrée e Laplantine (2009).

¹² Além do *Livro dos Espíritos* Kardec publicou o *Livro dos Médiuns* (1861), o *Evangelho Segundo o Espiritismo* (1864), *O Céu e o Inferno* (1865) e *A Gênese, os milagres e as pregaçãoes segundo o Espiritismo* (1868). A publicação da Revista Espírita sofreu várias interrupções depois da morte de Kardec e atualmente é publicada em francês, inglês, espanhol e português e coordenada pelo Conselho Espírita Internacional formado por trinta e três países. Para acesso à revista ver <http://www.larevuespirite.com/home.php>.

¹³ De acordo com o espiritismo, os espíritos inferiores são aqueles caracterizados pela ignorância, malícia e/ou maldade. Por estarem mais presos ao mundo material, esses espíritos sentiriam falta dos prazeres terrenos e se comprazem em fazer o mal ou causar pequenas perturbações e zombarias na vida dos encarnados.

chamada *obsessão*. As doenças mentais seriam aquelas que mais diretamente estão associadas à obsessão.

Ao considerar as doenças enquanto manifestações de desordens causadas pelo desequilíbrio espiritual ou dívida cármica, a cura ou reestabelecimento da saúde nos escritos de Kardec está muito mais pautada em conselhos de ordem moral do que no desenvolvimento de práticas curativas. Deste modo, são poucos os recursos oferecidos em sua obra para o desenvolvimento de uma “terapêutica espiritual” que vá além do desenvolvimento moral do espírito. A visão da doença como carma a ser cumprido também teria influenciado o não desenvolvimento de uma terapêutica mais ativa na obra de Kardec, já que a cura seria a interrupção do cumprimento do carma (Aubrée e Laplantine, 2009). No entanto, a prece e os passes (que detalharei melhor em outro momento) aparecem em sua obra como elementos principais para trazer alívio para as aflições das mais diversas ordens, incluindo-se as doenças.

A abordagem modesta conferida aos processos de saúde e doença na obra kardequiana não impediu que em outros contextos aonde a doutrina espírita veio a se desenvolver esse aspecto tomasse fortes dimensões e passasse a caracterizar o espiritismo enquanto uma religião eminentemente terapêutica, como foi o caso do Brasil¹⁴.

Espiritismo no Brasil: de religião à prática terapêutica

O Brasil é considerado por alguns como a maior nação espírita do mundo (Aubrée e Laplantine, 2009). Estima-se que o país possui cerca de três milhões de adeptos autodeclarados (IBGE, 2000), mas que esse número poderia chegar a quase 20 milhões quando considerados aqueles que apesar de não se identificarem como espíritas, frequentam os centros espíritas regularmente ou compartilham de valores próprios da doutrina, como a crença na reencarnação e na possibilidade de comunicação com o mundo dos mortos. Carvalho (1994: 74), por exemplo, afirma que a recepção do espiritismo no Brasil teria causado grande impacto na formação da religiosidade brasileira ao ponto de “não faltarem teóricos a dizer que o Brasil, mais que católico, é um país fundamentalmente espírita”, tendo a cosmovisão da doutrina se tornado

¹⁴ Devo ressaltar que a obra de Allan Kardec, embora central para os espíritas brasileiros, não é a única a compor o repertório literário da doutrina espírita e dos que se declaram espíritas como bem já analisou Giumbelli (1997a: 66).

parte constitutiva de “*ethos* nacional”.

Em que pese um possível exagero dessas afirmações, o fato é que desde sua inserção no Brasil, ainda na segunda metade do século XIX, o espiritismo alcançou proporções não observadas em outros países, a exemplo da França, seu local de origem, onde hoje, dizem muitos espíritas, Allan Kardec seria um ilustre desconhecido, ao passo que no Brasil seu nome está em ruas, escolas, praças e hospitais graças à popularidade da doutrina.

Um dos elementos centrais para difusão da doutrina espírita em solo brasileiro teria sido o acentuado caráter terapêutico com o qual foi aqui conformada por seus adeptos. Tais práticas, desenvolvidas em consonância com um dos princípios básicos da doutrina, a caridade, ampliavam o alcance da religião, sem relegá-la ao conhecimento de uns poucos letrados que tinham, em fins do século XIX, acesso às obras escritas por Kardec e outros espíritas franceses. Através das práticas de cura caritativas, o espiritismo alcançava também as classes populares já habituadas a recorrerem a formas de tratamento de cunho religioso, a exemplo das populares benzedeadas.

Assim, a tríade proposta pelo espiritismo entre filosofia, religião e ciência teria permitido sua inserção através de diferentes frentes, angariando seguidores nas classes letradas da sociedade brasileira, entre eles muitos médicos ávidos por uma forma de “religiosidade laica” e conectada com os valores científicos das sociedades modernas. Por outro lado, também atraía aqueles que, insatisfeitos com o modelo de religiosidade católica predominante no país, tinham no espiritismo uma nova porta de acesso ao sagrado. E aqui surge uma questão: mas o espiritismo é de fato uma religião? Ou no Brasil foi transformada em tal?

Há uma série de discussões acerca de certa “deturpação” que a doutrina espírita teria sofrido ao ser recebida em solo brasileiro, e que aparece tanto no interior dos grupos espíritas – na voz daqueles que afirmam que o espiritismo não seria uma religião, mas sim uma ciência e um sistema filosófico –, quanto na literatura antropológica que se deteve sobre a análise do movimento espírita no Brasil. Assim, para Aubrée e Laplantine (2009) a doutrina espírita é reinterpretada no Brasil em termos da “verdadeira obra cristã”, dotando o espiritismo de um caráter evangelizador que estaria ausente na sua versão (original) francesa:

“Tomando distância em relação à tradição francesa em que se originou

(Flammarion¹⁵ afirmava que 'o espiritismo será científico ou não será'), o espiritismo brasileiro apresenta-se como uma religião, a religião da 'fé racional', primeira religião na qual se pretende explicar o indivíduo, o universo e o social em termos de ondas e de elétrons e simultaneamente religião que tem por missão propagar o Evangelho, a partir do Brasil, aos quatro cantos do mundo". (idem: 212)

Para Ubiratan Machado (1997: 27) o brasileiro seria um “homem místico” que “não se contentava com a frieza da razão” e por isso “abrasileirando-se, o espiritismo perdia o caráter rigidamente experimentalista e científico de sua origem” (idem: 165).

Giumbelli (1997a: 21) traça uma crítica às leituras acadêmicas que investem na ideia de que no Brasil o espiritismo “seria ou teria se transformado numa 'religião', supondo-se que isso explicitasse seja um contraste com suas raízes e desdobramentos europeus, seja uma continuidade com uma forma nacional de religiosidade”. Seguindo outra direção de análise, o autor propõe compreender a discussão em torno do espiritismo “como *uma investigação antropológica da definição, social e historicamente construída, dos critérios segundo os quais algo pode ser considerado uma religião*” (idem: 29, grifos no original). Seu trabalho faz uma análise da condenação e legitimação do espiritismo no Rio de Janeiro, tendo por base os processos judiciais abertos contras as práticas e os praticantes da doutrina, num período que vai de 1890 a 1940, e as relações estabelecidas nesse contexto entre a Federação Espírita Brasileira (FEB) e certos agentes sociais como o Estado, a imprensa e os médicos.

Giumbelli não aposta na dicotomização que aparece entre os próprios espíritas quando tentam definir se a doutrina deveria ser mais ou menos “religiosa” ou “científica”, – e veremos que os embates entre os defensores de uma ou outra categoria foram frequentes e perduram até os dias atuais –, pois ele entende que o eixo definidor da trajetória da FEB (instituição central de sua pesquisa) e de sua orientação doutrinária “não teria sido a oposição 'religião'/ciência', mas a *definição dos domínios* que seriam próprios ao 'espiritismo' através de processos que envolviam outros discursos e agente sociais” (1997a: 280, grifos no original). Assim, antes de afirmar que o espiritismo brasileiro seria “mais religioso” ou “menos científico” que o francês, a questão seria analisar como esses conceitos – religião e ciência – são definidos, por

¹⁵ Camille Flammarion, astrônomo francês, amigo e discípulo de Kardec.

quem e sob que circunstâncias, e no caso em questão, discutir como ambos são acionados no processo de legitimação das práticas espíritas.

Tambiah (1990) foi um dos autores que analisou o modo como as categorias magia, ciência e religião foram forjadas a partir do ocidente e, principalmente, como elas foram trabalhadas dentro da formação do pensamento antropológico e utilizadas na compreensão de outras sociedades. O autor salienta como a distinção entre esses conceitos é uma construção cultural ancorada em uma história particular, na qual elementos da cultura greco-romana e aspectos da tradição teológica judaico-cristã estiveram relacionados e influenciaram reciprocamente a formulação das definições de magia, religião e ciência. Essa relação, no entanto, não teria sido identificada e problematizada pelos primeiros antropólogos da era moderna, herdeiros dessa formação cultural, o que teria gerado problemas de definição e análise dessas categorias que perduram até hoje.

A partir da revisão de certos períodos históricos e da leitura de alguns cientistas sociais, como Max Weber e Robert Merton, Tambiah nos leva à observação de como os modos de compreensão do sagrado compuseram uma base cultural sobre a qual foi possível pavimentar o caminho para emergência do pensamento científico, especialmente com o advento da Reforma Protestante. Assim, a ênfase protestante na relação direta entre o homem e Deus e a valorização de um conhecimento empírico e racionalizado sobre a natureza como meio de entender os propósitos divinos, teriam favorecido as concepções de um universo governado por uma “lei natural”- e, portanto, passível de investigação científica. Por outro lado, a Europa Renascentista teria sido palco de um ressurgimento do pensamento mágico antigo expresso, por exemplo, no desenvolvimento da alquimia e da astrologia, que foram aproveitadas por pensadores como Giordano Bruno e John Dee. Dessa forma, magia, ciência e religião, longe de compor territórios bem demarcados e definidos historicamente, foram simultaneamente construídos em processos de relações complexas que por vezes são ignorados nas análises sociais.

Por fim, o Iluminismo também seria um marco importante para análise da definição do conceito de religião e, conseqüentemente, para produção de diferenças em relação aos conceitos de magia e ciência:

“Nesse momento, o pensamento europeu, em particular os teólogos, começa a demonstrar grande interesse em organizar intelectualmente as práticas religiosas em grandes sistemas abstratos e coerentes. Essa

atitude intelectual do Iluminismo construiu um conceito de religião como doutrina organizada que foi universalizado para todas as culturas” (Montero, 2010: 125, grifos no original).

Assim, aquilo que poderia ser classificado em qualquer cultura em termos de práticas religiosas ou de uma religião estava embasado num conceito que tinha como modelo as religiões cristãs europeias, o protestantismo e o catolicismo. As práticas que se afastavam desse modelo teórico eram enquadradas enquanto práticas mágicas, falsas crenças ou religiões “primitivas”.

No Brasil, essa distinção foi particularmente importante para que o Estado pudesse exercer o controle sobre alguns grupos sociais ao identificar certas práticas como não-religiosas, mas mágicas e/ou potencialmente perigosas para ordem social. Os cultos de origem africana foram o principal alvo dessa investida, mas também outras vertentes estiveram aqui incluídas, como o espiritismo.

Com a instauração da República se consolidam os termos da separação entre Igreja e Estado, mas não a aceitação imediata de práticas distintas do catolicismo enquanto religiões oficialmente reconhecidas. Esse processo de legitimação vai se estender ao longo das primeiras décadas de consolidação da República brasileira quando se tentará conciliar os pressupostos seculares da liberdade religiosa e as políticas públicas de controle sanitário nas cidades. Nesse contexto, muitas das práticas de cunho religioso de grupos marginalizados vão ser classificadas como ameaças à ordem pública e à saúde coletiva e tornam-se palco de disputa envolvendo outros agentes sociais, a exemplo dos médicos que nesse período são investidos de poder para atuar na regulação do espaço público.

Se por um lado o modelo institucional da religião, cuja referência era o catolicismo, dificultaram a legitimação de certas práticas enquanto religiosas, e a regulação de uma competência técnica pautada na medicina para o cuidado com a saúde produziram a figura do charlatão e do curandeiro como desvio (Montero, 1985; Luz, 1996), por outro a defesa de um Estado laico onde as liberdades individuais deveriam ser respeitadas permitiu que grupos religiosos marginalizados acionassem os dispositivos do projeto secular na busca por seu reconhecimento no espaço público (Giumbelli 2002, 2008). Assim, é dentro do projeto da modernidade que o conceito de religião vai sendo conformado e não em oposição a ele, de modo que “foi no interior da ordem jurídica encimada por um Estado comprometido com os

princípios da laicidade que certas formas de presença da religião ocorreram” permitindo “acomodações de agentes religiosos em Estados seculares, mas também definições seculares do religioso” (Giumbelli, 2008: 81).

É dentro desse processo que o espiritismo legitima-se no espaço público enquanto uma religião de caráter assistencial, como demonstrou Giumbelli (1997a, 2008), e para tal a noção da caridade foi fundamental, sendo o argumento utilizado na defesa de uma prática afirmada como religiosa, que não visava lucros nem tentava competir com a medicina oficial, mas tão somente fornecer assistência aos necessitados.

Deste modo, não seria exatamente uma oposição entre ciência/religião que teria determinado a conformação do espiritismo no Brasil de forma mais atrelada ao segundo elemento desse par, mas antes a definição de domínios próprios à prática espírita a fim de que esta pudesse ter um lugar legitimado no espaço público. No entanto, não devemos pensar que os espíritas, assim como outros grupos, tão somente se adequaram às conceituações e modelos impostos pelo Estado para serem reconhecidos oficialmente como religião e serem, assim, legitimados. Ao contrário, esses movimentos por legitimidade social causaram deslocamentos nesse conceito e nas relações estabelecidas entre as religiões e diferentes agentes sociais como, por exemplo, a medicina. Ao advogarem por sua liberdade religiosa, esses grupos também colocaram em pauta os limites da interferência do Estado sobre suas práticas e as leituras que eram feitas sobre elas.

Reconhecido enquanto religião, o espiritismo e os espíritas não deixaram de se pensar enquanto filosofia e ciência, tampouco esses termos foram pacificados na autodefinição dos diversos grupos espíritas e nas relações que eles continuam a estabelecer entre si. Além disso, a possível “fixação” do espiritismo no Brasil enquanto religião não significa que a sua prática seja vivenciada por todos como tal, se religião for tomada aqui nos termos de uma prática regida e contida em espaços institucionais, definição esta que tem se tornado problemática para tratar da “questão religiosa” no contemporâneo (cf. Velho, 2007).

Secularismo e Religião: velhos conceitos, novas abordagens

A presença intensa e diversificada do religioso no espaço público tem produzido uma série de debates contemporâneos em torno

de algumas questões caras aos estudos de religião nas ciências sociais. A emergência de um sem-número de manifestações de cunho religioso que têm se intensificado mundo afora, em diversas arenas, suscitaram certos questionamentos em torno do projeto secular dos Estados modernos. Velho (2007: 288-9) menciona algumas dessas tendências como, por exemplo: o ressurgimento islâmico em várias partes do mundo, a expansão pentecostal e carismática em diversos países do norte e do sul, o fundamentalismo cristão e o teleevangelismo nos Estados Unidos, com especial atenção a seus desdobramentos na arena política, o crescimento do cristianismo no leste da Ásia e na Europa do Leste assim como as tensões institucionais a ele associadas, a proliferação de novos grupos religiosos na África, os constantes rearranjos religiosos em várias partes do mundo, a exemplo daquilo que o autor chama de “descatolização e pentecostalização” que ocorre no Brasil, além dos conflitos civis no Oriente Médio, na Europa (Irlanda) e na Ásia (Índia) que estão envolvidos por questões de ordem religiosa.

Acrescente-se a tudo isso os recentes conflitos surgidos na França a respeito do uso de símbolos e indumentárias religiosas no espaço público e as discussões que movimentaram o congresso brasileiro nos últimos anos, a exemplo da votação da Lei de Biossegurança que foi marcada por uma forte presença do elemento religioso no debate público sobre questões envolvendo a bioética (cf. Luna 2007, 2008; Ranquetat Júnior, 2011).

A efervescência desses fenômenos conduziu a algumas análises que colocaram as teorias tradicionais de secularização em jogo, apostando na sua reversão ou num “reencantamento do mundo”, na contramão do que havia previsto Weber. Porém, outros autores teriam uma perspectiva menos dicotômica, analisando as crescentes incursões do religioso no espaço público justamente pela afirmação do projeto secular. Neste sentido, Giumbelli (2008: 81), seguindo de perto as ideias de Talal Asad, afirma que “secular” e “religioso” constituem pares indissociáveis da modernidade que devem ser problematizadas como categorias diferenciadas, mas, principalmente, que devemos investigar as condições nas quais essa diferenciação é afirmada e sustentada como tal.

Com base nessa perspectiva, a relação religião-secularismo não deve ser pensada em termos de uma sobreposição desses domínios, com um sendo mais ou menos subjugado ao outro, mas nos modos como essa relação se desenvolve no contemporâneo através de complexidades que

não podem ser reduzidas a simples oposições, evitando-se assim os perigos da essencialização das categorias ou a valorização das imagens caricatas produzidas sobre elas (Velho, 2007).

Autores como Velho (2007), Carvalho (1994, 1999) e Sanchis (1997, 2001) também questionam se essa “explosão” do religioso no contemporâneo seria algo realmente novo ou se foi o nosso olhar que mudou, pois uma pluralidade religiosa ou a inserção de valores religiosos em domínios tidos como seculares nunca estiveram de fato ausentes da vida social. Do mesmo modo, alguns autores propõem revisões sobre os modos de compreensão do secularismo que, segundo Pierrucci (*apud* Semán, 2007: 43) não significaria o abandono das formas religiosas, mas antes uma emancipação da sociedade em relação à religião, de modo que “todo aquello que es colocado bajo la rúbrica de reversión o cuestionamento de la secularización es, en verdad, un efecto de su consumación” (idem: 44).

As discussões sobre o projeto secular e a questão religiosa também levaram ao questionamento do que poderia ser propriamente classificado como religião no contemporâneo (e, consequentemente também o conceito de secular é revisado dentro dessa perspectiva), seguindo um pouco de perto a discussão que travamos mais acima quando da análise da definição do espiritismo enquanto religião no Brasil. A reordenação e reorganização do religioso têm colocado em cheque certas classificações usadas para pensar esse campo, especialmente após o advento da Nova Era¹⁶ nas últimas décadas do século XX. Esse movimento teria apontado de maneira mais contundente para formas de religiosidade ou de expressões religiosas apartadas ou não dependentes de um aparato institucional, condição básica que temos elencado para classificar certas práticas e não outras enquanto religião. Neste contexto, Maluf (2010) aponta para as limitações e as possibilidades representadas pelo uso do conceito de religião para uma análise das expressões espirituais-terapêuticas no contemporâneo:

¹⁶ O termo Nova Era tem sido bastante utilizado, tanto na mídia quanto nas ciências sociais, para descrever um campo de práticas de cunho espiritual-terapêutico no contemporâneo. Isso não implica em um consenso com relação ao uso dessa expressão, que muitas vezes é rejeitada pelos sujeitos que fazem parte desse circuito, e alguns autores reconhecem as limitações de seu uso (Magnani, 1999). No entanto, utilizo ao longo da tese o termo Nova Era por entender que a expressão é válida para descrever esse campo de práticas de uma forma mais reconhecida socialmente e que as outras denominações utilizadas também apresentam em certa medida suas limitações e desvios.

“(…) diria que os limites estão dados pela persistência em uma abordagem que entifica e substantiva a religião, o que implicaria em uma abordagem do fenômeno religioso a partir da instituição religiosa, dos sujeitos como agentes dispostos em um campo hierárquico e de competências e da cosmologia como pertencendo a um corpo doutrinário demarcado em narrativas centrais e estabelecidas. O que chamei de culturas espirituais e terapêuticas alternativas são um exemplo de uma maior plasticidade e dinamicidade do fenômeno. A religião deixa de ser uma substância transcendente e acima das práticas particulares, e passa a ser um qualificativo de diferentes tipos de agenciamentos centrais e também periféricos, marginais, subterrâneos. Isso introduz o segundo tema ou desafio da análise do religioso no contemporâneo que é o das práticas de sujeitos individuais ou coletivos, suas cosmologias específicas” (idem: 12).

É certo que não é com a Nova Era que práticas religiosas dissociadas de instituições formais começam a existir, se pensarmos, por exemplo, nas práticas do catolicismo popular e outras formas daquilo que temos chamado nas ciências sociais de “religiosidade popular”. Sempre houve práticas de cunho religioso mais ou menos independentes das esferas formais das religiões tradicionais, o que não quer dizer que elas existiam exatamente em oposição a essas instituições.

Dentro dessa perspectiva, Eloísa Martín (2007) apresenta uma interessante crítica aos estudos das religiões populares na Argentina ao questionar o modo como apenas o termo “popular” é problematizado nessas análises enquanto o conceito de religião é tomado geralmente como dado. Além disso, a autora crítica certa percepção dos movimentos religiosos populares enquanto práticas contrárias à Igreja. Para a autora, a “religiosidade popular” e as “religiões oficiais” não estariam em campos separados, não devendo ser analisadas como expressões que estão fora ou contra a Igreja, mas acontecendo em espaços de interstício, negociação, conflito e intercâmbios.

Penso que o mesmo pode ser dito sobre as religiosidades da Nova Era. Embora esse movimento seja frequentemente caracterizado enquanto um conjunto diversificado de práticas e discursos que expressam uma crítica tanto aos modelos terapêuticos convencionais, especialmente em relação à biomedicina, quanto às formas institucionalizadas de religiosidade, através de uma negação das religiões tradicionais, eles não deixam de trazer elementos desses dois domínios na composição de suas cosmologias.

Neste sentido, Maluf (1996) propõe o conceito de *sínteses cosmológicas singulares* para analisar o ecletismo presente nas práticas terapêuticas das culturas da Nova Era considerando que a diversidade e as formas individuais de apreensão e vivência dessas práticas não impediriam a construção de formas e sentidos comuns para o trabalho terapêutico-espiritual, que são compartilhadas e negociadas pelos sujeitos que transitam nesse universo. Além disso, a autora aponta para o fato de que, embora contestando as formas institucionalizadas da religião, muitos sujeitos que se iniciam nas práticas espirituais-terapêuticas desse circuito acabam aderindo ou participando de práticas religiosas tradicionais como o candomblé, a umbanda ou o espiritismo. Deste modo, as novas experiências religiosas não estariam competindo com as religiões tradicionais, pois estas podem se tornar parte do “repertório espiritual que está à disposição daqueles que são tentados por esse tipo de vivência eclética e plural” (Maluf, 2003: 156).

Para Steil (2007: 24), ao questionar as versões institucionais da experiência religiosa, sem, no entanto, negar o religioso em si, o movimento Nova Era teria permitido um alargamento das fronteiras entre o religioso e outros campos sociais, especialmente na relação com a psicologia e a saúde, assim como teria colocado em questão a própria definição de religião com a qual as ciências sociais vinham operando, centrada na instituição e na comunidade religiosa. No entanto, ainda encontramos frequentemente tentativas de separação entre o que seria religião, religiosidade e espiritualidade, por exemplo, em algumas análises não apenas do movimento Nova Era como também de outras expressões do religioso no Brasil.

Assim, na sua pesquisa sobre os circuitos esotéricos da cidade de São Paulo, Magnani define “*religião* enquanto um sistema institucionalizado de crenças e rituais a cargo de um corpo de especialistas; a *religiosidade* pode ser entendida como um estilo peculiar e coletivo de expressar o sentimento religioso; enquanto *espiritualidade* refere-se a uma experiência pessoal expressa em formas idiossincráticas individualizadas” (1999: 51, grifos meus). Também Carvalho (1994: 72-73) aposta numa classificação das religiões enquanto “sistemas articulados de crenças e de explicação do mundo, que podem se manifestar, nos casos mais fechados, em forma de dogmas ou, em casos mais aberto, em forma de representações coletivas” enquanto espiritualidade seria “a maneira como um determinado indivíduo internaliza, desenvolve, de um modo sempre idiossincrático, aquela

particular via ou modelo de união proposto pela religião a que adere”.

Não digo que essas separações e ordenações das categorias estejam equivocadas e de fato podem ser úteis nos termos analíticos aos quais se propõem. Porém penso que continuar trabalhando com essas classificações, cujos limites são reconhecidos pelos próprios autores, pode se constituir em um problema quando estamos diante de realidades etnográficas nas quais tais conceitos e divisões são colocados em questão pelos atores e suas práticas.

No caso da minha pesquisa seria muito complicado propor uma separação rígida entre uma visão da prática religiosa enquanto algo relacionado e dependente de uma instituição, e formas de expressão religiosa ou espiritual mais individualizadas, pois as duas condições faziam parte da experiência dos meus interlocutores. Como veremos mais adiante, a participação ativa das pessoas no NENL e no CAPC, tanto pacientes quanto voluntários, não significava muitas vezes uma “conversão religiosa” ao espiritismo mais institucionalizado, mas sim formas pessoais e subjetivas de relação com o sagrado e a saúde que não estavam nem em total consonância com os valores religiosos da instituição, nem em total desacordo com elas, mas eram exercidas através de negociações travadas no interior da própria instituição e nas formas de relação que os sujeitos podiam estabelecer com ela e para além dela na sua vivência com o sagrado.

Do mesmo modo, o NENL e o CAPC embora sejam juridicamente “instituições religiosas”, são apresentadas e reconhecidas, também juridicamente, enquanto “instituições terapêuticas”, o que torna a tentativa de uma delimitação do religioso, a partir das classificações acima, problemática para uma análise desses espaços. Assim, penso que mais pertinente que delimitar essas instituições em um campo social (terapêutico e/ou religioso) ou tentar classificar os modos de engajamento dos sujeitos que tomam contato com elas através de categorias estanques, seria pensarmos as formas como valores religiosos são estruturantes de práticas e discursos laicos, e vice-versa.

Neste sentido, Duarte (2005) e Duarte et al. (2006) trazem uma proposta de análise do religioso no contemporâneo que, a meu ver, estaria mais adequada para pensar os modos como religião e secularismo operam na modernidade. Para os autores, haveria hoje nas sociedades ocidentais a preeminência de alguns valores laicos, não-confessionais, estruturantes, como os da “liberdade” individual (escolha, subjetividade, autonomia) e da “natureza” (vida, sangue) que seriam

cruciais para a definição de um “*ethos* religioso privado” e que engloba as disposições diferenciais de adesão religiosa dos sujeitos sociais. Embora o foco de suas análises esteja nos modos como o pertencimento religioso e os valores estruturantes da modernidade são acionados na compreensão e vivência da sexualidade, da família e da reprodução, penso que ela também é útil para analisarmos o campo atual dos sistemas terapêuticos contemporâneos que vêm sendo informados tanto por valores religiosos como laicos na compreensão dos estados de saúde e doença, e sobre os quais desejo chamar atenção nesta tese.

Duarte (2005) propõe uma distinção entre as referências à religião enquanto “denominação religiosa” e enquanto cosmologias que funcionam como uma “religião” sem se apresentarem como tal. Neste sentido, o autor propõe pensar o fenômeno religioso contemporâneo e suas manifestações modernas a partir de três dimensões estruturantes: “(1) 'religião' como identidade ou pertencimento; (2) 'religiosidade' como adesão, experiência ou crença; (3) '*ethos* religioso', como disposição ética ou comportamental associada a um universo religioso (idem: 141)”. O *ethos* religioso privado não-confessional apresentaria uma certa autonomia com relação às instituições religiosas, mas não exatamente a exclusão de uma relação com elas ou com valores a elas relacionados. O que se observa é a possibilidade de manejo constante das escolhas religiosas de acordo com os valores estruturantes da modernidade, que cada vez mais são incorporados de formas diferenciadas nas denominações religiosas:

“Essa hipótese afeta diretamente as reflexões correntes sobre a influência do pertencimento religioso na definição do comportamento privado e a própria concepção do que deve ser considerado como ‘religioso’ no mundo moderno. Advoga essa perspectiva a necessidade de compreender o ‘religioso’ nas sociedades modernas não numa perspectiva nominalista linear, mas no sentido amplo de uma ‘visão de mundo’, uma cosmologia estruturante, reconhecendo que o espaço da ‘religiosidade’ abarca hoje aí muitos valores e comportamentos oficialmente ‘laicos’ ou, pelo menos, ‘não-confessionais’”(Duarte et al. 2006: 16).

Com base nessa perspectiva, penso que o CAPC se torna um lugar interessante para questionar o lugar que o religioso ocupa hoje nas práticas de saúde assim como nos permite analisar de que maneira certos valores dos sistemas oficiais de saúde (tidos como laicos) passam a fazer

parte do discurso religioso. Neste sentido, devo ressaltar que considero que essa pesquisa dialoga com um referencial teórico que não deverá ser situado dentro de campos de estudos antropológicos distintos ou por demais específicos, que convencionamos chamar de antropologia da saúde e antropologia da religião. Langdon (1994), em uma revisão histórica sobre o campo da antropologia da saúde, nos mostra como as investigações dos primeiros antropólogos sobre o xamanismo e os sistemas religiosos levaram inevitavelmente a observação dos processos de saúde e doença presentes nas sociedades investigadas, pois não haveria uma distinção para os povos pesquisados por estes primeiros antropólogos entre uma instituição médica e outra religiosa.

Já Armelle Giglio-Jacquemot (2005) questiona o que seriam os objetos de estudo da antropologia da saúde e da antropologia da religião e sugere que esta separação está relacionada com nossa visão etnocêntrica que opera e fundamenta esta distinção entre o campo médico e o religioso. Para Giglio-Jacquemot, esta distinção não teria sentido visto que na observação em campo estamos sempre nos deparando com “religiosidades terapêuticas” ou “terapias religiosas” (idem: 117). A separação na antropologia entre aquilo que diria respeito ao médico e aquilo que diria respeito ao religioso reproduz, segundo a autora, a leitura das realidades estudadas a partir das dicotomias ideológicas entre natureza e cultura presentes no ocidente.

O Hospital: entre a saúde e salvação

Embora no CAPC e, principalmente no NENL, a palavra “hospital” não fosse utilizada de forma recorrente pelos voluntários para uma descrição daquele espaço, preferindo-se o uso de termos como centro de apoio ou centro de tratamento complementar (o que demonstra um esforço de não se apresentar enquanto um espaço que concorre com a biomedicina e, assim, esquivar-se dos conflitos com ela), o fato é que a associação dessas instituições com espaços hospitalares era frequente entre os pacientes graças a uma estética biomédica que perpassava fortemente a organização das duas casas, mas especialmente do CAPC.

O termo *estética biomédica* refere-se aqui a um conjunto de imagens, modelos e práticas informadas e reconhecidas como próprias do domínio biomédico. No entanto, devemos ter em mente que isso não significa que a biomedicina se apoia em um único modelo (estético), se

levarmos em conta as transformações desse campo e as modificações que a ciência médica sofre nos diferentes contextos sociais nos quais se insere.

O uso constante de máscaras, touca e jaleco na cor branca pelos voluntários, a ordenação burocratizada das atividades, o registro dos pacientes por meio de prontuários clínicos, as normas quanto ao comportamento dos pacientes, a disciplina exigida nas práticas terapêuticas assim como toda uma ritualização da cirurgia espiritual largamente pautada no modelo dos procedimentos cirúrgicos biomédicos, conferiam ao NENL e, principalmente, ao CAPC as feições de um hospital geral. Por outro lado, algumas características dos hospitais eram ali evitadas, principalmente, aquelas que pudessem produzir semelhanças com os modelos hospitalares do serviço público de saúde, tidos como lentos, frios e ineficientes. Assim, apesar da grande quantidade de pessoas que buscavam as duas casas semanalmente, o modo de organização dos atendimentos era realizado de modo a se evitar filas, esperas demoradas e cansativas e, sobretudo, falta de atenção para com os pacientes.

A presença dessa estética biomédica em centros espíritas não é uma exclusividade do CAPC, ela está presente em diversos outros espaços de cura espírita no Brasil e reflete a relação histórica estabelecida entre medicina e espiritismo no país, assim como o desejo de um ambiente austero pautado em modelos burocráticos, o que faz parte da doutrina espírita e dos modos como ela aqui se desenvolveu. Ambientes hospitalares fazem parte da vasta literatura espírita produzida no Brasil, a exemplo do *best seller* espírita *Nosso Lar*, escrito por Chico Xavier, atribuído ao espírito do médico André Luiz, e que dá nome ao centro espírita ao qual o CAPC está vinculado. Na transposição da trama do livro para o cinema em 2010, as imagens do hospital da colônia *Nosso Lar* ganharam contornos futuristas oferecendo uma imagem ultramoderna do espaço hospitalar espiritual. No entanto, se a imagem medicalizada do hospital ocupa hoje um lugar central e naturalizado no que diz respeito aos cuidados com a saúde e o tratamento das doenças, sua função nem sempre foi essa. O processo histórico de sua produção no ocidente nos revela as intrincadas relações que se estabeleceram entre religiosos e médicos na definição do espaço hospitalar.

Como nos mostrou Foucault (2000, 2006), até o século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, administradas por ordens religiosas e que não tinham por objetivo a cura

dos doentes, mas sua separação e exclusão do meio social a fim de proteger os outros dos perigos da doença assim como promover a salvação daqueles que ali trabalhavam oferecendo cuidados de forma caritativa:

“O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres” (Foucault, 2000: 101).

Deste modo, originalmente os hospitais seriam espaços para um exercício religioso e não curativo, de promoção da salvação e não de saúde. A figura do médico neste período não era uma constante no espaço hospitalar e estava subordinada administrativamente ao pessoal religioso que controlava os hospitais. A inversão nesse quadro se dá a partir do desenvolvimento da racionalidade anátomo-clínica que passa a fundamentar o exercício disciplinar da medicina no século XVIII. Nesse momento, os elementos constituintes das patologias são reorganizados e o hospital aparece como lugar que deve sofrer a intervenção da medicina a fim de se controlar os agentes patogênicos ali presentes e os perigos que eles representariam para a população em geral, colocada em risco pela presença do hospital (Foucault, 2006).

O espaço hospitalar torna-se o lugar privilegiado para observação das patologias e, conseqüentemente, para o ensino da medicina a partir do momento que ele é reorganizado dentro de um aparato disciplinar próprio aos interesses biomédicos. O hospital passa a ser caracterizado como lugar da cura e de formação e transmissão de saberes médicos.

No entanto, a medicalização do espaço hospitalar não significou uma total exclusão da dimensão religiosa presente em sua origem. No Brasil, as Santas Casas de Misericórdia, os diversos hospitais espíritas e evangélicos são exemplos de continuidade da relação entre religião e

medicina¹⁷. Mesmo os hospitais que não estão diretamente ligados a ordens religiosas, guardam por vezes em seu interior lugares para a religiosidade através da presença de símbolos como crucifixos e de espaços como as capelas “ecumênicas”, além da presença constante de grupos religiosos que são autorizados a prestar assistência espiritual aos enfermos nas dependências de muitos hospitais¹⁸. Não deixa de ser emblemático que um dos símbolos que caracteriza o espaço hospitalar seja uma cruz, geralmente vermelha, símbolo este que está num meio termo entre uma representação da saúde e do sagrado.

A presença de elementos religiosos/espirituais no interior do espaço hospitalar aparece intensificada em alguns contextos específicos. É o caso dos *hospices*, os hospitais de cuidados paliativos que tratam dos doentes considerados “fora de possibilidades terapêuticas”, com prognóstico de morte eminente, os chamados pacientes terminais. O surgimento dessa especialidade médica na Inglaterra em finais dos anos 1960 e sua consolidação nos anos 1990 em diversos países, marca um novo conceito para pensar a gestão da morte no interior do hospital e as questões espirituais envolvidas nesse processo.

A percepção do hospital como lugar da cura e do médico como aquele que luta contra a morte, teriam gerado uma negação do morrer expressa no descaso e na maneira fria, racionalizada e “desumana” com a qual os pacientes tidos como terminais eram tratados no ambiente hospitalar. A medicina paliativa surge, então, como forma de repensar esse modelo ao propor a ideia da “boa morte” enquanto algo possível dentro do hospital. O termo “boa morte” refere-se a uma morte na qual o sujeito tem total conhecimento sobre sua condição, ele sabe que vai morrer, e é capaz de manifestar seus desejos e sentimentos quanto a essa situação, sendo reconhecido como sujeito autônomo, capaz de dotar de

¹⁷ As Santas Casas de Misericórdia surgem no século XVI em Portugal e Açores e estavam destinadas, como os demais hospitais nessa época, a prestar assistência aos pobres, não sendo instituições médicas. Eram coordenadas por religiosos e leigos. As Santas Casas foram as primeiras instituições hospitalares a serem criadas no Brasil, estando presentes até hoje em várias cidades. Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Casa_de_Misericórdia. (acessado em 23/07/2011).

¹⁸ Nos anos 1990 foi fundada a Associação Cristã de Assistentes Espirituais Hospitalares do Brasil (ACAEBB) em Curitiba. Criada inicialmente por leigos e religiosos católicos, hoje a associação conta com unidades em vários estados, agrega outros grupos religiosos cristãos (especialmente protestantes históricos) e realiza regularmente congressos nos quais se discute a assistência espiritual em contextos hospitalares. O último congresso promovido pela ACAEBB ocorreu este ano em Florianópolis e contou com o apoio da Associação Amigos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

sentido positivo a experiência final de sua vida. A morte passa a ser valorizada como “última oportunidade de crescimento” ou de realização do “resgate” da biografia do doente (Menezes 2004, 2006).

Pensar a morte e conferir sentidos a esse momento na vida do doente passa por uma formulação sobre a dimensão espiritual que emerge dessa situação, sobretudo, quando o sujeito passa a ser valorizado contemporaneamente enquanto uma totalidade “bio-psico-social-espiritual” em oposição aos modelos biomédicos centrados apenas no corpo. Neste contexto, uma série de valores de ordem espiritual e religiosa vão fazer parte tanto da formação do profissional paliativista quanto dos hospitais dedicados a esse ramo da medicina. Menezes (2004, 2006) em suas pesquisas sobre os *hospices* no Brasil afirma que a medicina paliativa inaugura um novo horizonte de intervenção – a espiritualidade – criando até mesmo sistemas de medição para checar o “bem estar espiritual” de pacientes terminais, nos quais recursos de aferição do funcionamento corporal e/ou psíquico são utilizados como parâmetros para medir a espiritualidade dos sujeitos (Menezes, 2006: 180)¹⁹.

Seguindo também a noção de Duarte do *ethos* religioso privado não confessional, a autora considera que a medicina paliativa integra uma cosmologia que pode funcionar como uma religião sem, no entanto, se apresentar como tal. Do mesmo modo, o interesse social contemporâneo na temática da espiritualidade, expresso de forma contundente entre os médicos paliativistas, não significaria “um retorno da autoridade religiosa, mas antes uma crescente autoridade do *self*, mediada neste caso pela própria ciência” (Rumbold *apud* Menezes, 2006: 190), de modo que:

“A comunhão de interesses nas duas esferas – aparentemente tão díspares e até consideradas como polos opostos –, aqui nomeadas como ciência (biomedicina, medicina, saberes psicológicos e psicanalíticos) e religião (espiritualidade, *ethos* religioso), reitera o indivíduo (valor) e a necessidade de controlá-lo e construí-lo – em vida e pós morte – em uma modelagem que reafirme a ideologia de nossa cultura ocidental” (Menezes 2006: 191).

¹⁹ A autora cita o FACIT *Spiritual Well-being Scale*, sistema de medição desenvolvido por paliativistas norte-americanos que gera um escore total e dois escores correspondentes à “fé” e “sentido/paz”.

Se o espaço hospitalar se apresenta como lócus importante para discutir as relações estabelecidas historicamente entre religião e medicina, espiritualidade e saúde, outros lugares e situações também são emblemáticos dessa relação: da garantia do direito de objeção de consciência do médico, muitas vezes pautada por valores religiosos, às discussões sobre a legalização do aborto, da eutanásia e das pesquisas com células-tronco embrionárias. Nesses contextos observamos muitas vezes argumentos religiosos sendo utilizados por agentes sociais que se definem como seculares (como o apelo à compaixão pelos outros, utilizado pelos defensores das pesquisas com células-tronco embrionárias) e argumentos biomédicos sendo acionados por religiosos que preferem recorrer “as evidências da ciência moderna” e a dispositivos jurídicos para afirmar, por exemplo, que o embrião congelado é um ser humano (cf. Luna, 2007).

Por outro lado, a medicina se faz fundamental em certas determinações do religioso, como na canonização dos beatos pela Igreja Católica onde a prova do milagre, condição importante para a santificação, deve ser atestada por um conselho de médicos. O milagre deve ser uma cura perfeita, duradoura e que ocorra rapidamente, e aqui se percebe que o sentido atribuído à cura de uma doença pela autoridade católica aproxima-se bastante daquele da biomedicina, embora não seja o mesmo observado em outras correntes religiosas e entre as pessoas doentes, mesmo entre os católicos.

O que desejo salientar aqui não são analogias aleatórias entre medicina e religião que neguem suas especificidades e apostem numa união irrestrita desses domínios, mas apontar para as relações estabelecidas entre esses campos e como ambos são afetados reciprocamente pelas transformações históricas que os constituem. Deste modo, a análise daquilo que nos acostumamos a nomear indistintamente de religião ou ciência (e aqui notadamente a ciência médica), deve estar atenta aos mecanismos de produção de semelhança e diferença entre esses domínios, sem reificar as categorias nem apostar em sínteses ou rupturas rígidas demais que, de fato, dificilmente correspondem às tensões, negociações, conflitos e acomodações que fazem parte da ordenação da vida social.

A Cura como Processo

No universo de relações entre sistemas terapêuticos distintos, a noção de cura certamente é aquela que representa um foco importante de tensões e disputas. Enquanto na perspectiva biomédica a cura é pensada como a ausência completa de sintomas e/ou da doença no corpo, para outros agentes terapêuticos e, sobretudo, para as pessoas doentes, a cura se apresenta cercada por uma polissemia difícil de ser enquadrada numa única definição. É certo que a definição biomédica do termo contribui sobremaneira para o modo como o conceito é percebido e negociado no âmbito de outras correntes terapêuticas e na avaliação da eficácia de tratamentos não-biomédicos. No entanto, a conceituação biomédica geralmente é absorvida dentro de um processo complexo de negociação no qual a noção de cura é alargada, deslocada e resemantizada pelas pessoas em estado de sofrimento e aflição, sobretudo entre os doentes crônicos, aqueles que pela biomedicina não podem ser curados.

A cura num espaço como o CAPC merece ser problematizada em três esferas. A primeira diria respeito ao aspecto “espiritual” da cura. A cura espírita pressupõe uma ligação com o universo espiritual tanto para quem oferece a cura como para quem é curado e, para receber a cura, as noções de reforma íntima, livre arbítrio, carma, ensinamento e outras presentes na codificação do espiritismo são acionadas neste processo, onde o paciente, embora não seja e nem se torne necessariamente adepto da religião, deve ter em mente estes pressupostos como bases indispensáveis à cura. Porém, ao contrário da ideia de “crença”, o que se exige do paciente é muito mais a adoção de um conjunto de práticas que favoreça a cura, independente da religião professada. Além disso, o tratamento espiritual como um todo não se prestaria apenas à cura de uma doença, ele funcionaria também como dispositivo pedagógico no qual a pessoa deve aprender algo sobre si mesma e sobre o mundo a sua volta e vivenciar, através da doença e do processo de cura, uma transformação da sua experiência de vida.

Em segundo lugar teríamos o aspecto “científico” da cura – aqui os tratamentos espirituais (e também os ditos complementares ou alternativos) buscam se aproximar das definições biomédicas da cura ao apostar na comprovação de uma eficácia intrínseca do tratamento espiritual com base na supressão da doença e seus sintomas. Deste modo, é possível observarmos uma ênfase muito grande colocada não apenas na observação empírica de curas espirituais, mas em estudos

científicos que podem comprovar que algumas das técnicas largamente utilizadas nesses tratamentos são eficazes. Aqui, o ponto de vista biomédico não só é considerado como suas ferramentas analíticas são utilizadas como meio de testar e avaliar formas de tratamento que, no entanto, operam com racionalidades distintas da biomédica.

No CAPC eram frequentes as menções a estudos científicos que atestavam o poder da prece intercessória e, principalmente, o papel do controle emocional no tratamento do câncer e outras doenças. Essas pesquisas, realizadas por médicos e psicólogos, vinham respaldar o tratamento ali oferecido e, por outro lado, também podiam ser acionadas para se falar de valores religiosos sem, no entanto, falar de religião. Assim, sentimentos como ira, raiva, mágoa, medo e culpa podiam ser abordados a partir de referências aos estudos da psiconeuroimunologia, ramo da biomedicina que estuda as relações entre os estados emocionais e o sistema imunológico, como “sentimentos negativos” que dificultariam o processo da cura, ao invés de se apostar numa abordagem puramente religiosa para tratar desses sentimentos. No entanto, está claro que seja qual for a abordagem escolhida para tratar das emoções e sentimentos (biomédica, psicológica ou religiosa) todas possuíam uma conotação moral.

Por fim, podemos pensar também em um aspecto “jurídico” que envolve a cura nos espaços não-biomédicos. As curas espíritas guardam uma relação com o aparato legal do Estado que legitima as pessoas e instituições que podem curar na nossa sociedade. Cientes deste aspecto legal, no site do NENL havia um tópico com a seguinte pergunta “É ilegal curar no centro espírita?” ao que se seguia um texto com uma discussão sobre a questão legal das curas espirituais e onde se reforçava o aspecto religioso da cura e outros pressupostos que afastavam os centros espíritas das acusações de curandeirismo. O interessante deste texto era que a dimensão religiosa da cura se sobrepunha aos seus possíveis aspectos científicos nesta relação com o aspecto jurídico já que “as mesmas leis que proíbem a prática ilegal da medicina também facultam o direito de culto, protegendo o ambiente religioso onde se professam as crenças” (cf. www.nenossolar.com.br). Deste modo, uma prática terapêutica poderia se desenvolver “esquivando-se” do controle do Estado e da sua regulação no campo da saúde ao se apresentar enquanto um exercício antes de tudo religioso e de expressão da liberdade religiosa reconhecida pela norma secular que rege os Estados laicos.

Esses elementos faziam parte do modo como a noção de cura era elaborada no interior do CAPC, e partiam tanto de um corpo organizado de curadores que incluía médicos, religiosos, psicoterapeutas e leigos, quanto da experiência daqueles que ali buscavam tratamento e traziam consigo expectativas particulares em torno do conceito de cura que podiam ser reforçadas, negadas, contestadas ou confirmadas dentro do projeto terapêutico do CAPC.

Especialmente entre as pessoas com doenças degenerativas e autoimunes, consideradas incuráveis, o conceito de cura necessitava de uma significação mais ampla capaz de permitir certos agenciamentos em torno da doença e da própria vida. Deste modo, mais do que uma “cura física”, muitos desses pacientes estavam buscando no tratamento espiritual formas possíveis para gestão da doença no cotidiano. Neste sentido, a cura poderia significar um sentimento de bem-estar, a possibilidade de continuar trabalhando mesmo doente, o controle da doença, a resolução de relacionamentos conflituosos ou ainda um novo estado de compreensão sobre si mesmo e sobre a vida e a morte. Deste modo, mais do que uma definição de cura, o que pude observar no CAPC foram formas constantes, diversas e negociáveis de construção desse conceito, que aparecia muitas vezes enquanto um projeto com início e meio, mas sem um final.

As emoções e as doenças: zonas de contato entre sistemas terapêuticos distintos

Se o conceito de cura é um ponto que expressa as diferenças entre distintos sistemas terapêuticos, as emoções têm aparecido como elemento que forma fortes zonas de contato entre eles, sendo articuladas tanto dentro de certos modelos explicativos da biomedicina quanto das terapias complementares e religiosas no contemporâneo. Isso demonstra que a medicina, assim como as religiões, não é composta por um sistema compacto de ideias e percepções sobre a doença, pois se por um lado temos as correntes biomédicas que afirmam o caráter exógeno das doenças, vistas como algo que tem uma existência objetiva e exterior ao sujeito, teremos outras correntes que vão perceber as doenças como endógenas ou pelo menos favorecidas por aspectos comportamentais e emocionais capazes de alterar o estado de saúde das pessoas. Nos dois casos, podemos observar os possíveis paralelismos que esses modelos

encontram nas práticas de cura não-biomédicas²⁰.

É o que aponta Pacheco (2004) quando compara os modelos etiológicos exógenos da biomedicina àqueles presentes entre os curadores na pajelança maranhense. Na sua análise, tanto os médicos quanto os curadores compartilham de uma visão da doença enquanto entidade exterior ao sujeito, o que permite que haja uma circulação contínua dos doentes entre os dois universos. Já no meu campo de pesquisa, voltado especialmente para pensar o câncer e as doenças degenerativas, o que eu pude observar foi justamente uma confluência entre diferentes sistemas terapêuticos pautada na concepção comum da doença como algo endógeno, presente no interior do sujeito ou que pode ser desencadeado por comportamentos pessoais, emoções e/ou pela genética²¹.

Em meados do século XX, e mais precisamente a partir dos anos 1960, presenciamos o surgimento de um discurso médico e psicológico que colocou as emoções no centro de certos modelos explicativos sobre algumas doenças, entre elas o câncer. O desenvolvimento do câncer e sua cura passaram a ser vistos por algumas correntes médicas como tendo bases emocionais que deveriam ser descobertas, analisadas, transformadas e controladas pelos pacientes. O processo de cura ligava-se, assim, a uma transformação emocional e, conseqüentemente, moral do paciente frente a sua vida. Essa perspectiva buscava atualizar concepções médicas que associavam as emoções e o câncer presentes nos séculos XVIII, XIX e início do século XX e que, segundo alguns de seus propositores, teriam sido esquecidas com o surgimento da anestesia, da radioterapia e dos procedimentos cirúrgicos, e que eram agora retomadas frente ao precário sucesso da tecnologia biomédica em prevenir e tratar o câncer de forma efetiva.

Com o advento das chamadas medicinas alternativas/complementares, a relação entre saúde/doença e emoções ganhou novo fôlego, pois a proposta holística de tais medicinas engloba em seu escopo os sentimentos como causa das doenças e coloca o doente como agente dos processos de cura e adoecimento. Esse

²⁰ Para uma análise sobre modelos etiológicos ver Laplantine (2004).

²¹ Fica evidente que em todas essas percepções do risco relacionado ao desenvolvimento do câncer (genética, estilos de vida e emoções) há uma individualização a cerca da etiologia da doença que coloca sobre a pessoa, em suas dimensões física, relacional e psíquica, a responsabilidade pelo surgimento do câncer e que pouco considera as questões sociais, econômicas, ambientais e políticas envolvidas nos processos de saúde-doença.

empoderamento do sujeito (Maluf, 2005), presente nos contextos das terapias alternativas, vem ao encontro de um certo discurso médico que relaciona as doenças com as emoções e, novamente uma transformação moral da pessoa é exigida no processo de cura, aproximando o discurso médico-psicológico ao das terapias hoje nomeadas de alternativas, complementares, holísticas e/ou integrativas.

Ao encontro dessa perspectiva, algumas correntes religiosas com forte viés terapêutico têm se aproximado desses discursos médicos (oficiais ou não) para tratar de saúde/doença e emoções e relacioná-las de alguma forma aos seus arcabouços doutrinários, dotando-as de uma legitimidade “científica”. É o caso de alguns segmentos dentro do movimento espírita que passaram a analisar a gestão dos sentimentos e emoções não apenas de um ponto de vista moral-religioso, mas também terapêutico²².

Esse enfoque nas emoções, que perpassa atualmente o discurso médico e o religioso, nos remete às formas pelas quais tanto a religião quanto a medicina constroem espaços de moralidade para tratar dos estados de saúde e doença, reforçando as dimensões do cuidado e do cultivo de si, tão próprias do pensamento ocidental (Duarte, 1983).

Não estou com isso afirmando que o tratamento biomédico e o espiritual não apresentam diferenças, muito ao contrário. No entanto, essas diferenças não devem obscurecer os pontos de contato entre eles, as semelhanças que são produzidas quase sempre por esse esforço de diferenciação, nem a maneira como contemporaneamente elementos de um sistema terapêutico passam a fazer parte de outro aparentemente oposto e o que essa dinâmica significa no campo da saúde. Isso vem ocorrendo inclusive no âmbito das políticas públicas a partir do momento que o Estado inseriu uma série de terapias não-biomédicas em espaços biomédicos, a exemplo do Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) desenvolvido no Brasil em 2006, reflexo de orientações mais gerais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (cf. WHO, 2002).

Se para alguns pesquisadores essa “integração” tem sido vista como uma vitória de outras racionalidades frente a biomedicina (Barros,

²² A relação emoções-saúde aparece com mais ênfase nos espaços onde há uma presença forte de médicos e psicólogos espíritas, como foi possível observar no congresso bianual da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil), realizado em Porto Alegre em 2009. Neste evento, algumas palestras trataram do tema saúde e emoções e no site da instituição (www.amebrasil.org.br) foi possível acompanhar ao longo da pesquisa de campo algumas abordagens sobre essa questão e sua inserção nas formas de tratamento espiritual.

2008), outros observam esse movimento como uma tentativa de “domesticação” dos sistemas terapêuticos não-biomédicos (Fadlon, 2004). Particularmente, entendo que as duas posições podem estar corretas, mas pensar apenas em termos de vitórias ou derrotas com relação à biomedicina pode nos conduzir à ideia de que estamos diante de sistemas totalmente fechados e bem delimitados, quando podemos ver nas fronteiras porosidades que são exploradas por aqueles que estão de ambos os lados. Não estou também apostando na ideia de hibridismo ou síntese, pois entendo que essas conceituações, quando ingenuamente utilizadas, podem produzir um esvaziamento da dimensão política implicada nas relações entre sistemas terapêuticos distintos. Mais do que “misturas”, penso que uma análise do campo da saúde e da religião no contemporâneo deve se deter às “contaminações” que apontam para as interferências recíprocas entre diversos agentes sociais, sem negar as complexas relações de poder presentes nesse jogo.

A terapêutica espiritual enquanto performance

Quem faz a cirurgia espiritual é um ser humano e quem recebe também é um outro ser humano. Nós seres humanos temos códigos, temos símbolos, a simbologia é uma coisa muito forte. Então, se você não usar de maneira perfeita os símbolos você acaba não tendo o resultado adequado. Se você for operar uma pessoa com uma flor, ela não vai entender que aquilo é um ato de amor, que uma cirurgia é um ato de amor. Ela veio para uma cirurgia. Existem certos momentos, que nós chegamos à conclusão, que já era hora de tirar aquele símbolo pra não criar certas confusões em relação às crianças... Então a gente tira o símbolo e tu acreditas que o pai traz de volta a criança dizendo que esqueceram de operar ela porque não usaram o bisturi? Então, na verdade, essa simbologia atende muito mais a nossa necessidade humana, especulatória, como se aquilo servisse como um símbolo – e aí a antropologia fala muito sobre isso – que abraze a porta para que aquilo que está convencionado possa entrar. A simbologia é fundamental, estamos cheios de símbolos.

A fala acima é do presidente do NENL e CAPC, irmão Álvaro, numa entrevista concedida a alunas do curso de ciências sociais da UFSC que fizeram uma pequena etnografia para um trabalho da

disciplina “Simbolismo e Saúde” no ano de 2006²³. Ele respondia à questão levantada pelas alunas do porque de tantos símbolos médicos na instituição se o objetivo das práticas da casa era alcançar o corpo espiritual. A articulação de sua resposta, com menção direta à antropologia, aponta para a importância dessa simbologia biomédica (ou como estou chamando, estética biomédica) na construção das práticas da casa que mais do que ser um elemento de produção de legitimidade para aquele espaço, seria também um meio de produzir uma transformação na experiência dos sujeitos com relação à doença através da manipulação desses símbolos nos processos de cura da casa.

Nesse ponto poderíamos pensar as práticas de cura do CAPC a partir de um conceito chave na antropologia que seria o da eficácia simbólica tal como apontado por Levi-Strauss (2008b). No entanto, a leitura semântica dos ritos de cura presente em suas análises traz algumas limitações para pensar o modo como as pessoas de fato manipulam os símbolos durante a experiência da doença e como elas ao mesmo tempo transformam e são transformadas por esses símbolos.

Um ponto importante a ser analisado seria aquele que diz que a eficácia do rito de cura se dá enquanto resultado do compartilhamento das representações envolvendo os símbolos rituais, da crença no poder do xamã e/ou de um consenso sociocultural com relação às práticas de cura. Assim, para que a cura se efetue seria preciso que os atores envolvidos no rito compactuassem de um conjunto de representações. Ainda que o xamã possa ser um indivíduo que não necessariamente “crê” no que faz, como no caso de Quesalid, personagem de *O feiticeiro e sua magia* (Levi-Strauss, 2008a) que resolve se tornar um xamã para desmascarar as possíveis fraudes das práticas xamânicas, a crença dos seus clientes em seus (supostos) poderes de cura é tomada como elemento explicativo da eficácia de seus ritos (mesmo que o próprio xamã afirme para si mesmo tratar-se apenas de fraude e simulação).

Alguns problemas decorrem dessa interpretação dos ritos de cura centrada na ideia de consenso cultural, de uma crença internalizada *a priori* ou de estruturas de representação. Langdon (2007b) aponta duas limitações que a leitura semântica dos ritos de cura apresenta. A primeira diz respeito à natureza das representações compartilhadas e aos limites das representações coletivas. Retomando as críticas a Levi-Strauss, Langdon (2007b) chama a atenção para o fato de que a

²³ A transcrição dessa entrevista me foi gentilmente cedida pela colega Danielli Vieria.

linguagem xamânica nem sempre é compreendida, portanto, compartilhada, por todos os membros do grupo social. Esta linguagem estaria carregada de metáforas e modos de expressão que nem sempre são acompanhados pelos doentes durante o ritual de cura. A segunda limitação seria o viés psicanalítico adotado nestas análises que enfatiza a resolução de doenças psicossomáticas reduzindo a eficácia dos ritos às doenças consideradas de fundo emocional ou psíquico.

Para Pacheco (2004) as abordagens semânticas tratariam os rituais essencialmente como uma descrição, expressão ou transmissão de ideias, a eficácia dos símbolos é tomada como uma questão textual e a tarefa do antropólogo seria tentar decifrar a mensagem transmitida pelos sistemas simbólicos. Essa perspectiva de análise empobreceria, segundo o autor, a dimensão criativa envolvida nos ritos de cura ao percebê-los enquanto reproduções de um conjunto de representações mais ou menos reificadas, e não como atos que envolvem uma constante produção de sentidos gerada pela interação dos sujeitos e suas diversas formas de se relacionarem com os símbolos rituais.

Nem todos os participantes de um rito de cura compartilham os mesmos símbolos e representações e ainda, muitas vezes nem sequer acreditam neles, mas isso não impede a pessoa doente de buscá-los no seu itinerário terapêutico, como acontece no CAPC onde nem todos os pacientes são adeptos do espiritismo ou de qualquer outra religião, tampouco possuem um conhecimento prévio a cerca do modo como atuam as terapias que ali eles recebem e certamente não percebem e interpretam os símbolos biomédicos que ali estão da mesma forma como o fazem nos espaços institucionais da biomedicina. Aqui residem formas de produção de diferença e semelhança que apontam muito mais para a elaboração de mecanismos de persuasão do que para formas de consenso em torno dos símbolos e seus significados, que estariam aparentemente pré-determinados porque retirados dos domínios da biomedicina ou da religião.

Quando tomamos a dimensão religiosa dos tratamentos espirituais, a problemática de uma leitura semântica se torna mais evidente, pois novamente, não podemos falar aqui de formas de consenso cultural influenciando as escolhas das pessoas nos seus itinerários terapêuticos, mas antes em formas de agenciamentos através dos quais as pessoas vão construir esse itinerário, elegendo tratamentos que nem sempre correspondem a disposições internalizadas *a priori*, mas que vão se tornar significativos pelas experiências que

proporcionam no decorrer do processo de cura.

É evidente que algum tipo de compartilhamento de sentidos se dá em um contexto de cura como condição para uma comunicação possível entre os atores. No entanto, não devemos pensar que as práticas de cura do CAPC são compreendidas exclusivamente com base num sistema de representações com sentidos pré-estabelecidos, retirados da medicina ou da religião. Será durante o processo do tratamento como um todo que a pessoa doente irá elaborar os sentidos para as práticas curativas do CAPC. Apostar numa leitura semântica das práticas ali desenvolvidas empobreceria a análise dos agenciamentos complexos que fazem parte da experiência de doentes crônicos e daqueles que se tornam voluntários da instituição. Neste sentido, Pacheco (2004) lembra que na maioria dos relatos antropológicos tradicionais sobre os ritos de cura o foco está muito mais em analisar aquilo que era feito aos participantes e não em saber o que o ritual de fato significava para eles.

A *convencionalização* de categorias (médicas e/ou espirituais) advindas de sistemas terapêuticos distintos é o elemento que permite a criação contínua de significados envolvendo saúde e doença nesta instituição. Ao construir a relação entre essas categorias as pessoas estão na verdade produzindo significados em torno delas e realizando o que Wagner (2010: 80) chama de “extensão inovadora das associações” ao tentar a integração convencional de certos elementos simbólicos em contextos diferentes daqueles onde eles pretensamente teriam uma origem ou um sentido “primário”.

Com base no que foi dito, os processos de simbolização passam ser vistos como processos criativos presentes na construção social da realidade, pois o que temos através dos símbolos não é um consenso homogêneo de ideias e percepções, mas um modo de criar e compartilhar sentido na ação, em um processo dinâmico, que embora apresente repetições em sua estrutura, como é o caso dos rituais, está sempre em constante processo de construção e legitimação por parte dos sujeitos. É na própria ação que o sentido é construído e reconstruído continuamente.

É neste sentido que Schieffelin (1985) propõe uma análise voltada para os aspectos não discursivos e performáticos do ritual onde possam ser observados os elementos de agência dos sujeitos na construção social da realidade. Para o autor, os símbolos são eficientes não porque comunicam significado/sentido(meaning), mas porque através da *performance*, os significados são formulados em um contexto

social. Os participantes dos rituais estariam engajados com os símbolos numa interação criativa, não sendo simplesmente informados por eles. Assim, a coerência do ritual não está no compartilhamento de um sistema de símbolos ou “crenças” homogêneo, mas na ação, na *performance* que é encenada e está conectada com os modos de compreensão e engajamento do sujeito com o mundo.

Langdon (2007a) define a *performance* como um evento que coloca a experiência em relevo, há um estranhamento do cotidiano. Este evento está situado num contexto particular, construído pelos participantes. Há papéis e maneiras de falar e agir na expressão da *performance* que é antes de tudo um ato comunicativo, porém, há uma função poética na fala que distingue a *performance* de outros atos de comunicação, pois na *performance* o que se ressalta é o *modo* de expressar a mensagem e não seu conteúdo (Langdon, 1996: 6).

Proponho a utilização do paradigma da *performance* para analisar os processos de cura observados no CAPC, especificamente as cirurgias espirituais, enquanto atos performáticos que colocam a experiência do adoecimento em relevo e proporcionam a reflexividade dos atores sociais sobre sua condição tanto através das terapias e cirurgias espirituais, quanto através da *retórica terapêutica* apresentada pelo Centro que está pautada no empoderamento do sujeito nos processos de cura. A experiência da doença, embora não seja a mesma para cada doente, pode ter seu conteúdo compartilhado e este compartilhamento é também uma das formas de organizar e dar sentido a este evento.

Pacheco (2004: 25) também parte do pressuposto de que “todo ritual de cura - seja uma cirurgia em um moderno hospital, seja uma consulta com uma benzedeira, seja um exorcismo em uma igreja neopentecostal - envolve aspectos expressivos, dramáticos e estéticos” que os caracterizam enquanto *performances* de dimensão médico-terapêutica. Entre estes aspectos dramáticos e estéticos podemos pensar tanto o uso da música num ritual xamânico quanto os odores de um hospital ou até mesmo a fala de um médico sobre o status terminal de uma paciente (Biesele e Davis-Floyd, 1996). Esta dramaticidade acompanha a experiência do doente e a transforma. Elementos como cores, sons, cheiros, atos, falas e movimentos fazem parte do cenário onde se desenvolve uma *performance* de cura e este cenário pode ser um quarto de hospital ou um terreiro de umbanda, os atores podem ser biomédicos ou xamãs, e a audiência pode ser tanto de seres visíveis

como invisíveis, pois como coloca Kapferer (1986: 192) "performance always intends an audience, and in ritual this might include supernatural as well as those from the mundane world".

A partir dessa perspectiva, analiso as cirurgias espirituais e as terapias realizadas no CAPC enquanto *performances* de cura, pois veremos que estas práticas possuem elementos de dramaticidade que colocam a experiência dos sujeitos em relevo (tanto pacientes quanto voluntários), suspendem o cotidiano, constituindo-se em momentos onde a pessoa doente deve voltar-se para a sua experiência com a enfermidade e refletir sobre seu processo de cura; são até certo ponto experiências multisensoriais²⁴ cujo objetivo é uma “transformação fenomenológica no nível mais profundo do corpo” (Langdon, 2007a:11), que rejeita qualquer separação entre o racional, o emocional e o corporal; está situada num contexto e é temporária.

Além disso, nas cirurgias e nas terapias do CAPC estão relacionados elementos estéticos tanto religioso-espirituais quanto médico-científicos que conferem a este espaço um caráter ambivalente e integrador de domínios simbólicos envolvidos na experiência da doença que seriam aparentemente antagônicos quando tomados nos contextos específicos da religião ou da biomedicina, mas que aqui passam por um processo de justaposição que não está livre de conflitos e disputas, mas que por isso mesmo apontam para a dimensão criativa presente neste espaço e nas práticas dos sujeitos que o constituem.

Por fim, talvez alguém questione o uso recorrente nessa argumentação dos termos ritual e rito para falar das práticas de uma instituição espírita, já que uma das características da doutrina seria a negação de estruturas rituais em suas práticas. No entanto, da mesma forma que um discurso sobre a necessidade dos símbolos foi incorporada à fala não apenas do dirigente geral do CAPC, mas de outras pessoas que fazem parte daquele espaço, também o termo ritual foi ali adotado, não exatamente como referência a uma prática sacralizada, mas antes enquanto um ato ou gesto capaz de conduzir a transformações na vida dos sujeitos e na sua relação com o processo de adoecimento e da cura.

²⁴ Algumas das terapias mais comuns envolvem a utilização de luzes cromáticas (cromoterapia), aromas (aromaterapia), música (musicoterapia) e outros elementos que despertam no doente a percepção sensorial com objetivo de alterações físicas e psíquicas.

Notas sobre o trabalho de campo

A menção ao CAPC encontrada no trabalho de Silveira (2000) despertou meu interesse no Centro enquanto um possível local de pesquisa em meados de 2006. Naquele momento eu estava morando em Florianópolis há pouco mais de seis meses e tinha ainda uma rede bem precária de relacionamentos que pudessem me ajudar numa inserção em campo. O contato com uma colega de trabalho espírita cuja mãe fazia tratamento no CAPC não resolvia essa situação, pois ambas não tinham contatos mais estreitos com pessoas da instituição que pudessem intermediar minha entrada naquele espaço. Isso era algo que me inquietava de início, pois à medida que tomava contato com os trabalhos de outros antropólogos percebia que a participação nas atividades de uma instituição espírita envolvia quase sempre certas restrições aos “não iniciados”, ou seja, aqueles que não faziam parte do grupo religioso, sobretudo para uma observação direta dos processos terapêuticos.

Mesmo assim resolvi tentar um contato direto e ver como seria recepcionada na minha intenção de pesquisa. Liguei para instituição e expliquei à pessoa que me atendeu que eu era antropóloga e gostaria de conhecer o trabalho ali desenvolvido para possível desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica. Ela me passou então a um dos dirigentes do CAPC²⁵ que não hesitou em me receber, disse que eu poderia ir conhecer o trabalho deles, que ele iria me recepcionar e mostrar as atividades ali desenvolvidas.

No dia combinado chovia muito e eu cheguei ao encontro com quase meia hora de atraso e fui chamada a atenção por esse descuido. Fui conduzida rapidamente para o piso inferior do CAPC, local exclusivamente destinado aos voluntários da casa, e lá deixei minhas coisas (o caderno de notas inclusive) e um jaleco bordado no peito com o nome “visitante” me foi entregue pelo dirigente que seria meu cicerone. Ele então me levou a uma sala em completa penumbra e repleta de símbolos indígenas que naquele momento me passaram quase despercebidos, pois ele ficou quase meia hora falando sobre o amor, a caridade, a dualidade do ser humano, o que nos torna doentes e uma

²⁵ O NENL e o CAPC tem um dirigente geral que responde formalmente pelas duas instituições, sendo reconhecido como o presidente das duas casas. No entanto, há uma série de outros dirigentes ligados a ele com funções específicas. Na época da pesquisa havia no CAPC dois dirigentes reconhecidos como os principais responsáveis pela organização e chefia do Centro, embora outras pessoas assumissem funções de coordenadores de turno ou de grupos.

série de outras questões que não consegui fixar na memória naquele momento, mas que eu ouviria recorrentemente durante a pesquisa. Ao final de sua fala perguntou “a irmã é espírita?”, eu respondi que não e ele disse “não tem problema, a religião não importa, o que importa é o que vem no coração. Eu ia lhe dar um passe, mas como a irmã não é espírita, eu não sei se a irmã quer tomar um passe”. Antes que eu lhe dissesse que não me incomodaria em receber um passe ele anunciou que iríamos conhecer o CAPC e saímos da sala.

Ele me mostrou todos os pavimentos do prédio, explicou rapidamente algumas das terapias que estavam sendo aplicadas, me apresentou a alguns voluntários e pediu inclusive que eu fizesse perguntas a eles, “qualquer pergunta”. Já com os pacientes o contato foi apenas visual, eu não fui instada a lhes fazer perguntas, até porque a maioria encontrava-se nos leitos recebendo as terapias.

Depois desse “tour”, ele me levou à secretaria do CAPC e lá eu novamente falei das minhas intenções de pesquisa e que precisaria fazer novas visitas para compor um projeto. Ele disse que o ideal para conhecer bem a casa e seu trabalho seria começar pelo NENL, que seria muito interessante para minha pesquisa se eu fizesse o processo de evangelização da casa e viesse atuar como voluntária ali porque, segundo ele, dessa forma eu iria conhecer “os dois lados da instituição, de fora como pesquisadora e de dentro como voluntária, fazendo as terapias espirituais”. Perguntei no que consistia a evangelização e ele disse que eram palestras sobre a doutrina espírita realizadas aos sábados à tarde no NENL e que faziam parte da formação inicial para todos aqueles que desejassem ser voluntários do CAPC (como veremos com mais detalhes adiante). Eu disse que entendia sua orientação, mas que não haveria tempo para fazer a evangelização primeiro e depois conhecer o trabalho do Centro, pois eu precisava fazer uma observação mínima das atividades do CAPC para construir um projeto a ser avaliado numa seleção de doutorado que se realizaria em poucos meses.

Sem responder a minha colocação, ele segurou entre as mãos um colar que eu trazia, um artesanato comprado de bolivianos em Pipa (RN) e que alguns reconhecem como uma espécie de arte indígena ou étnica. “Esse colar é inca?” ele perguntou, e eu fiquei meio sem saber o que dizer, pois de fato não sabia se era ou não uma representação da arte inca e respondi “acho que sim”. Depois essa pergunta fez todo sentido para mim, pois como veremos os Incas tem um lugar central no panteão místico-terapêutico do CAPC.

Quando me despedia, novamente ele me orientou a fazer a evangelização e eu insisti se podia fazer outra visita para observar as cirurgias espirituais. Ele disse para eu vir num sábado pela manhã falar com uma das pessoas encarregadas em orientar os pesquisadores que procuravam a instituição.

Sai de lá com a impressão que seria obrigada a passar pelo processo de evangelização se quisesse fazer uma etnografia realmente consistente das práticas da casa que, por essa primeira conversa só me seriam totalmente abertas enquanto voluntária. Isso me gerou certo desconforto porque considerei (ingenuamente) que a evangelização significaria uma forma de adesão ou construção de vínculo religioso com a instituição, e eu não pretendia me tornar espírita e muito menos me passar por convertida ao espiritismo para poder ter acesso à instituição, pois considerava naquele momento que essa não seria uma postura ética com meus interlocutores e muito menos comigo mesma.

Na segunda visita ao CAPC esse dirigente me recebeu de uma forma tão efusiva que fiquei surpresa. Levou-me ao encontro de uma voluntária e lhe disse “essa irmã é antropóloga e veio conhecer alguém muito especial aqui: você”. Ele me passou aos cuidados dessa voluntária que iria dar uma palestra aos parentes dos pacientes do CAPC, que neste dia são liberados do tratamento (mais detalhes no decorrer da tese) e me recomendou “sente aqui bem na frente, pois o que ela vai falar é especialmente para você”. A palestra dela girou em torno do tema “não julgues para não seres julgado” e não nego que fui afeta por partes da sua fala, pois podia dizer que até aquele momento tudo que eu tinha eram “pré-julgamentos, preconceções” sobre aquele espaço.

Quase ao final de sua palestra, o dirigente voltou e falou para a audiência que todos estavam convidados a receber um passe e tomar água fluidificada, veio em minha direção e disse “você quer tomar o passe?”, respondi que sim e ele muito contente disse “ah, agora você sabe o que é um passe e quer tomar o passe, então você vai ser a primeira”, antes que eu pudesse dizer algo ele segurou minha mão e me conduziu para sala de passe. Antes, me apresentou a um dos médicos da instituição que perguntou à queima-roupa “a irmã é sensitiva?”, um pouco surpresa com a pergunta eu disse que achava que não. Tomei o passe, a água e retornei para o auditório onde a palestrante estava. Os parentes seguiam em grupos para receber o passe e eu conversei com ela rapidamente sobre a pesquisa. Ela me convidou para vir em outro dia observar os grupos terapêuticos que ela dirigia.

Na observação desses grupos conversei mais calmamente com essa voluntária e lhe falei das orientações do outro dirigente sobre a necessidade de fazer a evangelização para poder fazer a pesquisa. Ela sorriu e disse que “não é bem assim”, que eu deveria fazer meu projeto e apresentá-lo ao dirigente geral da instituição, irmão Álvaro, se ele aprovasse minha pesquisa, “se for do interesse da casa”, eu poderia fazer a investigação sem fazer a evangelização ou me tornar voluntária: “o que importa é se a sua pesquisa tem interesse para a casa”. Falei que tinha muito interesse em observar as cirurgias espirituais para pensar a composição do projeto. Ela, então, me convidou para observar algumas cirurgias que ocorriam nas tardes de quinta-feira destinada aos pacientes que não ficavam internados no CAPC (essas cirurgias depois foram extintas) por estarem com um quadro da doença mais controlado: “para observar as cirurgias da sexta-feira à noite é mais complicado agora”, ela disse.

No dia marcado para observar as cirurgias fui novamente recebida pelo mesmo dirigente do CAPC que me recepcionou no primeiro dia. Tive acesso total aos ambientes onde as cirurgias espirituais ocorriam e pude observar algumas dezenas delas. Depois ele me levou a uma sala onde duas médicas faziam a avaliação dos pacientes recém-operados. Ali conversei um bom tempo com uma delas que queria saber detalhes sobre a metodologia que eu pretendia utilizar na pesquisa (algo que eu não tinha claro em mente até aquele momento).

Ao final deste dia ainda participei de uma reunião entre os voluntários onde pude ouvir as recomendações de outra dirigente sobre os trabalhos daquela tarde, pontos que deviam ser melhorados e até uma “bronca” de ordem técnica porque alguém teria marcado o local das cirurgias de forma incorreta, sem seguir as recomendações e o padrão da casa. A discussão sobre a maneira correta de marcar o local das cirurgias levou algum tempo e depois foi feito o encerramento dos trabalhos com orações e todos beberam água fluidificada.

Na saída, conversei novamente com o meu primeiro contato na instituição. Ele reafirmou a necessidade de eu passar pela evangelização e tentei argumentar que meu interesse era acadêmico, que certamente eu não teria competência para ser voluntária e quase lancei mão do discurso (desacreditado) da neutralidade para encerrar o assunto, o que teria, talvez, piorado a situação. Mas para ele meu interesse “puramente acadêmico” não impedia minha atuação como voluntária e ele ainda me perguntou: “do nos serve sua pesquisa acadêmica aqui? Não serve para

nada, mas pra você, trabalhar aqui será muito útil”. Derrotada naquele momento, perguntei quanto tempo durava a evangelização e a resposta foi “a evangelização de um espírita dura a vida inteira!”²⁶. Por sua resposta continuei supondo que para ser um voluntário do CAPC era preciso ser espírita, ou pelo menos se identificar como tal.

Após essas três primeiras visitas me encontrava diante de algumas questões: ao contrário do que eu supunha o acesso às práticas da instituição não estava sendo tão difícil quanto eu imaginei que seria, pois num curto espaço de tempo eu já havia conseguido observar uma das práticas mais importantes da casa, as cirurgias espirituais. Por outro lado, tinha consciência que essas primeiras observações eram precárias e eu era muito mais conduzida pelas atividades do Centro de forma “didática”, não sendo possível falar ainda em termos de uma participação efetiva na rotina daquele espaço, condição essencial para o desenvolvimento de qualquer pesquisa etnográfica. É neste ponto que a necessidade de passar pela evangelização aparecia como condição, pois tomar parte nas atividades do CAPC de modo regular e por um longo prazo era algo bem diferente de fazer meia dúzia de visitas.

Depois da seleção no doutorado demorei mais de um ano para retornar ao CAPC. Neste meio tempo, ao falar sobre minha pesquisa com outros colegas soube que o filho do dirigente geral e presidente do NENL e do CAPC era aluno do curso de ciências sociais. Fomos apresentados e sentindo-me mais confortável na interlocução com um colega aspirante a antropólogo como eu, lhe falei da minha inquietação quanto à participação no processo de evangelização como condição para desenvolver a pesquisa, pois não haveria tempo para fazer primeiro uma coisa e depois a outra, já que a evangelização formalmente levava cerca de um ano. Ele me tranquilizou dizendo que o pai dele certamente não faria essa exigência, o interesse dele na minha pesquisa seria por seu valor acadêmico e não havia necessidade de eu me tornar uma voluntária da casa para fazer a pesquisa. Antes do meu retorno a campo ele me disse que havia conversado com o pai dele e alertado sobre quem eu era e que pesquisa estaria propondo realizar no CAPC.

Em 2009 retornei ao CAPC. Primeiramente, marquei uma

²⁶ Na verdade as palestras destinadas à formação dos voluntários duravam cerca de um ano. Em seguida era realizado um retiro de um dia com mais palestras depois do qual a pessoa poderia começar a atuar como voluntária no NENL e/ou no CAPC. A participação na escola de médiuns também era recomendada, mas a partir de 2011 ela se tornou obrigatória para todos os voluntários, como veremos com mais detalhes no capítulo IV.

reunião com o dirigente geral, irmão Álvaro, para lhe apresentar o projeto e obter dele autorização formal para realizar a pesquisa. Ele me recebeu muito bem no NENL, comentou sobre seu filho e o fato de sermos colegas na antropologia, me mostrou todo o prédio do Núcleo e perguntou o que eu precisava para fazer a pesquisa. Entreguei-lhe uma cópia do projeto e disse que tudo que eu precisava era participar da vida cotidiana das duas instituições, mas principalmente do CAPC, para conhecer os trabalhos da casa a fundo. Ele disse que me passaria a uma outra pessoa, a mesma mulher que eu havia conhecido no CAPC em 2006, e ela seria a encarregada de me orientar e autorizar minha presença nos mais diversos turnos de trabalho das duas casas. Em um primeiro momento ele disse:

A irmã vai vir na segunda aqui no NENL, daí observa esse dia, e vai vindo na semana toda, vê todas as atividades, nada será proibido, a irmã pode participar de tudo, aulas da escola de médiuns, cirurgias, terapias, tudo. Depois a irmã, vai uma semana lá no CAPC e faz o mesmo, começa na terça e vai até o sábado, pode dormir lá na sexta-feira e pode ficar à vontade para observar tudo.

Percebi que talvez ele acreditasse que eu faria uma observação de uma semana em cada casa, pois antes ele havia comentado que uma equipe de jornalismo havia passado uma semana no CAPC pesquisando para fazer um documentário. Deste modo, enfatizei que eu iria passar pelo menos um ano fazendo pesquisa no CAPC. Ele não questionou essa informação, novamente me recomendou as duas semanas de observação e “o tempo mais que a irmã achar que é necessário para pesquisa”. Disse ainda que eu precisava ir com roupa totalmente branca e usar sempre um jaleco:

Lá é um hospital, aqui [NENL] menos, mas lá lidamos com pessoas muito doentes, que liberam secreções, pode haver risco de contaminação, então o branco é uma questão de higiene, de limpeza e de recomendação médica, e é por isso que estamos todos de branco aqui. E também você deve estar de branco para não chamar a atenção dos pacientes, alguns podem não entender que você faz uma pesquisa científica, eles podem se sentir expostos e não se sentirem confortáveis, então se você estiver de branco como os demais irmãos ninguém vai perceber.

De fato, a roupa branca funcionou como um “disfarce” muitas

vezes, mas também como elemento que me colocou em lugares de visibilidade inusitada naquele espaço e também fora dele. No primeiro dia de pesquisa no NENL fui constantemente questionada se eu era uma nova voluntária. Uma turma de voluntários havia sido formada recentemente de modo que todos achavam que eu era uma novata e não questionavam o fato de eu fazer quase nada ali, apenas observar, porque era desta forma que os novos voluntários aprendiam, observando. Porém, eu fazia questão sempre que possível de evidenciar minha condição de pesquisadora, que eu não era uma voluntária nem estava me passando por tal.

No retorno para casa, neste mesmo dia, enfrentei um engarrafamento e depois de trocar reclamações sobre o trânsito em Florianópolis com o passageiro que estava ao meu lado no ônibus, ele questionou se eu era médica. Disse-lhe que não e ele perguntou se eu era estudante de medicina. Diante de nova negativa quis saber então se eu era enfermeira ou coisa parecida, e depois de mais um não perguntou intrigado “então porque você está toda vestida de branco?” A resposta me levou a uma conversa cansativa onde fui obrigada a explicar o que era antropologia, porque essa disciplina se interessava por questões como “esses tratamentos espirituais e credences” (nas palavras do passageiro), se a minha pesquisa buscava comprovar se esses tratamentos funcionavam ou eram “apenas enganação”. Enfim, desisti de fazer o trajeto para o CAPC vestida de branco, preferindo trocar de roupa no local da pesquisa, pois percebi que enquanto essa indumentária me tornava invisível no CAPC ela podia fazer com que minha figura se destacasse fora dali como alguma representante da classe médica ou dos profissionais de saúde (imaginei até a cena dantesca de alguém passando mal e eu sendo solicitada a prestar socorro).

O branco e o jaleco me colocavam em situações nas quais eu parecia ser aquilo que eu não era, tanto dentro quanto fora do CAPC. No entanto, não imagino como poderia ser de outra forma, pois a única condição que me era colocada agora para fazer a pesquisa era o uso do branco e do jaleco. Enquanto num primeiro momento a condição seria participar da evangelização para conhecer a instituição “dos dois lados, por dentro e por fora”, agora eu era posta quase que automaticamente do lado “de dentro” pelo uso de uma roupa que representava tanto os voluntários do NENL e CAPC quando um conjunto de profissionais de saúde, ambos membros das duas instituições. Em outros momentos, a roupa branca e o fato de fisicamente eu não aparentar para alguns ter a

idade para ser uma aluna de doutorado, faziam com que eu fosse confundida pelos voluntários como alguém da equipe de enfermagem, já que essa equipe era formada por jovens com idade inferior aos 30 anos, faixa etária que conta com pouquíssimos voluntários (a maioria tem mais de 45 anos). Até mesmo algumas das enfermeiras acreditaram no início que eu era uma nova contratada da equipe.

Chazan (2005: 25) menciona seu desconforto ao fazer pesquisa em clínicas médicas e ser solicitada a vestir o jaleco. Sendo também médica, ela era sempre apresentada como tal aos pacientes das clínicas e sentia-se desconfortável com essa situação, pois percebia que sua identificação com médica e não como pesquisadora agiria como um “disfarce” e como uma forma de desvalorização da sua condição de antropóloga e supervalorização da sua identidade como médica. A solução que ela encontrou para esse desconforto foi explicitar para as pacientes na sala de espera que era uma pesquisadora e requerer também delas, e não apenas dos donos das clínicas, autorização para acompanhar seus exames. Já Bonet (2004) menciona um episódio no qual, após algum tempo de pesquisa de campo, tentou entrar sem o jaleco no pavilhão médico do hospital no qual fazia sua pesquisa e foi questionado por uma enfermeira se estava precisando de alguma coisa. Sem esse “distintivo” ele se tornou uma pessoa comum aos olhos da funcionária e não alguém autorizado a entrar naquele espaço. De modo que, a orientação dada por um médico no seu primeiro dia de trabalho de campo para fazer uso do jaleco teria sido:

“(…) uma informação valiosa. Certamente, poder-se-ia dizer que, na realidade, era somente uma questão de aparência e limpeza. Foi assim que pensei naquele momento. Porém, o que aconteceu depois levou-me a pensar que o jaleco simbolizava mais amplamente o médico. Essa foi a primeira lição; era como se ele estivesse me dizendo: 'se você que nos entender, tem que começar pondo um jaleco'. O saber popular diz que o hábito não faz o monge, mas ajuda” (Bonet, 2004: 17).

O uso do branco e do jaleco no CAPC também era apresentado como algo que teria por princípio a limpeza e a boa aparência dos voluntários, e esse ponto era frisado em algumas palestras do dirigente geral aos pacientes, pois sua intenção era associar o uso do branco a uma prática médica, terapêutica e não a uma prática religiosa, já que

muitos centros espíritas adotam o branco como vestimenta²⁷. No entanto, posso dizer que o branco e o jaleco produziam suas ambiguidades enquanto uma indumentária que estaria entre o religioso e o terapêutico. Certo dia, ao comentar sobre o quanto meu jaleco estava sujo e precisava de uma boa lavagem, um voluntário me alertou que na verdade eu deveria lavar o jaleco depois de cada dia de trabalho, pois as práticas terapêuticas da casa faziam desprender certas formas de energias e vibrações negativas dos pacientes que eram bloqueadas pelo jaleco. Assim, o ideal seria lavá-lo entre uma utilização e outra para “limpar e neutralizar” essas energias densas e negativas que ficavam impregnadas na vestimenta.

Embora eu não tivesse no início da pesquisa a intenção de ser uma voluntária da casa, me coloquei sempre à disposição para ajudar no que fosse possível, já que o trabalho é a tônica que rege o NENL e o CAPC. Além disso, ficar o dia inteiro como que uma mosca na parede era uma situação insustentável para mim e até desconfortável fisicamente. Eu não precisei tornar evidente minha disponibilidade no NENL, pois era impossível que centenas de voluntários me conhecessem de uma só vez, de modo que eu era solicitada o tempo inteiro para pequenas atividades por aqueles que não sabiam da minha condição de pesquisadora. Logo no primeiro dia de observação no NENL já fui colocada em uma atividade junto aos pacientes, a massagem nos pés, que era uma forma de terapia considerada não mediúnica e capaz de ser feita por qualquer pessoa, necessitando de orientações simples que podiam ser rapidamente repassadas.

No CAPC minha inserção nas atividades aconteceu de forma gradual à medida que fui sendo familiarizada com os voluntários e pacientes da instituição, mas desde os primeiros dias fui encarregada de algum trabalho, desde abrir portas e orientar pacientes dentro da instituição até dar informações sobre o uso de algumas terapias mais simples e auxiliar de forma direta naquelas que não exigissem o passe ou outro treinamento mais específico. Assim, desde o início da pesquisa tomei parte da rotina da casa e sempre procurava deixar explícita minha condição de pesquisadora para os voluntários e pacientes com quem conversava para evitar confusões sobre a minha “verdadeira identidade”.

Em um dado momento fui convidada por uma voluntária a ajudar de forma sistemática em uma das terapias da casa que trabalhava

²⁷ Camargo (1961: 23) aponta para o uso do branco nas práticas espíritas como uma influência da umbanda no espiritismo.

muito com alteração de músicas e mensagens, uma espécie de meditação e exercícios de visualização que será melhor detalhada adiante. Eu ficaria encarregada de controlar o aparelho de som e também fui orientada a dar alguns avisos sobre o funcionamento da terapia. Em um primeiro momento fiquei feliz com o convite que eu senti como uma demonstração de empatia e confiança por parte dessa voluntária. Ela consultou a dirigente da instituição para saber se minha presença seria permitida na terapia e eu fui autorizada a ajudar. Meses depois essa voluntária faria uma viagem e pediu que eu a substituísse, auxiliando de forma mais direta o seu colega. Fiquei consternada com esse convite, pois substituí-la significava conduzir as meditações com utilização de uma linguagem religiosa-terapêutica com a qual eu não me sentia à vontade, além de me colocar num lugar de visibilidade junto aos pacientes que comprometeria, a meu ver, minha condição de pesquisadora de forma definitiva, pois seria fatalmente associada a uma terapeuta da casa, já que estaria conduzindo uma terapia.

Tentei ter o máximo de diplomacia e confessei a ela que não me sentiria à vontade para substituí-la, pois não tinha a competência para isso nem a inclinação necessária para fazer a terapia de forma convincente, pois não me sentia à vontade para fazer qualquer tipo de discurso com conotação religiosa. Mais uma vez tentei lançar mão de “clichês científicos” e frisei que me apresentar na condução de uma terapia seria comprometedor para pesquisa, pois isso poderia influenciar o modo como os pacientes iriam responder aos meus questionamentos. Ela me escutou atentamente e respondeu com convicção:

Waleska, não tem como os pacientes não te verem como uma voluntária da casa, eles estão vendo você aqui vestidinha de branco na terça, na quarta, na quinta, na sexta, no sábado e você acha que eles não associam você com a casa? Você pode até não querer, mas você já é vista como voluntária por eles, quanto a isso não tem como não ser assim.

A lucidez de sua observação foi um alerta contra minha ingenuidade em acreditar que eu poderia me colocar dentro de uma fronteira rígida naquele espaço, protegendo com unhas e dentes a minha “identidade” de pesquisadora e evitando ao máximo uma identificação como espírita ou terapeuta da casa. Conscientemente, eu sabia que esse isolamento da figura do pesquisador não é algo possível na prática antropológica, mas o meu receio era o de ser tomada por aquilo que eu

não era e que implicações isso poderia trazer para a pesquisa.

A questão de uma participação mais ativa no grupo estudado é dilema resolvido para muitos antropólogos e antropólogas, mas para aqueles que trabalham com saúde e religião em contextos institucionais essa questão torna-se muito complexa e sem soluções rápidas. Fazer pesquisa nesses espaços nos coloca entre conjuntos diferentes de atores: aqueles que oferecem a assistência (religiosa e/ou terapêutica) e os que são assistidos e ser identificado como um membro da instituição certamente repercute no modo como as intenções de pesquisa são recepcionadas pelos sujeitos, sejam eles os que oferecem ou os que solicitam a assistência. Por isso o incomodo de Chazan (2005) ao ser identificada apenas como médica pelos donos das clínicas onde realizava sua pesquisa. Essa atitude a colocava como alguém “aliada” e “subordinada” aos donos das clínicas no momento em que ela era apresentada como “uma médica que está trabalhando conosco”.

No que diz respeito aos estudos de religião, vários autores já trabalharam a questão da iniciação do pesquisador como parte do processo de pesquisa, sobretudo no contexto das religiões de matriz africana nas quais certos conhecimentos só se fazem acessíveis aos iniciados (para um exemplo dessa discussão ver Silva 2006). Não era esse o meu caso, pois eu estava tendo acesso a todos os procedimentos de uma instituição que, mais do que religiosa era considerada como terapêutica e por isso a ideia de uma “conversão” ou da necessidade de “evangelização” foi descartada como condição para fazer a pesquisa, embora tenha sido apresentada de forma contundente no início. Mas o fato de não passar pela evangelização não me eximia de uma atuação no CAPC através de formas de intervenção que gradualmente eram alargadas com o decorrer da pesquisa.

Certamente, a dimensão religiosa pesava na minha tentativa desesperada em delimitar um recorte para mim no CAPC onde a minha condição de pesquisadora não fosse “marcada” por uma identificação como espírita. Neste aspecto, me identifiquei com a crítica de Velho (2007: 290) (ou antes, com o objeto de sua crítica) quando diz que a religião tem se constituído em verdadeira pedra de tropeço para mentalidade secular, e que enquanto seria politicamente correto e até mesmo obrigatório o estudo de mulheres por mulheres e de gays por gays, o mesmo não se pode dizer dos estudos de religião, onde a crença pessoal do antropólogo constitui motivo de desconforto, quando não de desconfiança. Via-me também dentro do paradoxo apontado por Segato

(1992) sobre o discurso racional da antropologia frente ao sagrado e como somos colocados diante de situações onde a interlocução com os atores se tornam bizarras e infrutíferas porque nosso exercício de interpretação aponta para questões que são alheias à experiência das pessoas, ou ainda, esvaziamos e sacrificamos o sentido dessas experiências em nome de uma coerência redutível e explicativa do social.

De fato eu estava “tropeçando na pedra da religião”, mas depois da conversa com a terapeuta que me convidou a substituí-la percebi que minhas inquietações eram um problema para mim pelo modo como eu estava considerando as demandas dos sujeitos e não exatamente por eles me atribuírem essa ou aquela identidade ou exigirem de mim algo que talvez fosse contra minhas inclinações não-religiosas. Ainda sobre essa conversa, a voluntária me tranquilizou dizendo:

Vamos fazer o seguinte, quando você for se apresentar e dar os avisos iniciais, você se apresenta como pesquisadora, você diz que está aqui fazendo uma pesquisa em antropologia e que nós te convidamos para ajudar na terapia e daí faz apenas os avisos e lê alguma mensagem para os pacientes no começo. Eu trago alguns livros e você escolhe, com base na sua intuição, o que você quer ler, não precisa fazer como eu e o irmão, faça do seu jeito. Você pode fazer um exercício de respiração, como aquele que eu faço no começo, só para relaxar os pacientes. Eu sei que você tem sensibilidade pra isso, senão você não estaria fazendo sua pesquisa aqui, estaria em outro lugar.

À minha tentativa de ter um lugar “neutro” ela acenava com a possibilidade de um duplo posicionamento, como pesquisadora e auxiliar da terapia, ainda que sem ser formalmente uma voluntária. Assim, os lugares que me eram propostos no CAPC para realizar uma pesquisa antropológica eram lugares de intervenção, ainda que essa proposta tenha sido apresentada de diferentes maneiras: ora com a exigência da evangelização e a formalização como voluntária, ora com o convite para ajudar de forma regular em uma terapia e esporadicamente em outras tantas atividades.

Esta claro também que para meus interlocutores minha identificação como pesquisadora não era de modo algum um entrave ou empecilho para minha atuação como voluntária, a contradição estava no meu modo particular de querer separar duas coisas que para eles não era contraditórias, mas complementares. De modo que, a sugestão para

minha identificação como pesquisadora no contato com os pacientes era algo que só podia trazer pontos positivos para a terapia para a qual eu fui convidada, já que a figura do cientista, do pesquisador é algo muito valorizado numa instituição que se propõe terapêutica.

Não poderia afirmar que fui identificada como uma médium ou terapeuta²⁸ em potencial com algum tipo de poder ou habilidade específica como ocorreu com Jeanne Favret-Saada (1977) em sua pesquisa sobre feitiçaria na França, pois são contextos e realidades etnográficas distintas. Porém, como esta autora, percebi que seria *afetada* pelos sujeitos do meu campo de pesquisa quando fui solicitada a ter uma postura interventiva naquele espaço social. Como Favret-Saada (2005), compreendi, depois de muito me debater com essa questão, que não seria o caso de me colocar no lugar do outro ou de desenvolver em relação a ele algum tipo de empatia, não se tratando, portanto, de uma apreensão emocional ou cognitiva dos afetos dos outros, mas de ser afetado por algo que os afeta e assim poder estabelecer com eles certa modalidade de relação, concedendo um estatuto epistemológico a situações de comunicação involuntária e não intencional:

“(...) quando um etnógrafo aceita ser afetado, isso não implica identificar-se com o ponto de vista nativo, nem aproveitar-se da experiência de campo para exercitar seu narcisismo. Aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada. Mas se acontece alguma coisa e se o projeto de conhecimento não se perde em meio a uma aventura, então uma etnografia é possível” (Favret-Saada, 2005: 160)

Assim, depois de alguns meses em campo, decidi que faria a evangelização a fim de me tornar formalmente uma voluntária do CAPC. Posso dizer que essa decisão não foi tomada do dia para noite nem de forma tão racionalizada como possa parecer a princípio. De fato, a ideia foi sendo gestada num processo demorado que envolveu negociações, descobertas sobre o funcionamento interno da instituição, uma disposição pessoal e, finalmente, o cansaço de ficar constantemente tentando me esquivar dessa identificação como voluntária, o que se mostrou uma obsessão inútil ao final. Em algum momento percebi que

²⁸ A carência de voluntários não seria um motivo a cogitar, pois esse não era um problema para a instituição.

minha implicação não era uma escolha pessoal, mas um elemento constituinte da relação etnográfica e isso me permitiu formalizar minha condição como voluntária do CAPC sem os dramas que me atormentavam de início.

Se é impossível haver uma posição neutra por parte do pesquisador, seu posicionamento não significa a adoção dos sentidos do outro, como diz Fravet-Saada, mas a construção de uma relação entre os atores onde a emergência desses sentidos é tensionada pelo processo de interação que a pesquisa suscita. Assim, tornei-me uma voluntária do CAPC com a intenção de me deixar afetar pelas disposições que motivavam meus interlocutores, ciente de que isso não significava de modo algum uma compreensão dos seus afetos livre de uma necessidade de tradução e tampouco fazia de mim “uma nativa”.

Entendo que minha decisão de participar do processo de formação dos voluntários foi acertada, pois no momento em que de fato passei a atuar como tal fui colocada diante de situações que não teriam se apresentado para mim de outra forma, ou das quais eu teria uma dimensão muito vaga. Não falo aqui de algum tipo de “experiência mediúnica” ou “mística”, nem de algum possível encontro com o sagrado, mas de situações com as quais os voluntários se deparam cotidianamente e que certamente eu perceberia de uma forma totalmente distinta, caso não tivesse atuado nas outras terapias da casa. E novamente não estou dizendo que as minhas experiências seriam da mesma ordem da deles, mas sim que eu pude acessar alguns conteúdos de maneira diversa daquela que teria sido possível alcançar sem essa forma de participação.

Uma delas diz respeito à interação com os pacientes e a manipulação de seus corpos. Embora eu realizasse a massagem nos pés desde o início, a prática de outras terapias que exigem o uso de aparelhos como fios e placas, como veremos, demandava outra ordem de atenção e cuidados assim como maneiras mais diretas de contato com o corpo do paciente, envolvendo a manipulação de regiões íntimas (seios, testículos, etc.) onde era preciso desenvolver certas habilidades e sensibilidades nesse contato. Além disso, a aplicação de algumas terapias exigiu que eu observasse de forma mais atenta o modo como certo conhecimento anatômico era formado pelos voluntários que não eram profissionais de saúde, maioria no CAPC. Por fim, no decorrer da minha aprendizagem percebi que havia uma tentativa forte de padronização das práticas terapêuticas, mas que elas de fato eram

marcadas por intencionalidades, imprevistos e modos criativos diversos que talvez fossem percebidos de maneira menos apurada caso eu tivesse me atido apenas a observar essas práticas e não a fazê-las.

Não quero sugerir que a pesquisa alcançou uma qualidade “melhor” pelo fato de eu ter me tornado uma voluntária do CAPC durante o trabalho de campo nem que eu teria dados menos consistentes se tivesse optado por não participar desse processo. Isso não faz nenhum sentido (imaginemos o drama de alguém que tem que traficar para entender melhor as práticas dos traficantes). O que quero dizer é que possivelmente seriam pesquisas diferentes, nem melhor, nem pior, mas diferentes. A minha formalização como voluntária não me facultou o trânsito por espaços distintos ou “secretos” da instituição, pois tudo me era mostrado sem reservas, não havia impedimento para que eu observasse o que quer que fosse, desde as reuniões com os voluntários às cirurgias espirituais. O que a passagem da condição exclusiva de pesquisadora para (também) voluntária me possibilitou foi a execução de práticas diversas que me permitiram compartilhar de experiências que, na condição de mera observadora, eu não teria acessado.

Algumas questões metodológicas

Desenvolvi meu trabalho de campo no NENL e no CAPC de abril de 2009 a abril de 2010. No NENL fiz uma incursão bem mais irregular e fragmentária, pois meu foco a princípio eram os pacientes com câncer atendidos no CAPC. Deste modo, participei das atividades do Centro durante um bom período em todos os dias da semana, de terça a sábado. Nas sextas-feiras eu dormia no CAPC após as cirurgias espirituais, junto com alguns poucos voluntários e voluntárias e a equipe de enfermagem. Essas noites no Centro foram fundamentais para meu entrosamento com alguns voluntários e por vezes era um motivo de admiração pelo “esforço” que a minha pesquisa exigia, pois para muitos voluntários dormir no CAPC no fim de semana significava abrir mão das baladas, das festas e do convívio familiar.

Depois que formalizei minha condição de voluntária em 2010 e dei por encerrada a pesquisa de campo em abril daquele ano, comecei a participar apenas em um turno durante a semana, auxiliando ainda na terapia para a qual fui formalmente convidada. Fui ainda inserida num conjunto de terapias que demandavam a aplicações de passes e fui

treinada nessa técnica, porém com a restrição da minha participação a um dia e algumas alterações sofridas na rotina do CAPC essas intervenções foram drasticamente reduzidas até serem completamente suspensas.

Continuar atuando no CAPC, ainda que uma vez por semana, paulatinamente se mostrou algo muito complexo para a escrita da tese, pois a rotina da instituição era constantemente alterada de modo que assim que eu havia sistematizado uma porção de dados tinha que revisá-los, pois a dinâmica daquele processo havia mudado. Constantemente eu era colocada diante de novas informações, novas situações, novos *insights* que só aumentavam o volume dos meus dados. Reduzi minha participação para duas vezes por mês e em meados de 2011 resolvi suspender minhas idas ao CAPC tanto para conter a enxurrada de informações que continuavam dificultando o fechamento de uma sistematização quanto pela demanda da escrita da tese.

Além da participação no CAPC realizei 26 entrevistas abertas com voluntários e pacientes da instituição, mas considero que essas entrevistas são mais um complemento para as conversas informais que travei ou observei no convívio diário com essas pessoas (especialmente os voluntários) do que uma forma privilegiada de compreender suas práticas, e na tese busquei valorizar mais esses “discursos espontâneos” e menos os “discursos de conveniência” (Favret-Saada, 2005: 161) que por vezes se tornam as entrevistas formais. Como havia uma recomendação para evitar conversas com os pacientes a fim de não interferir nas atividades e aplicações de terapias, meu contato com eles e a observação de suas falas se deu preferencialmente durante algumas práticas do CAPC onde eles tinham espaço para conversar e expressar suas inquietações com relação à doença e ao tratamento. Fiz ainda três entrevistas com o dirigente geral da instituição, irmão Álvaro. Além disso, pude contar com material coletado pelas antropólogas Danielli Vieira e Bettina Schmidt que gentilmente me cederam suas entrevistas com irmão Álvaro.

Particpei ainda de um congresso de médicos espíritas realizado pela Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil) em 2009 na cidade de Porto Alegre. Alguns voluntários do CAPC, profissionais de saúde, participaram do evento como ouvintes e esse foi um espaço importante no qual as relações contemporâneas entre medicina e espiritismo no Brasil se apresentaram de forma contundente. Também acompanhei de forma regular, porém não sistematizada, publicações na

mídia em geral relacionadas ao espiritismo e suas práticas de cura. Por um golpe de sorte, entre 2008 e 2010 houve uma “explosão” de filmes espíritas no Brasil que acenderam na pauta da imprensa assuntos relacionados às terapias espirituais. Além disso, visitei diversos sites eletrônicos de instituições espíritas que ofereciam cirurgias espirituais para fazer um mapeamento sobre essa prática de cura no Brasil e traçar paralelos com o que eu observava no NENL e CAPC.

Obviamente também me debrucei sobre parte da literatura espírita, das obras basilares da doutrina, expressas principalmente pelos escritos de Allan Kardec, mas não exclusivamente, assim como algumas obras produzidas por espíritas brasileiros, a exemplo de Chico Xavier e Waldo Vieira. Além disso, também busquei contato com uma literatura produzida por médicos, psicólogos e outros profissionais de saúde conectados com as propostas de uma medicina “holística”, “complementar”, “espiritual”, “vibracional” e uma série de outros termos usados para caracterizar as práticas de tratamento não-biomédicas e não-alopáticas.

Devo ressaltar que embora considere a leitura dessas obras importante para a compreensão das práticas e discursos que constituem um lugar como o CAPC, vejo com ressalvas o uso que muitas vezes é feito delas em algumas análises antropológicas sobre o espiritismo e o universo das terapias alternativas. Muitas vezes as definições postas nos livros são quase que automaticamente estendidas às práticas dos sujeitos, sem ter em conta que qualquer texto passa por um processo de interpretação polifônico no qual ele é tensionado, contestado e de certa forma reescrito. Procurei analisar esses textos não apenas em seus conteúdos e tampouco procurando ver a correspondência entre as definições que eles trazem e as práticas daqueles que os leem no CAPC, mas como dentro desses escritos se desenvolve certa disputa em torno de definições e orientações de ordem terapêutico-religiosa e como elas são percebidas, atualizadas e utilizadas (ou não) pelos sujeitos nos seus agenciamentos cotidianos.

Mesmo as obras do espiritismo merecem essa leitura cuidadosa, pois elas não formam a base de um consenso entre os espíritas, mas antes sofrem processos variados de disputas interpretativas envolvendo diferentes grupos e correntes do movimento espírita. Como apontado por Lewgoy (2000: 51) “a natureza e a intensidade das leituras qualificam modos de conceber e vivenciar o ser espírita, em compasso com outras dimensões, como uma espécie de sinalização das diferenças

internas no Movimento Espírita”. Fiquei surpresa quando em alguns locais onde apresentei dados da minha pesquisa sempre aparecia alguém (um pesquisador ou pesquisadora como eu) afirmando que essa ou aquela prática estava definida na obra de fulano ou beltrano de tal maneira ou que “a obra de Kardec (ou ainda o espiritismo) diz que...” como se houvesse uma compreensão única sobre as práticas e definições apenas pelo fato delas estarem escritas em algum lugar.

O livro possui valor central no espiritismo como já demonstrou Lewgoy (2000, 2004a, 2004b), porém tomar a literatura espírita como algo dado ou pouco tensionado na experiência social das pessoas seria no mínimo ingênuo. Mais interessante foi perceber na pesquisa como o livro e a leitura funcionam como elementos de negociação e disputa na formação e legitimação de grupos, práticas e discursos envolvendo espiritualidade, medicina, saúde e doença.

Nesta tese não utilizo pseudônimos nem os nomes das pessoas que participaram da pesquisa, salvo algumas poucas exceções cujas autorizações verbais para uso do nome foram registradas em áudio. Para os demais interlocutores utilizei as expressões “paciente” e “voluntária/o”, evitando oferecer outras informações como idade, tempo de voluntariado, tipo de câncer, informações estas que poderiam revelar mais diretamente algumas pessoas, especialmente entre os voluntários da instituição. Em alguns casos omiti o gênero do/a interlocutor/a a fim de dificultar uma identificação utilizando expressões como “uma pessoa”. Certamente algumas pessoas serão identificadas, ainda que sem menção do nome, por conta das especificidades de suas atribuições e práticas na instituição, situação um tanto difícil de ser contornada no caso de uma descrição etnográfica.

A maior parte das fotografias foram produzidas por mim com autorização por escrito da direção geral do CAPC e retratam atos da rotina da instituição. Há, no entanto, algumas imagens que foram retiradas do site www.nenossolar.com.br, especialmente das cirurgias espirituais que não consegui fotografar e nesses casos há indicação da fonte. O dirigente geral solicitou que eu não fizesse fotografias nesse momento por respeito aos pacientes, e ao questionar como as imagens do site haviam sido produzidas foi-me dito que elas eram “simulações” da rotina da instituição, as pessoas que estavam sendo tratadas nas fotos eram voluntárias da casa que cederam o uso das imagens. Porém, todos os procedimentos haviam sido feitos normalmente, “como numa rotina de tratamento real”, inclusive as cirurgias, de modo que as imagens

seriam consideradas “simulações” do ponto de vista dos atores envolvidos (que não eram “apenas pacientes” da casa), mas não das ações realizadas.

Os anexos ao final também foram gentilmente cedidos para reprodução com autorização do dirigente geral, irmão Álvaro, a quem novamente agradeço pelo apoio irrestrito a essa pesquisa.

Sumário da Tese (descrição dos capítulos)

A tese está dividida em sete capítulos. No primeiro trago uma breve revisão do contexto histórico no qual se dá o surgimento da doutrina espírita na Europa e a sua posterior inserção no Brasil. O capítulo não tem a pretensão de abranger cronologicamente o desenvolvimento do espiritismo nem analisar a fundo suas bases cosmológicas (o que já foi feito alhures por outros pesquisadores), mas sim analisar de que forma as questões envolvendo saúde, doença, religião e medicina influenciaram a constituição do espiritismo enquanto um campo religioso-terapêutico no Brasil e como essas questões são atualizadas contemporaneamente.

No segundo capítulo apresento o Núcleo Espírita Nosso Lar (NENL) e o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC), instituições nas quais a pesquisa se desenvolveu. A partir da descrição etnográfica analiso a constituição histórica e cosmológica desses espaços religiosos-terapêuticos nas cidades de São José e Florianópolis, e como a história particular dessas instituições reflete alguns pontos discutidos no capítulo anterior sobre a pluralidade presente no movimento espírita brasileiro e sua relação com o campo da saúde.

No capítulo III apresento uma discussão sobre a conformação contemporânea das práticas de cura não-biomédicas, tendo como foco os processos de legitimação e profissionalização dessas práticas e como nesse contexto são travadas relações com os saberes e campo formais instituídos, a exemplo da biomedicina e da psicologia. Tematizo ainda a formulação de uma *retórica terapêutica* contemporânea na qual elementos de diferentes sistemas terapêuticos são colocados em contato através da proposição de modelos etiológicos nos quais as emoções são associadas aos processos de saúde/doença, revestindo as práticas de curas espirituais-religiosas de uma dimensão mais propriamente

terapêutica e menos doutrinária.

O capítulo IV apresenta as práticas terapêuticas do CAPC e ao descrevê-las analiso como elas refletem o processo mais amplo de produção e legitimação das práticas de cura não-biomédicas tal como discutido no capítulo anterior. Na construção da *rotina terapêutica* desse espaço podemos observar tanto as tentativas de diferenciação quanto de produção de semelhanças entre as práticas espirituais de cura e aquelas advindas de outros sistemas terapêuticos, especialmente representados pela biomedicina, os saberes “*psi*” e as terapias alternativas/complementares, o que permite uma constante produção de sentidos para tais práticas que não devem ser compreendidas como meras formas de representação ou simples reprodução de discursos e símbolos retirados desses domínios. Antes, podemos observar aqui a emergência de sentidos que são produzidos na ação e na interação cotidiana dos atores que fazem parte do CAPC, sejam eles médicos, religiosos, pacientes, terapeutas, etc.

No capítulo V trago uma análise sobre as pessoas doentes que buscam tratamento no CAPC. Longe de querer apontar para um conjunto fechado de motivações que conduzam a pessoa doente a buscar esses tratamentos e/ou construir um perfil para esses pacientes, minha intenção foi justamente ressaltar o caráter heterogêneo da clientela atendida no Centro e a diversidade de elementos que fazem parte das disposições dessas pessoas ao buscar essa forma de tratamento. Neste sentido, o capítulo aponta para as limitações de algumas análises sobre as práticas de cura espirituais e/ou alternativas que se utilizam das noções de “crença”, conversão religiosa, carência econômica ou gravidade da doença para explicar a adesão das pessoas a essas formas de tratamento por entender que, embora esses fatores possam estar presentes de alguma forma, eles não são determinantes para pensar o engajamento dos sujeitos com essas práticas. Assim, antes de apostar em determinações internalizadas *a priori* ou em um “conjunto de 'faltas'” (Fleischer et al., 2010: 14), o que pude observar entre os pacientes do CAPC foi a construção processual de sentidos para a experiência da doença dentro da qual se inserem também os tratamentos espirituais que não necessariamente conduzem a uma conversão religiosa, mas antes a uma espécie de *conversão terapêutica* através da qual elementos religiosos/espirituais vão ser ressaltados para se pensar os estados de saúde/doença e formas de cuidado.

Com base na discussão apresentada no capítulo V, o capítulo VI

analisa os voluntários que formam o CAPC. Novamente, coloco as ideias de “crença” e conversão religiosa em questão ao analisar a prática do voluntariado nesse espaço, pois foi possível observar aqui a mesma heterogeneidade que caracteriza os pacientes do CAPC, já que boa parte dos voluntários da casa são ex-pacientes. A adesão como voluntário nem sempre significa uma adesão aos valores religiosos da instituição e tampouco representa a formação de um consenso sobre suas práticas terapêuticas. Assim, em lugar de analisar a imersão em um universo espiritual-terapêutico a partir da ideia da conversão ou de um consenso, lanço mão aqui das noções de dádiva e contra-dádiva (Mauss, 2003) como elemento aglutinador desses trabalhadores que, dentro das suas diferenças, conseguem produzir uma rotina terapêutica coerente e ordenada com o objetivo maior de oferecer a outros o auxílio que um dia eles receberam na busca da cura.

Por fim, no capítulo VII apresento as cirurgias espirituais do CAPC, momento privilegiado do tratamento espiritual. A partir das teorias da *performance* analiso esse evento enquanto uma prática que, apesar de se utilizar de uma estética e linguagem biomédicas, se constitui em um momento de criação de sentidos diferenciados para se pensar o cuidado, a saúde, o corpo e as doenças que não são os mesmos da medicina oficial. Embora considere todas as práticas do CAPC como *performances* de cura, a cirurgia espiritual é aqui colocada em evidência por ser um evento através do qual se daria de forma mais contundente aquilo que Langdon (2007a: 11) aponta como a *participação expectativa* da *performance*, ou seja, a participação plena de todos os presentes no evento para criar uma experiência coletiva e transformadora.

Nas considerações finais remeto a pontos discutidos na tese, especialmente as relações de produção de semelhança e diferença que caracterizam as dinâmicas sociais em torno dos processos de saúde-doença aqui observados.

As constantes mudanças ocorridas na rotina terapêutica do CAPC ao longo do meu trabalho de campo me fizeram evitar ao máximo o uso do presente etnográfico na construção do texto e com isso deixar evidente a dinâmica desse espaço e o fluxo de suas práticas.

Capítulo I

Espiritismo(s) no Brasil: singular ou plural?

Neste capítulo trago uma breve revisão do contexto histórico no qual se dá o surgimento da doutrina espírita na Europa e a sua posterior inserção no Brasil. O capítulo não tem a pretensão de abranger cronologicamente o desenvolvimento do espiritismo nem analisar a fundo suas bases cosmológicas, pois há uma série de trabalhos que já trataram dessa questão de forma consistente (ver Camargo, 1961; Cavalcanti, 1983, Giumbelli, 1997a; Aubrée e Laplantine, 2009; Lewgoy, 2000; Stoll, 2003, entre outros). Meu foco é analisar de que forma as questões envolvendo saúde, doença, religião e medicina influenciaram a constituição do espiritismo enquanto um campo religioso-terapêutico no Brasil e como essas questões são atualizadas contemporaneamente.

Vale a pena lembrar que o espiritismo é uma doutrina com diferentes frentes de abordagem o que permite que a compreensão que aqui estou trazendo da doutrina enquanto um sistema religioso-terapêutico possa ser contestada por segmentos dentro e fora do movimento espírita que veem no espiritismo um sistema científico-filosófico, negando qualquer traço que possa relacioná-lo a práticas religiosas. Como tento apresentar ao longo do capítulo, essa multiplicidade de posicionamentos dos que se autodenominam espíritas não é fruto de qualquer incoerência inicial na formulação da doutrina, mas resultado das diversas disputas internas e externas aos grupos espíritas que participaram (e continuam a participar) da construção do espiritismo brasileiro, assim como está relacionada com as dinâmicas que atravessam a própria definição de categorias como religião e ciência.

O Espiritismo de Kardec: nomenclatura para uma nova ciência, nascimento de uma nova religião

Os termos “espírita” e “espiritismo” geralmente são utilizados no Brasil para se referir a diferentes formas de pertencimento religioso que teriam em comum o reconhecimento da possibilidade de comunicação com o mundo dos mortos. No entanto, o uso comum do

termo nem sempre significa o compartilhamento das mesmas práticas, princípios doutrinários e identitários entre os que se dizem espíritas. Deste modo, quando fui elaborar o projeto de pesquisa busquei primeiramente me certificar do modo como meus futuros interlocutores se autodenominavam, tendo em conta outros adjetivos comumente associados ao termo espiritismo no Brasil.

No antigo site do NENL encontrei um breve texto sobre as cirurgias espirituais onde se podia ler a afirmação “somos kardecistas, seguidores da doutrina dos espíritos, codificada pelo professor francês Hippolyte Léon Denizard Rivail (Allan Kardec) em 1857 em Lion”²⁹. No vídeo institucional que encontrei no YouTube³⁰, e com o qual posteriormente tive contato frequente durante a pesquisa de campo, imagens dos livros de Allan Kardec eram mostradas enquanto um narrador explicava que o “espiritismo, codificado por Allan Kardec, revela que o homem é um ser espiritual ligado ao corpo físico pelo perispírito”.

Deste modo, ao elaborar meu projeto de pesquisa tentei me cercar de literatura antropológica que desse conta de investigações voltadas para a especificidade desta matriz religiosa brasileira e considerasse as limitações impostas pela classificação que o termo “kardecista” parecia impor, pois entendi pelo material oficial do NENL/CAPC que eles se identificariam enquanto “espíritas kardecistas”.

Em boa parte da literatura antropológica encontrada sobre a doutrina espírita quase sempre é dispensado um espaço no texto para dizer do que se trata o espiritismo, que ora aparece com “e” maiúsculo ou minúsculo dependendo do modo como a palavra seria utilizada para fins de diferenciação entre aquilo que passa a ser adjetivado muitas vezes como “espiritismo kardecista” ou kardecismo, e “outras religiões espíritas”. Assim, o trabalho de Maria Laura Cavalcanti (1983) é um dos primeiros a dedicar atenção ao espiritismo (com E maiúsculo) analisando as “estruturas próprias dessa religião” sem buscar fazer uma comparação ou análise paralela com a umbanda como outros autores o

²⁹ O site oficial do Núcleo Espírita Nosso Lar (www.nenossolar.com.br) é constantemente atualizado de modo que os textos são postados e, posteriormente substituídos por novos à medida que artigos são produzidos sobre as mais diversas temáticas ligadas a questões envolvendo saúde e espiritualidade, assim como as terapias complementares e eventos institucionais.

³⁰ Disponível em www.youtube.com/watch?v=hpMzhLgWJ1k&feature=related. (acessado em 03/06/2007).

tinham feito anteriormente, a exemplo de Camargo (1961) que foi um dos primeiros cientistas sociais a analisar o espiritismo no Brasil. Cavalcanti (1983) afirma que a definição do espiritismo seria imprecisa na literatura sociológica, pois:

“O Espiritismo, ressalvada a contribuição de alguns autores, tem recebido pouca atenção dos estudiosos da religião. Concorrendo com os “traços espíritas” para o “sincretismo” que teria dado origem as “religiões afro-brasileiras”, e tendo em comum com estas a crença em Espíritos e a mediunidade – a afirmação da relação entre homens e Espíritos –, sua particularidade é dificilmente percebida” (1983:9).

Deste modo, a princípio, busquei encontrar a “particularidade” do que se convencionou chamar espiritismo kardecista ou kardecismo no Brasil, tentando colocar nessa classificação o NENL/CAPC. No entanto, no decorrer da pesquisa de campo as discordâncias quanto ao uso do termo “kardecista” apareceram não apenas entre voluntários da instituição e membros da direção, mas também dentro da literatura nativa e antropológica. Assim que, discutir a disputa em torno do termo “espiritismo” (e suas diversas subdenominações) me pareceu mais interessante que a classificação em si, pois seguindo algo que já foi apontado por Giumbelli (1997a), devemos pensar onde, quando, como e nas mãos de quem os “rótulos” são inventados e como adquirem legitimidade, sem esquecer de “ver como os que se autodenominam ‘espíritas’ interferem nesse processo e participam da definição de seus resultados” (idem: 30).

As bases do que hoje denominamos espiritismo no Brasil surgem na França em meados do século XIX, em meio a um movimento mais amplo chamado de Espiritualismo Moderno que se inicia nos Estados Unidos por volta de 1847 e desembarca na Europa poucos anos depois. Tal movimento reunia várias tradições religiosas e intelectuais e propunha uma crítica ao materialismo advogado pelos ideais racionais-iluministas presentes na construção da modernidade nas sociedades ditas ocidentais, bem como se contrapunha às estruturas dogmáticas e hierarquizantes das religiões oficiais, especialmente o catolicismo e o protestantismo (Stoll, 2003). A origem desse movimento é atribuída às comunicações das irmãs Margaret e Katie Fox, de quinze e doze anos, respectivamente, com espíritos em Hydesville, Nova York. As irmãs Fox, que vinham de uma família presbiteriana, estabeleceram um código baseado em pancadas em portas ou mesas através do qual se

comunicavam com os espíritos que assombravam sua casa. Rapidamente tornaram-se conhecidas nos Estados Unidos percorrendo o país para a apresentação de seus dons comunicativos extraordinários. Já em 1854 estimava-se que três milhões de americanos haviam se tornado adeptos do Espiritualismo Moderno. Em 1852 uma missão divulgaria a novidade no Velho Mundo quando espiritualistas modernos desembarcam na Escócia e Inglaterra (Aubrée e Laplantine, 2009).

A partir de então os salões europeus passam a conhecer o fenômeno das mesas girantes ou dançantes que durante algum tempo foi motivo de curiosidade, espanto e divertimento entre as elites europeias. Na França, tais fenômenos chamam a atenção do pedagogo Hippolyte Léon Denizard Rivail, que ficaria conhecido como Allan Kardec, o codificador do espiritismo, um sistema científico-filosófico-religioso através do qual as relações entre o mundo visível dos humanos e o mundo invisível dos espíritos poderiam ser finalmente sistematizadas a partir dos pressupostos racionalista-científicos que regiam a Europa do século XIX. Ainda que em seu arcabouço doutrinário o espiritismo viesse a produzir várias críticas ao materialismo científico de sua época, é com base nos valores do racionalismo e empirismo científicos que a doutrina espírita seria estruturada. Deste modo, Kardec cunhou o termo espiritismo para diferenciar a nova doutrina do movimento espiritualista mais amplo que se desenvolvia nos Estados Unidos e na Europa.

“Para se designarem coisas novas são precisos termos novos. Assim o exige a clareza da linguagem, para evitar a confusão inerente à variedade de sentidos das mesmas palavras. Os vocábulos *espiritual*, *espiritualista*, *espiritualismo* têm aceção bem definida. (...) Com efeito, o espiritismo é o oposto do materialismo. Quem quer que acredite haver em si alguma coisa mais do que matéria, é espiritualista. Não se segue daí, porém, que creia na existência dos Espíritos ou em suas comunicações com o mundo visível. Em vez das palavras *espiritual*, *espiritualismo*, empregamos, para indicar a crença a que vimos de referir-nos, os termos *espírita* e *espiritismo*, cuja forma lembra a origem e o sentido radical e que, por isso mesmo, apresentam a vantagem de ser perfeitamente inteligíveis, deixando ao vocábulo *espiritualismo* a aceção que lhe é própria. Diremos, pois, que a doutrina *espírita* ou o Espiritismo tem por princípio as relações do mundo material com os Espíritos ou seres do mundo invisível. Os adeptos do Espiritismo serão os *espíritas*, ou, se quiserem, os *espiritistas*”. (1944: 13, grifos no original).

O que Kardec vinha propor com a codificação das lições,

ensinamentos e experimentos obtidos com a ajuda dos espíritos seria uma “nova ciência” baseada em eventos que poderiam ser mensurados e testados. Assim, as palavras *espiritismo* e *espírita* formariam:

“...o sustentáculo da nomenclatura da nova ciência; para exprimir os fenômenos especiais dessa ciência, foram precisos termos especiais. O Espiritismo tem, de hoje em diante, sua nomenclatura, como a química tem a sua. As palavras *Espiritualismo* e *espiritualista*, aplicadas as manifestações dos Espíritos, não são mais empregadas hoje, senão pelos adeptos da escola dita *americana*” (2009: 25, grifos no original).

Deste modo, o termo *Espiritismo* surge como forma de inscrever “uma nova ciência” dentro do escopo de ideias espiritualistas que surgem em meados do século XIX em várias partes do mundo, “dele porém se diferenciando, sem constituir um movimento independente. Dessa forma, pode-se, de um lado, reivindicar parceria; de outro, resguardar-se-lhe o direito a uma identidade própria” (Stoll, 2003: 39). O foco desse diferencial vai se estabelecer na busca por uma relação com o pensamento científico vigente na época. Enquanto muitos dos espiritualistas modernos se utilizavam dos fenômenos espíritas para fazer uma contraposição à ciência, vista como mola mestra do materialismo reinante, Kardec ao contrário, quer que a nova doutrina seja antes de tudo “científica”. Assim, ele define o espiritismo como “uma ciência que trata da natureza, da origem e da destinação dos Espíritos, e das suas relações com o mundo corporal” (2009: 10).

No entanto, não se pode dizer que o termo tenha alcançado uma definição inequívoca nem mesmo na época de seu desenvolvimento. Kardec não ignorou o caráter difuso com que os fenômenos espíritas e mesmo a denominação “espiritismo” estavam sendo utilizadas no seu tempo. Entretanto, esse fato não foi tomado enquanto deslegitimador de tais fenômenos, ao contrário, Kardec encarou essa pluralidade de análises sobre os fenômenos espíritas enquanto algo próprio do desenvolvimento de qualquer matéria científica ao afirmar que:

“Erradamente daí o nome de *seitas* a algumas divergências de opiniões relacionadas com os fenômenos espíritas. Não é de espantar que, no início de uma ciência, quando para muitos as observações eram ainda incompletas, tenham surgido teorias contraditórias, mas essas teorias repousam sobre detalhes e não sobre o princípio fundamental. Elas podem constituir *escolas* que explicam certos fatos à sua maneira, mas não tem mais de seitas que os diferentes sistemas

que dividem os nossos sábios sobre as ciências exatas: em medicina, física, etc.” (2009: 87, grifos no original).

A obra de Kardec constitui-se de cinco livros fundamentais e diversos artigos que ele publicou na Revista Espírita até o ano de sua morte em 1869. O aspecto considerado científico da doutrina estaria mais precisamente nos dois primeiros livros por ele codificados: *O Livro dos Espíritos* (1857) e o *Livro dos Médiuns* (1861). O primeiro reúne os aspectos filosóficos da doutrina, sendo considerado a fundamentação teórica do espiritismo, e o segundo traria o enfoque experimental que orientaria a prática mediúmica que é compreendida no espiritismo como o desenvolvimento e ordenação das diversas formas de comunicação com os espíritos desencarnados. As obras seguintes são *O Evangelho Segundo o Espiritismo* (1864), *O Céu e o Inferno* (1865) e *A Gênese: os milagres e as pregações segundo o Espiritismo* (1868) que teriam inaugurado o que Damazio (1994) chama de “uma vertente do Espiritismo” que seria o Espiritismo Cristão (idem: 37). Essas três obras nascem dos embates entre os espíritas e as religiões de base cristã, sobretudo o catolicismo, ao realizar a leitura dos Evangelhos e de paradigmas cristãos como as noções de céu, inferno, anjos e demônios à luz da doutrina espírita.

Devemos lembrar que a ênfase de Kardec está não em separar fé e ciência, mas em uni-las de modo que as abordagens mais científicas de um livro não excluam aspectos religiosos e vice-versa. Assim, embora o dogmatismo que faz parte das religiões tenha sido negado na obra kardequiana que rejeitava a presença de ritos e de uma estrutura sacerdotal no espiritismo, Kardec não eliminou certos aspectos religiosos da doutrina que estavam relacionados à moral cristã afirmando que o espiritismo seria “essencialmente cristão porque a [moral] que ele ensina não é senão o desenvolvimento e aplicação da [moral] do Cristo, a mais pura de todas” (Kardec, 2009: 156). Essa moral cristã do espiritismo, no entanto, não o impediria de ser adotado por pessoas de qualquer religião, visto que “haja homens, há almas ou Espíritos” e que o relato de suas manifestações se encontra em todas as religiões, sem exceção, de modo que “pode-se ser, pois, católico, grego ou romano, protestante, judeu ou mulçumano, e crer na manifestação dos Espíritos e, por consequência, ser Espírita” (idem: 155-6). Assim, o espiritismo seria paradoxalmente uma nova ciência e como tal capaz de ser adotada por pessoas de qualquer religião e ao mesmo tempo uma doutrina religiosa e filosófica capaz de ser analisada por qualquer

cientista interessado em seus fenômenos e teorias.

Embora afirmando que judeus ou muçumanos podiam ser espíritas, o próprio Kardec dividiu os espíritas em categorias e dentre elas privilegiou certa classe que seria a dos espíritas cristãos que seriam aqueles que compreendiam a doutrina e a praticavam empenhados em fazer o bem, sendo “a caridade, em todas as coisas, a regra de sua conduta, são estes os *verdadeiros espíritas*, ou melhor, *os espíritas cristãos*” (Kardec, 1994: 34-5). É inegável que no espiritismo Jesus se torna um modelo de perfeição a ser seguido, não exatamente por conta de uma ideia de santidade, mas por ser ele um espírito elevado.

A proposta de unir ciência e religião gerou no interior da recém criada doutrina disputas que dividiam os autodenominados espíritas de acordo com a afinidade criada com qualquer dos aspectos da doutrina. Assim, mesmo entre os primeiros discípulos de Kardec não havia um consenso entre as posições mais “religiosas” ou “científicas” do espiritismo de modo que o astrônomo Camille Flammarion, por exemplo, estaria mais próximo das disposições ditas científicas e filosóficas da doutrina ao lado do experimentalismo do engenheiro Gabriel Delanne, ao passo que Léon Denis, considerado um dos principais divulgadores do espiritismo depois da morte de Kardec, estaria mais afinado as abordagens religiosas-cristãs (Damazio, 1994).

Deste modo, a síntese proposta por Kardec entre religião, ciência e filosofia era tensionada à medida que os seguidores do espiritismo se dispunham a colocar mais ênfase sobre esse ou aquele aspecto da doutrina o que, no entanto, não significa que essas categorias eram mutuamente excludentes na prática cotidiana dos adeptos do espiritismo. Vale a pena lembrar que Kardec não era o único em sua época a escrever sobre os espíritos e a ser lido pelos interessados no tema, de modo que esses tensionamentos sobre a definição do que seria o espiritismo também está informada por um conjunto de outros autores que trataram do tema.

No Brasil esse tensionamento também se fez presente, porém além das disposições internas aos grupos espíritas, aqui a doutrina seria confrontada com agentes externos que diretamente também participaram dos modos como o espiritismo foi sendo definido em solo brasileiro.

Místicos, científicos, religiosos, kardecistas e afins: o movimento espírita no Brasil

As teorias do Espiritualismo Moderno bem como o que pode ser chamado de “espiritismo francês” não demoraram a chegar ao Brasil. O primeiro livro impresso no país sobre o espiritismo data de 1860³¹, apenas três anos após a publicação do *Livro dos Espíritos* na França e as primeiras publicações em português aparecem já em 1866. No Rio de Janeiro, na segunda metade do século XIX, uma elite formada por franceses e brasileiros familiarizados com o idioma francês seria a primeira a tomar conhecimento sobre as novidades vindas da Europa envolvendo os espíritos. Apesar do início do movimento ter se dado no Rio de Janeiro, é na Bahia que se forma o primeiro grupo espírita brasileiro, o “Grupo Familiar do Espiritismo”, fundado em 1865, pelo jornalista José Olímpio Teles de Menezes. Posteriormente, em 1873, surge no Rio de Janeiro, o segundo grupo oficial de espíritas, a “Sociedade de Estudos Espíritas – Grupo Confúcio”. Ao médico Joaquim Carlos Travassos, secretário-geral do Grupo Confúcio, coube a tradução da obra de Kardec que viria a ser publicada em português em 1875³².

Segundo Damazio (1994: 105), é no Grupo Confúcio que começam a se delinear as correntes do movimento espírita brasileiro. Essas correntes refletiriam os modos pelos quais os seguidores da nova doutrina a interpretavam e que pontos buscavam dar destaque na divulgação do espiritismo em solo brasileiro. Assim, haveria a corrente denominada *científica*, formada por aqueles que privilegiavam a parte experimental da doutrina através dos fenômenos físicos como as materializações; aquela que se denominava *Espiritismo Puro* que aceitava a ciência e os ensinamentos filosóficos revelados pela doutrina, mas não seu desenvolvimento religioso fundamentado na análise espírita dos Evangelhos; e uma terceira corrente denominada *mística* ou *religiosa*, de orientação evangelizadora, que considerava toda obra de Kardec, mas tinha como foco os aspectos religiosos e morais da doutrina pautados no cristianismo (Damazio, 1994; Arribas, 2008). Os *místicos*

³¹ *Le temps son arrivés*, de Casimir Lieutaud.

³² Stoll (2003: 24) menciona que em poucos anos após seu lançamento na França, *O Livro dos Espíritos* já circulava por alguns países da Europa traduzido em vários idiomas. Já Arribas (2008: 38) afirma que a primeira tradução para o inglês do *Livro dos Espíritos* se dá em 1869, ou seja, mais de dez anos depois de sua publicação na França.

foram os primeiros a romper com o Grupo Confúcio e fundar outros grupos, cabendo a eles a difusão de um espiritismo terapêutico que passou a caracterizar as práticas espíritas no Brasil (ver também Aubrée e Laplantine, 2009). Essas denominações eram internas aos grupos e aparecem em várias publicações espíritas de finais do século XIX, como exposto na análise de Arribas (2008).

Dentro de cada corrente também se formavam subgrupos, como na dos *religiosos/místicos* que poderiam ter subdenominações como *kardecistas*, *teosofistas* ou *roustainguistas* (Arribas, 2008). Cada uma dessas denominações relacionava-se ao posicionamento de certo grupo com relação aos preceitos prático-teóricos de diferentes autores que compunham a cena espírita francesa. Por exemplo, os *roustainguistas* teriam por base, além dos livros de Kardec, a obra do advogado francês Jean-Batiste Roustaing. Contemporâneo de Kardec, Roustaing publica em 1866 o livro *Espiritismo Cristão ou Revelação da Revelação. Os quatro evangelhos*, no qual defende a tese polêmica de que Jesus Cristo não teria tido um corpo material, mas apenas um corpo fluídico em sua passagem pela Terra, de modo que a gravidez e o parto de Maria teriam sido puramente psicológicos e fruto da sugestão de espíritos superiores (Damazio, 1994; Arribas, 2008).

Kardec reconheceu que as teses presentes na obra de Roustaing como um todo não entravam em contradição com aquelas presentes no *Livro dos Espíritos*, porém não corroborava com a teoria polêmica do corpo fluídico de Jesus. A obra de Roustaing chega ao Brasil já em 1870, porém só algum tempo depois ganha notoriedade no meio espírita brasileiro quando é incluída na lista de obras espíritas recomendadas pela Federação Espírita Brasileira (FEB). Sua obra seria apreciada particularmente pelos espíritas *religiosos*, sobretudo, por oferecer uma interpretação plausível a partir da teoria espírita para a santidade de Jesus e a virgindade de Maria aproximando-se, deste modo, da cosmologia católica vigente.

Giumbelli (1997a: 66 e ss.) tece uma crítica a essa divisão dos grupos espíritas com base na ênfase colocada sobre qualquer dos aspectos da doutrina, pois entre os adeptos e grupos brasileiros identificados como mais “religiosos” nunca se deixou de falar de ciência e, apesar das disputas internas, os grupos em oposição não deixavam de se relacionar e promover certos tipos de aliança para consolidação do movimento espírita no Brasil. O autor aponta o médico Adolfo Bezerra de Menezes como um exemplo de que análises que encerram os grupos

dentro de pares de oposições muito rígidos não dão conta da complexidade das relações estabelecidas entre ciência e religião no espiritismo brasileiro. Identificado enquanto o consolidador do espiritismo religioso no Brasil, Bezerra de Menezes, que seria presidente da FEB durante vários anos, não deixou de investir no lado científico das práticas espíritas ao publicar *A loucura sob novo prisma*, livro no qual apresenta uma série de estudos de caso onde a loucura foi tratada a partir das teorias espíritas. Assim, embora profundamente influenciado pelas teses de Roustaing, consideradas “místicas”, Bezerra de Menezes não teria negligenciado a dimensão científica da doutrina tendo produzido uma obra que visava contribuir com os estudos da psiquiatria.

A crítica de Giumbelli aponta ainda para o fato dessas análises se apoiarem “em uma oposição *a priori* entre os domínios da 'ciência' e da 'religião' – como se eles fossem capazes de designar territórios delimitados e universalmente definíveis da experiência humana” (idem: 68), o que faria com que o espiritismo brasileiro fosse lido enquanto um “modelo desviante” que paradoxalmente corrigiria a própria doutrina ao apontar para inconsistência de se conciliar 'ciência' e 'religião', o que não corresponde ao modo como esses termos são tensionados na construção da doutrina espírita que “se constitui ao mesmo tempo enquanto conciliação e enquanto reação ao que identifica como 'ciência' e como 'religião’” (ibid: 69).

Arribas (2008: 81) por sua vez, apesar de realizar uma análise profunda dessas disputas e classificações internas aos grupos espíritas lembra que elas não devem ser vistas como mutuamente excludentes e que tais denominações devem ser tomadas mais precisamente em termos de um tipo ideal weberiano.

O fato é que o crescente movimento espírita brasileiro do século XIX não poderia ser caracterizado por uma unidade. Ao contrário, vários eram os grupos existentes, cada qual dando enfoque a determinado aspecto da doutrina, o que demonstrava que a tríade proposta por Kardec para pensar o espiritismo como ciência-filosofia-religião longe de significar a síntese de campos díspares serviu antes como meio através do qual seus seguidores puderam moldar não um, mas vários espiritismos situados em campos de disputa que eram tanto internos quanto externos aos grupos que se formavam. Contra as correntes *religiosas* ou *místicas*, havia o embate ferrenho da Igreja Católica a taxar os espíritas de hereges e blasfemadores, ao passo que contra os *científicos*, era a ciência que se manifestava, sobretudo, na

figura de médicos e psiquiatras, sendo que estes últimos se voltaram ainda mais contra os *místicos* devido à especificidade terapêutica de suas práticas. Além disso, as categorias criadas não davam conta da prática daqueles que se denominavam espíritas ou que buscavam conhecer o espiritismo, já que uma mesma pessoa poderia frequentar diferentes grupos.

Em meio a essas disputas por definição ocorrem várias tentativas de organização e institucionalização da doutrina. Entre os meios e instrumentos utilizados nesse processo Arribas (2008) cita os diversos jornais, revistas, diários, boletins, informativos, congressos, livros, agremiações e sociedades que se formaram no país no processo de consolidação do espiritismo no Brasil, considerando as disputas envolvendo a pluralidade de termos e práticas da doutrina. Assim, em 1881 é feita a primeira tentativa de unificar o movimento através da criação do Centro da União Espírita do Brasil que ocorreu durante o 1º Congresso Espírita Brasileiro, no Rio de Janeiro. No entanto, o projeto tem vida curta devido às desavenças dentro do grupo entre os *místicos/religiosos*, e os *científicos*. Anos depois, nova tentativa é feita na intenção de criar uma instituição que congregue os espíritas brasileiros e que não seja nem *mística* nem *científica*, mas “neutra” (Damazio, 1994; Arribas, 2008). Nasce então a Federação Espírita Brasileira (FEB) em 1º de janeiro de 1884. A princípio, a nova organização consegue agregar as diversas correntes, porém com o passar dos anos novamente a querela entre os ditos *religiosos*, maioria na FEB, e os *científicos*, torna a causar rupturas. No entanto, a instituição não sofre os mesmos abalos que sua predecessora e consegue se manter até os dias atuais, o que não significa que tenha conseguido unificar os espíritas brasileiros, mas sim manter-se enquanto um órgão representativo do espiritismo enquanto uma religião oficialmente reconhecida. Sua autoridade, no entanto, não é reconhecida por todos aqueles que se auto-identificam enquanto espíritas no Brasil.

Ao longo de sua existência, a FEB buscou desenvolver os meios de conformar o espiritismo brasileiro determinando normas e condutas que os centros filiados a ela deveriam seguir (Giumbelli, 1997a). Para que um centro seja filiado à FEB é necessário observar algumas normas, sobretudo no que diz respeito aos modos de divulgação da doutrina espírita e de organização das atividades dirigidas a sua clientela, especialmente em relação às práticas terapêuticas. Os centros espíritas que não concordam ou não pretendem se adequar às normas da FEB não

se filiam à instituição e buscam associar-se a outras federações espíritas existentes que, no entanto, geralmente não gozam do mesmo prestígio político-social da FEB.

Ao lado das disputas internas dentro dos grupos espíritas, a formação do espiritismo no Brasil também foi marcada pelas relações de aproximação e distanciamento com outras confissões religiosas, como o catolicismo e as religiões de matriz africana, especialmente a umbanda. É a partir dessas relações que diversos autores irão analisar o espiritismo no Brasil e como o seu desenvolvimento no país está marcado pelas questões político-sociais que afetam a construção da religiosidade brasileira.

Apesar dos confrontos históricos com a Igreja Católica, os espíritas brasileiros se aproximaram do catolicismo ao adotar alguns dos seus símbolos como a referência à Virgem Maria presente em alguns grupos. As correntes *místicas/religiosas* teriam sido as responsáveis por aproximar o espiritismo de símbolos e valores católicos ao ter como foco a mensagem religiosa e evangelizadora da doutrina. Segundo Stoll (2003), a figura do médium Chico Xavier foi emblemática para o fortalecimento da aproximação entre espiritismo e catolicismo no Brasil, antes já realizada de alguma forma por Bezerra de Menezes que tinha grande devoção pela Virgem Maria. No entanto, é com Chico Xavier que de certa forma são personificados dentro do espiritismo valores centrais do catolicismo a partir de um modelo de virtudes calcados na renúncia, obediência e sacrifício que sua trajetória espírita apresenta³³. Desta forma, a autora afirma que no Brasil o espiritismo conseguiu se consolidar, ao contrário do que ocorre na França, seu país de origem, justamente porque aqui não se tentou “construir uma espiritualidade radicalmente diferente daquela corrente na sociedade brasileira”

³³ O contato de Chico Xavier com os espíritos iniciou-se quando ele ainda era criança. Filho de caixeiro viajante e órfão de mãe, foi criado por uma madrinha que o agredia recorrentemente. De família pobre, começou a trabalhar muito jovem dedicando pouco tempo aos estudos, porém conseguiu tornar-se funcionário público. Nunca se casou. Ao conhecer o espiritismo Chico Xavier encontrou a explicação para as aparições e vozes que o cercavam desde a infância. Desenvolveu, sobretudo, a capacidade da psicografia e com o auxílio dos espíritos tornou-se autor de mais de 400 livros. Ele nunca cobrou pelos atendimentos espirituais que prestava e os direitos autorais de seus livros são até hoje doados a instituições de caridade que ele criou. Chico morreu em 2002 e em 2010 foi lançado no Brasil “Chico Xavier – o filme” que conta a história do mais popular médium brasileiro. Só no primeiro fim de semana o filme foi assistido por quase 600 mil pessoas e tornou-se a maior bilheteria do cinema brasileiro desde 1995. Para uma análise sobre a trajetória espírita de Chico Xavier ver Stoll (2003) e Lewgoy (2004c).

permitindo assim a expressão de um “estilo brasileiro” de ser espírita centrado na noção católica de santidade que seria um dos valores fundantes da “cultura religiosa nacional” (idem: 196).

Para Stoll, o modelo “hegemônico do espiritismo brasileiro” seria esse pautado na relação com o catolicismo. No entanto, é preciso ter em mente as relações que o espiritismo manteve e mantém com outras religiões no Brasil. É curioso que apesar da “hegemonia” do modelo espírita-católico defendido por Stoll, é com as religiões afro-brasileiras que o espiritismo é mais correntemente identificado. Boa parte dos meus interlocutores disse que em um primeiro momento relutaram em buscar um tratamento espírita por achar que se tratava de “coisa de macumba, de terreiro”. (Se lembrarmos a citação de Cavalcanti em páginas anteriores veremos que a umbanda seria a religião que mais frequentemente seria “confundida” ou “comparada” ao espiritismo, dificultando a análise “de suas particularidades”).

As relações de aproximação e distanciamento entre umbanda e espiritismo estiveram no cerne da formação e consolidação das duas religiões no país como demonstram os trabalhos de Camargo (1961), Bastide (1967, 1985), Giumbelli (1997a, 1997b, 2003), Ortiz (2005) entre outros. Assim como o espiritismo, a umbanda é uma religião mediúmica na qual o reconhecimento de uma relação entre o mundo dos espíritos e o dos humanos é marcada por fenômenos de incorporação, ainda que essa prática se dê de modos bastante diferenciados entre uma religião e outra. Sem pretender esmiuçar a análise de cada autor acima citado, o que pretendo reter de seus trabalhos é novamente o modo tensionado através do qual o termo espiritismo foi apreendido pelos praticantes das religiões mediúnicas brasileiras e de que modo esse tensionamento foi analisado dentro das ciências sociais.

O trabalho de Camargo (1961) é certamente um dos primeiros a dar conta de uma análise socioantropológica do espiritismo na sua relação com a umbanda. O autor propõe o conceito de “*continuum* mediúnico” para construir sua análise que parte do princípio de que há no Brasil uma continuidade de relações entre as religiões ditas mediúnicas, notadamente a umbanda e o kardecismo. Ambas seriam religiões espíritas. Na análise de Camargo, o termo kardecismo aparece como meio de definir um dos polos desse *continuum* caracterizado por ele como menos sincretizado que o polo oposto representado pela umbanda.

Apesar de afirmar que kardecismo e umbanda seriam duas

religiões distintas, Camargo busca em seu trabalho evidenciar de que modo as duas se interpenetram em termos doutrinários e da prática dos adeptos e, sobretudo, apontar para as modalidades intermediárias que se organizam combinando “de incontáveis maneiras as soluções ritualísticas e doutrinárias dos extremos” (1961: XII). Ou seja, num polo desse *continuum* estaria o kardecismo, no outro a umbanda e no meio dos dois uma série de combinações que produziriam um gradiente de práticas espíritas. Alguns dos pontos comuns nesse *continuum*, além da mediunidade, seriam suas funções terapêuticas e o ajustamento social proporcionado por tais religiões mediúnicas considerando o contexto de urbanização da época que, segundo o autor, tinha como reflexo mudanças dramáticas das relações sociais antes rurais e baseadas na patronagem e agora fragmentadas e impessoais no cenário urbano. Assim, uma das características concretas do *continuum* mais bem sucedidas seria sua função de integração e adaptação a esse meio urbano crescente através da formação de novos laços sociais que se propagavam através da religião.

O argumento sociológico-funcionalista de Camargo para compreensão do fenômeno espírita urbano no Brasil é criticado nos trabalhos de Roger Bastide (1967, 1985) e Renato Ortiz (2005). Bastide afirma que a ideia de continuidade entre as duas religiões tomando seus pontos de contato não se sustenta quando consideradas as diferenciações rituais e cosmológicas, sobretudo na questão do transe mediúnicos que se apresenta de formas distintas em uma e outra religião, sendo o transe kardecista centrado na fala, no sermão e na análise da relação entre famílias, o que aproximaria a vertente espírita kardecista da psicanálise freudiana, ao passo que o transe umbandista seria centrado no gesto e nas manifestações motoras estando mais próximo de um teatro onde se encenaria uma “mitologia popular” através de personagens como o preto-velho (paciente, caridoso), o caboclo (guerreiro, valente) e o Exu (a maldade, a maledicência). (Bastide, 1967: 15).

Ortiz (2005) retoma parte da argumentação de Bastide ao analisar a formação da umbanda no Brasil, sobretudo no que diz respeito à reprodução das diferenças de classe através da religião e a crítica à ideia do *continuum* mediúnicos. Pensando os aspectos raciais da formação religiosa brasileira, Ortiz destaca a ideia de que haveria na construção da umbanda uma tentativa de *embranquecimento* das tradições afro-brasileiras ao mesmo passo que um *empretecimento* das

práticas espíritas kardecistas nesse processo. Esses movimentos simultâneos se dariam em função da posição desprivilegiada do negro na sociedade brasileira que se via obrigado a aceitar os valores impostos pelo mundo branco ao mesmo tempo em que uma classe branca espírita se move para aceitação do “fato social negro” nessa mesma sociedade. No entanto, Ortiz recusa a ideia de fusão harmônica das raças de Gilberto Freyre afirmando que tanto o embranquecimento quanto o empretecimento ocorrem de acordo com os valores dominantes e pertinentes da cultura branca. *A morte branca do feiticeiro negro*, título de sua obra, é emblemático da ideia de que nessa luta social que se desenvolve no espaço religioso, o negro sucumbe aos valores do branco e as tradições africanas são cristianizadas para poderem ser aceitas por uma sociedade dominada por uma elite que se pretendia europeia, de modo que não haveria um *continuum* tal como apontado por Camargo, mas a gradual absorção de um modelo espírita mais reconhecido e legitimado socialmente.

Neste sentido, podemos fazer um retorno a Bastide e observar como essa luta de classes com base racial é representada por esse autor a partir do espiritismo. Bastide atribui a existência de “vários espiritismos” no Brasil (que não necessariamente formam um *continuum*) à luta de classes que se opera na sociedade brasileira, identificando assim três tipos de espiritismo: a) o espiritismo dos intelectuais, médicos, engenheiros e acadêmicos que seria “um primeiro espiritismo” e se pretende científico; b) um segundo espiritismo seria aquele mais espalhado e centrado na pregação do Evangelho (portanto, mais focado, segundo o autor, no aspecto religioso da doutrina) e, embora aberto a todos, seria frequentado pelas classes médias brancas e teria a função terapêutica mais acentuada; e, por fim c) o espiritismo de umbanda, aquele praticado pelos negros cuja função sociológica seria “tranquilizar o homem de cor sobre seu próprio valor, mostrando-lhe que ele não está abaixo da cultura ocidental, que não é um ‘primitivo’, um ‘semi-civilizado’, mas pensa e sente exatamente como os demais membros da sociedade brasileira” (Bastide, 1985: 435). No entanto, Bastide diz que os brancos não se deixaram enganar por esse terceiro e último extrato do espiritismo e por isso o rotularam com o termo pejorativo de “baixo espiritismo”.

A categoria “baixo espiritismo” é forjada no início do século XX no Brasil para classificar e rotular um conjunto de práticas religiosas a fim de diferenciá-las do que passa a ser nomeado como o “verdadeiro”

ou o “autêntico” espiritismo, aquele praticado por uma classe média branca letrada, baseado nos princípios da codificação de Allan Kardec, pautado no cristianismo e na ciência, estando, portanto, livre das práticas mágicas dos cultos de influência africana, segundo seus adeptos. No cerne desta distinção estavam as práticas terapêuticas que foram durante as primeiras décadas de expansão da doutrina espírita no Brasil o ponto central utilizado pelos opositores do espiritismo para deslegitimá-lo ao classificar algumas de suas práticas como exercício ilegal da medicina e recorrentemente associá-las aos cultos das práticas religiosas de matriz africana. Aqueles que se consideravam os “verdadeiros” espíritas seguidores da doutrina codificada por Kardec buscaram distanciar-se dessas associações, alegando o caráter caritativo e científico (e não mágico) de suas práticas e para isso também se utilizaram do termo “baixo (ou falso) espiritismo” como forma de demarcar sua distinção.

Assim, a construção da categoria “baixo espiritismo” envolve a imposição de fronteiras entre diferentes grupos religiosos, e aponta para um processo de condenação e legitimação das práticas terapêuticas espíritas no Brasil que envolveu religiosos, médicos, juristas e o Estado (cf. Giumbelli, 1997a; 2003). A expressão “baixo espiritismo” passa a ser usada e reconhecida tanto pelo aparato policial do Estado quanto pelos próprios religiosos, sobretudo através da Federação Espírita Brasileira, para criar modos de distinção entre o que seria o “verdadeiro” e o “falso” espiritismo e dessa forma legitimar e deslegitimar certos grupos e práticas, demonstrado como essa oposição entre práticas falsa e verdadeiramente espíritas “foi construída em conjunto por agentes religiosos e abordagens jornalísticas e como essa oposição se cristaliza na ação repressiva policial, feita ela mesma através da interação com grupos espíritas” (2003: 247).

Giumbelli nos mostra como o termo “baixo espiritismo” passa a ser utilizado não só por juristas, médicos e imprensa, mas também aparece como categoria religiosa entre os próprios grupos nos processos de disputa por legitimidade política e social, bem como na literatura socioantropológica da época, a exemplo dos trabalhos de Bastide. Sua análise nos mostra:

“...como esse reconhecimento compartilhado está na base de um duplo processo: por um lado, a afirmação do papel dos aparatos policiais como agente privilegiado, até a década de 40, da definição do que seja “religião” quando se trata de práticas mediúnicas; por

outro, a reconfiguração do quadro de atividades da Federação Espírita Brasileira e a consolidação de sua atribuição normativa diante de outros grupos identificados com o espiritismo” (idem: 250-1)

A ação normativa sobre o espiritismo que se desenvolve neste período não apenas através da repressão policial, mas também através da FEB, recai principalmente sobre as práticas curativo-terapêuticas espíritas. Assim, a FEB gradualmente vai se distanciando de certas práticas tidas como próprias do domínio da medicina, como veremos mais detalhadamente adiante, a exemplo do receituário mediúnico³⁴ com a distribuição de medicação homeopática, restringindo-se aos processos espirituais de cura, como os passes e desobsessões e, assim, buscam legitimar o “verdadeiro” espiritismo enquanto prática pautada na caridade assistencial e na doutrinação espiritual/religiosa, distanciando-se de qualquer tipo de associação com os ritos mágicos de cura provenientes das religiões de matriz africana assim como de qualquer associação com a prática do curandeirismo.

Não por acaso, em 1949, a FEB realiza uma conferência onde são determinadas as normas que pretendiam unificar as práticas do ensino da doutrina espírita e das técnicas mediúnicas e define um Conselho Federativo Nacional que teria o direito de eliminar todo grupo que “alterasse os objetivos elevados da orientação espírita” (Aubrée e Laplantine, 2009). Essa reunião, conhecida como Pacto Áureo, ocorre justamente no período que envolve o processo de legitimação da umbanda e busca reforçar as fronteiras entre as duas religiões mediúnicas no Brasil.

Os centros filiados à FEB seguem uma série de prescrições quanto ao modo como a doutrina espírita deve ser interpretada e seguida bem como ao trabalho terapêutico espiritual a ser desenvolvido³⁵. Se na primeira metade do século XX isso significou o distanciamento gradativo do receituário mediúnico e a exclusão/negação das entidades relacionadas à umbanda, hoje a restrição terapêutica imposta aos centros

³⁴ Prática através da qual um médium receita medicamentos através da orientação dada pelos espíritos.

³⁵ Ver, por exemplo, o texto “Organização e funcionamento da reunião mediúnica espírita”, publicado pela FEB em 2008. O documento dá uma série de diretrizes e normas de como as reuniões mediúnicas devem ser conduzidas nos centros ligados à Federação. Disponível em <http://www.fergs.org.br/portal/blog/2010/11/18/organizacao-e-funcionamento-das-reunioes-mediunicas>. (acessado em 25/01/2011).

“federados” ou “adesos”³⁶ (Madureira, 2010) se lança sobre práticas das chamadas terapias alternativas e complementares. Não discutirei agora o uso desses termos, pois isso será abordado no capítulo III. Por hora o que nos interessa saber é como o conjunto dessas práticas que passam a ser relacionadas a um campo religioso/espiritual em expansão na contemporaneidade, denominado genericamente de “Nova Era” (Maluf 1996, 2003, 2005; D’Andrea 2000; Camurça 2003) afetaram o movimento espírita brasileiro.

D’Andrea (2000: 126) cita um evento ocorrido em um centro espírita da zona sul do Rio de Janeiro, que depois de seis anos fazendo uso da cromoterapia³⁷ junto a sua clientela recebe orientação do seu presidente para suspender essa atividade. A restrição ao uso da técnica se ancorava no fato da cromoterapia não ser uma “prática espírita” e sim “uma prática esotérica”, sendo seu uso em centros espíritas desaconselhado pelo “órgão central coordenador do movimento espírita nacional”, no caso a FEB. Assim, a cromoterapia não deveria ser considerada como aspecto científico do espiritismo, pois nada tem a ver com a doutrina codificada por Kardec. Em 2009, quando participei do MEDNESP (Congresso da Associação Médico-Espírita do Brasil), presenciei uma situação semelhante quando um pediatra, logo após sua palestra sobre os aspectos espirituais relacionados ao Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), foi questionado por alguém da plateia sobre as crianças índigo e cristal³⁸. Com um sorriso, o médico disse já esperar por uma pergunta dessas, mas que ele não iria responder, pois “eu não trato de teorias que não estão na codificação de Kardec”.

Apesar de serem situações um tanto distintas, pois uma diz respeito à aplicação de um tratamento considerado terapêutico e outra está mais relacionada às teorias reencarnacionistas, ambas são

³⁶ No meu campo o termo comumente utilizado para falar dos centros ligados à FEB era “federado”. Já Madureira (2010) utiliza o termo “adeso” para caracterizar tais centros espíritas.

³⁷ Técnica terapêutica que se utiliza de luzes e cores no tratamento de doenças.

³⁸ As teorias que tratam dos conceitos de crianças índigo e cristal explicam que várias crianças identificadas na literatura médica-psicológica como hiperativas ou com transtornos de comportamento na verdade são reencarnações de espíritos muito evoluídos que possuem uma importante missão na Terra. Por estarem à frente das crianças de seu tempo elas teriam problemas de adaptação e adequação às normas vigentes instituídas em seu meio social, sendo quase sempre crianças questionadoras, rebeldes e críticas. Esses espíritos estariam reencarnando em massa há uns 20 anos, o que explica toda uma nova geração de jovens com comportamento tido como “problemático”, mas que na verdade são espíritos de esferas mais adiantadas que não se adequam às limitações da Terra.

simptomáticas dos tensionamentos contemporâneos pelos quais o espiritismo tem passado no Brasil ao se deparar com o advento das terapêuticas e religiosidades da Nova Era. Com a difusão desses elementos na contemporaneidade, que estão presentes majoritariamente entre as classes médias dos grandes centros urbanos (Maluf 1996, 2003, 2005; Magnani, 1999; D'Andrea, 2000) coloca-se o desafio ao espiritismo tal como preconizado pela ortodoxia institucional da FEB em novamente estar demarcando suas fronteiras.

D'Andrea (2000) irá usar o termo *nova-erização* para tratar das relações que passam a ser travadas entre adeptos do espiritismo e elementos da Nova Era, colocando novamente em evidência a disputa em torno dos termos espírita e espiritismo e de suas práticas³⁹. Para ele, do mesmo modo que historicamente se desenvolveu a “umbandização” do espiritismo através de uma classe média intelectualizada que questionava as orientações doutrinárias da FEB, contemporaneamente essa umbandização permanece e a ela vem se somar as práticas do universo *New Age*, valorizadas por camadas médias urbanas identificadas com as culturas pós-psicanalíticas e pós-espíritas da modernidade que questionam qualquer dogmatismo religioso e tradicionalista, valorizando os componentes reflexivos e psicológicos das práticas espirituais. Assim, para D'Andrea a ortodoxia da FEB acaba provocando a ruptura de muitos adeptos com o espiritismo institucionalizado ou favorecendo a adesão múltipla a outros sistemas religiosos/espirituais que oferecem um leque variado de práticas terapêutico-espirituais.

No entanto, não se pode dizer que essa ruptura signifique o abandono ou negação do espiritismo de orientação mais acentuadamente kardecista. O que ocorre mais frequentemente é um questionamento da autoridade institucional da FEB, muitas vezes apoiando-se nos próprios argumentos espíritas para validar a absorção de novos direcionamentos para a doutrina, já que o próprio Kardec teria afirmado que o espiritismo deveria ser visto como um processo de investigação em constante

³⁹ Stoll (2003) cita o termo “Espiritismo da Nova Era” usado pelo médium Luiz Gasparetto, conhecido internacionalmente por suas pinturas mediúnicas feitas sobre inspiração de pintores famosos como Monet e Toulouse-Lautrec. Apesar dessas conceituações relacionando Nova Era e espiritismo, é preciso ter em mente que a adoção de práticas e elementos reconhecidos como *new agers* por agentes do movimento espírita não necessariamente significa uma adoção dos valores e cosmologias particulares que regem esse universo. Na maioria das vezes o que é possível observar são releituras desses elementos quando de sua introdução nas práticas dos grupos espíritas.

evolução sendo, portanto, passível de acomodar mudanças na sua estrutura doutrinária e em suas práticas⁴⁰. Assim, para muitos dos questionadores do modo normativo e conservador imposto pela FEB à prática da doutrina espírita, qualquer tradicionalismo está em desacordo com as orientações kardequianas e com a orientação científica da doutrina, já que a ciência se modifica ao passo que o espiritismo proposto pela FEB “parou no tempo”. Para alguns espíritas para ser “realmente fiel a Kardec é preciso contradizer Kardec⁴¹” numa alusão à ideia de progresso científico que qualquer dogmatização colocaria em cheque.

No Brasil, essa perspectiva científica a qual se propõe o espiritismo esteve historicamente relacionada às práticas terapêuticas da doutrina que aqui se desenvolveram intensamente, de modo que além das diversas concepções religiosas que fizeram parte da conformação do espiritismo no Brasil, a medicina e outros ramos do campo da saúde também tiveram, e continuam a ter, forte participação no modo como o movimento espírita tem sido constituído no país.

Espiritismo e Saúde no Brasil

Segundo Aubrée e Laplantine (2009) seria apenas no Brasil que uma feição terapêutica do espiritismo se desenvolveu, já que a codificação de Allan Kardec dava uma explicação muito global e resumida da doença assim como oferecia poucos recursos aos médiuns para desenvolver atividades realmente terapêuticas. As doenças, especialmente as crônicas e degenerativas, poderiam ser vistas também como parte do carma individual não sendo, portanto, passíveis de serem curadas. Essa concepção da doença poderia ser um dos motivos pelos quais a terapia espírita pouco se desenvolveu na França, por exemplo. No Brasil, ao contrário, a vertente terapêutica do espiritismo aparece já nas primeiras fases de seu desenvolvimento no país e em parte está relacionada ao pressuposto da misericórdia e do perdão divinos

⁴⁰ Uma passagem aludida sobre essa questão está no livro *A Gênese*: “Caminhando de par com o progresso, o Espiritismo jamais será ultrapassado, porque, se novas descobertas lhe demonstrassem estar em erro acerca de um ponto qualquer, ele se modificaria nesse ponto. Se uma verdade nova se revelar, ele a aceitará” (Kardec, 2007: 52).

⁴¹ Fala proferida por um psiquiatra espírita durante uma oficina sobre preparação de projetos de pesquisa sobre temáticas ligada à espiritualidade apresentada no MEDNESP 2009.

herdados do catolicismo.

No entanto, devemos reconhecer que essa feição terapêutica não é exclusiva do espiritismo brasileiro. Em Porto Rico esse mesmo caráter terapêutico do espiritismo se apresenta de forma contundente como nos mostram as pesquisas de Koss-Chinoio (2005), Rivera (2005) e Schmidt (2009)⁴². Também em Buenos Aires, Algranti (2007) apontou para as teorias etiológicas e as práticas terapêuticas desenvolvidas na Escuela Científico Basilio, instituição espírita fundada por um casal de franceses que migraram para Buenos Aires em finais do século XIX (ver também Ludueña, 2009). Assim, talvez o que diferencie a terapêutica espírita no Brasil seja o seu considerável reconhecimento público, social e político como discutido por autores como Giumbelli (1997a) e Aubrée e Laplantine (2009)⁴³.

O espiritismo, tal como formulado por Kardec, considera que o ser humano é formado por uma tríplice dimensão que envolve o corpo físico (material e transitório), o espírito (fluídico e imortal) e o perispírito, corpo situado a meio caminho entre o corpo material e o espiritual e responsável pela união e equilíbrio de ambos. O perispírito seria o intermediário através do qual o “espírito transmite sua vontade ao exterior e age sobre os órgãos” (Kardec, 1994: 63). Quando não há um equilíbrio perfeito entre essas três dimensões do ser, abre-se espaço para as doenças que podem ser: a) fruto de ações do sujeito praticadas na vida atual que comprometeram o equilíbrio entre corpo, mente e espírito; b) perturbações provocadas por espíritos desencarnados que, motivados por dívidas cármicas, agem sobre os encarnados provocando desequilíbrios de ordem espiritual e mental que podem levar às doenças físicas, já que na concepção espiritual do ser humano essas dimensões estão conectadas. Estas perturbações são denominadas de *obsessão*; e c)

⁴² Como no Brasil, em Porto Rico o espiritismo toma diversas direções, ou variações, como insiste Schmidt, por exemplo, que recusa o termo sincretismo argumentando, assim como Evans-Pritchard, que religião é aquilo que as pessoas fazem. Deste modo, o espiritismo em Porto Rico “não é um sistema secundário de elementos de diferentes origens que são misturados, mas um sistema de crenças praticado por milhões de pessoas todos os dias” (Schmidt, 2009: 182). No espiritismo porto-riquenho santos católicos, entidades das religiões de origem africana e os ensinamentos de Allan Kardec aparecem reunidos em práticas, sobretudo, terapêuticas, mas também em discursos sobre a identidade porto-riquenha e na produção de alguns artistas imigrantes que encontram na imagética espírita de Porto Rico (que pela descrição de Schmidt nos parece mais próxima da umbanda) inspiração para suas obras.

⁴³ Em comunicação pessoal, a pesquisadora Bettina Schmidt disse que embora o espiritismo seja largamente difundido e reconhecido enquanto uma prática religiosa e terapêutica em Porto Rico, não goza do alto nível de institucionalização observado no Brasil.

as doenças cármicas provenientes da escolha do próprio espírito quando de sua reencarnação e que teriam por propósito redimir faltas graves cometidas em uma encarnação anterior.

Assim, as doenças no espiritismo aparecem como resultado de ações do sujeito praticadas na vida atual ou passada. No primeiro caso, as ações comprometedoras da saúde moral e física podem envolver vícios, pensamentos, hábitos alimentares, comportamentos desviantes. Mesmo no caso da obsessão, os espíritos obsessores não são os únicos responsabilizados pelo mal-estar. Os obsedados também tem sua parcela de responsabilidade nessa relação, além da responsabilidade cármica, pois a abertura para os obsessores pode se dar também por atitudes e comportamentos inadequados (de acordo com a moral espírita) do obsedado. Assim, espíritos considerados “inferiores” podem se aproximar de uma pessoa e obsedá-la por ter com ela sentimentos de afinidade⁴⁴.

A descrição dessa etiologia espírita deve ser tomada enquanto base sobre a qual se desenvolvem muitas outras concepções e modelos envolvendo saúde-doença. Sua menção aqui, assim como a referência a seguir sobre os tratamentos espíritas, não deve ser tomada enquanto um modelo padrão e homogêneo ao qual se submetem as práticas terapêuticas espíritas, pois como veremos, elas se ancoram em outros paradigmas, além da codificação.

Quanto às formas de tratamento capazes de proporcionar curas, a obra kardequiana menciona o passe ou a imposição de mãos e a prece, e em parte analisa as propriedades terapêuticas dessas práticas a partir da teoria do magnetismo animal desenvolvida no século XVIII por Mesmer⁴⁵. A ação magnética poderia ser, segundo Kardec (2007: 318-9),

⁴⁴ Deste modo, a moralidade do encarnado está diretamente ligada à moralidade dos espíritos que ele pode atrair para junto de si.

⁴⁵ Franz Anton Mesmer, médico austríaco que viveu de 1734 a 1815, foi o criador da teoria do “magnetismo animal” conhecida também pelo nome de mesmerismo. Em 1775, após experiências suas, Mesmer acreditou que podia curar mediante a imposição de suas mãos. Afirmava que delas desprendia um fluido que alcançava o doente; praticou durante anos o seu método de tratamento em Viena e em Paris. Na obra de Kardec, especialmente no *Livro dos Médiuns*, há uma série de menções ao magnetismo ou fluido magnético, porém Kardec não via as manifestações espíritas apenas como efeitos físicos provocados pelo magnetismo animal, mas sim como fenômenos que envolviam tanto a capacidade magnetizadora dos humanos quanto a interferência dos espíritos. Em artigo publicado na Revista Espírita ele diz: “O Espiritismo liga-se ao magnetismo por laços íntimos, considerando-se que essas duas ciências são solidárias entre si. Os espíritos sempre preconizaram o magnetismo, quer como meio de cura, quer como causa primeira de uma porção de coisas; defendem a sua causa e vêm prestar-

realizada por magnetizadores humanos que se utilizam de seu próprio campo de energia, por espíritos diretamente sobre os encarnados (o que ocorre nos tratamentos à distância) e ainda pode ser transmitida de um espírito para um encarnado que serve de veículo para retransmitir as vibrações curativas a terceiros, o que Kardec denominou de *magnetismo misto* ou *humano-espiritual*. A cura instantânea pela imposição de mãos é mencionada como algo presente na história da humanidade, mas seria uma forma excepcional e mais rara, restrita a poucas pessoas e também explicada pelo magnetismo, e não pela ideia de milagre.

Os primeiros espíritas brasileiros ampliaram o escopo terapêutico da doutrina desenvolvendo intensamente práticas que estavam previstas de forma dispersa na obra de Kardec. Uma das mais importantes seria a *desobsessão*, técnica na qual um médium incorpora o espírito obsessor e outro médium buscar doutrinar este espírito através de uma conversa na qual os valores cristãos do perdão e do amor ao próximo, por exemplo, vão ser utilizados como argumentos para persuadir o obsessor a desistir da sua vingança. Além da *desobsessão*, os primeiros espíritas brasileiros também desenvolveram o *receituário mediúnico* através do qual um médium instruído pelo espírito, geralmente de um médico, receitava medicamentos na maioria das vezes homeopáticos e, eventualmente, também alopáticos. Esses médiuns são conhecidos como médiuns receitistas, sendo “sua especialidade servir mais facilmente de intérprete dos Espíritos para as prescrições médicas” (Kardec, 1994: 215). Assim, ao lado da desobsessão e dos passes, a prescrição de remédios homeopáticos foi um dos carros-chefes da terapêutica espírita no início de sua expansão pelo Brasil ao ponto de fazer com que a homeopatia fosse durante muito tempo considerada uma atividade médica relacionada ao espiritismo (Warren, 1986).

No entanto, a homeopatia se desenvolve na Europa no início do século XIX e chega ao Brasil ainda nos anos 1840, muito antes da codificação de Kardec. A homeopatia está baseada no conceito de vitalismo muito difundido em finais do século XVIII e início do XIX que postulava a existência de uma força ou impulso vital sem a qual a vida não poderia ser explicada. Luz (1988, 1996), no entanto, fala em *vitalismo homeopático* para distingui-lo das diversas correntes vitalistas contemporâneas de Samuel Hahnemann (mesmerismo, magnetismo,

lhe apoio contra os seus inimigos” (Revista Espírita – Ano 1, 1858, pág. 421). Os inimigos a quem alude são físicos e demais cientistas de sua época que não tinham em conta as teorias de Mesmer sobre o magnetismo animal.

geração espontânea), o criador da homeopatia, principalmente as que tratavam da “geração espontânea da vida” ligadas à fisiologia clássica. O vitalismo homeopático, por sua vez, trata do equilíbrio da “força vital” do indivíduo, força de natureza imaterial que quando em desarmonia leva aos estados patológicos. Neste caso, a doença deixa de ser o foco de especulação e a atenção volta-se para o sujeito que deve ter sua força vital reestabelecida para que se processe a autocura, já que o adoecer é visto como um *processo vital* do indivíduo no sentido de equilibrar-se como totalidade biopsíquica⁴⁶ (Luz, 1988).

Essas características da teoria homeopática baseadas em princípios não materiais, mas energéticos e imateriais, teriam proporcionado uma boa aceitação da medicina homeopática pelos espíritas brasileiros que passaram a considerá-la como a única forma de *medicina espiritualista*. Pesquisadores como Luz (1988, 1996) e Warren (1984, 1986), no entanto, abordam essa relação entre espiritismo e homeopatia no Brasil realizando um esforço em separar uma coisa da outra. Warren (1986: 88) afirma que o aspecto científico da homeopatia foi obscurecido no Brasil graças aos primeiros homeopatas que aqui se instalaram a partir de meados do século XIX e conferiram “tal mística aos remédios homeopáticos” que até 1970 o que prevaleceu no país foi “uma forma espiritualizada de homeopatia”. Warren atribui essa mistificação ao que denomina de *espiritualismo reflexivo* dos brasileiros, ou seja, uma “disposição inata” para explicar e interpretar sua sorte a partir de um universo no qual a relação com os espíritos, fantasmas e almas penadas seria uma constante para os contemporâneos dos primeiros divulgadores da homeopatia que souberam aproveitar esse “traço” de nossa “cultura”. Essa “mística” teria sido grandemente reforçada pela absorção irrestrita da homeopatia pelo movimento espírita que a introduziu como forma de tratamento em seus centros através o receituário mediúnico. Essa prática se desenvolve, sobretudo, a partir da fundação da FEB e tem em Bezerra de Menezes um de seus principais entusiastas⁴⁷.

⁴⁶ Esta seria uma explicação muito resumida e parcial de apenas um dos princípios da homeopatia. Para uma análise social da homeopatia enquanto sistema médico ver Luz (1996).

⁴⁷ A conversão de Bezerra de Menezes ao espiritismo está diretamente relacionada à homeopatia. Apesar de um interesse prévio na doutrina despertado pela leitura do *Livro dos Espíritos*, Bezerra só formaliza sua adesão ao espiritismo depois de ser curado de fortes dores no estômago, através de um tratamento espírita homeopático. Bezerra seria um dos fundadores da FEB, sendo um dos principais presidentes da instituição até o ano da sua morte em 1900. Durante sua atuação na FEB, a prática do receituário mediúnico foi largamente difundida,

Já Luz coloca ênfase no fato de que a homeopatia se desenvolve e chega ao Brasil bem antes do lançamento e divulgação da obra de Allan Kardec na França, não sendo, portanto, um sistema médico derivado do espiritismo, o qual ela denomina em determinado momento de “seita” (Luz, 1996: 95). No entanto, os dois autores reconhecem que no desenvolvimento da homeopatia no Brasil surgiram diversas correntes de praticantes, umas reivindicando o caráter científico da medicina homeopática e buscando afastá-la de qualquer “misticismo espírita” e outras de cunho abertamente espiritualista, de modo que não haveria um consenso ou unidade teórica entre seus praticantes. Assim, a despeito das distâncias e afastamentos entre espiritismo e homeopatia, o modo como ambos se desenvolveram no Brasil foi marcado tanto por disputas internas para definição de seus termos quanto por embates com a medicina alopática.

Até 1942 o código penal brasileiro associava a prática do espiritismo ao exercício ilegal da medicina quando esta se prestava a “inculcar a cura de moléstias curáveis ou incuráveis” e “aplicar ou prescrever substâncias com fins terapêuticos”. Como demonstra a análise de Giumbelli (1997a), o receituário mediúnico, largamente pautado na prescrição de remédios homeopáticos, perde gradualmente espaço dentro da FEB e dos centros a ela filiados a partir dos anos 1940 em parte em função das necessárias adequações que o espiritismo se viu obrigado a operar na sua relação com o Estado a fim de não sofrer sanções e acusações de prática ilegal da medicina.

Entretanto, Giumbelli também aponta para determinações internas dos grupos espíritas que levaram a uma atenuação gradual do uso do receituário mediúnico. Com o desenvolvimento mais ordenado de atividades de cunho doutrinário-espiritual como os conselhos pessoais, as visitas domiciliares e mesmo as desobsessões; o fortalecimento das atividades assistenciais com a criação de escolas, asilos e orfanatos e as formas mais institucionalizadas de prestação de serviços por profissionais de saúde como médicos e dentistas, a mediunidade receiptista perde terreno gradualmente dentro da FEB e dos centros a ela filiados:

“Colocadas frente a frente, essas modalidades produziam uma delimitação mais rigorosa entre as dimensões 'espirituais' e 'materiais' que não era absolutamente respeitada por algo como a 'mediunidade

receitista' exemplo paradigmático de prática informada por uma concepção 'espiritualizada da matéria' (o 'conselho mediúnico' para a doença do corpo) e a 'materialização do espírito' (a ação de um medicamento sobre 'fluidos' humanos). Deteriorada em suas franjas por um processo complexo e longo, a 'mediunidade receitista' finalmente sucumbiu quando atingida em seu centro pelas proibições penais e as exigências policiais” (Giumbelli, 1997a: 266).

O fato é que, enquanto existiu na FEB, o receituário mediúnico atendeu a milhares de pessoas apesar de alguns processos criminais por exercício ilegal da medicina. Apenas no ano de 1923, 394.495 pessoas passaram pelo serviço do receituário mediúnico da FEB (idem: 306). É preciso notar que a exclusão ou diminuição gradativa do receituário mediúnico na FEB não significou de forma alguma a extinção dessa prática terapêutica dentro do espiritismo brasileiro. O receituário mediúnico bem como a distribuição de medicamentos homeopáticos ainda pode ser observado em diversos centros espíritas espalhados pelo país⁴⁸, em muitos casos sendo conduzidas por médicos adeptos do espiritismo. Assim, a autoridade do espírito que receitava as medicações gradualmente vai ser somada ou substituída pela autoridade de um profissional (encarnado) da área de saúde.

Mais recentemente as práticas terapêuticas do espiritismo têm sido incrementadas com uma série de terapias oriundas das medicinas alternativas/complementares que trazem em seu escopo elementos advindos do universo da Nova Era. Recorrentemente, práticas como a cromoterapia, os florais, o reiki e o uso de cristais são incorporadas à terapêutica oferecida em muitos centros espíritas brasileiros. Nestes casos, os centros não podem ser filiados à FEB, pois como já vimos esta instituição não reconhece tais práticas como próprias da doutrina espírita, classificando-as como práticas “esotéricas”. No entanto, muitos entusiastas das terapias alternativas e complementares dentro do movimento espírita recorrem à bioenergética, à física quântica e até mesmo a documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) para justificar o uso “científico” dessas terapias em conjunção com as práticas terapêuticas convencionais do espiritismo. Deste modo, o

⁴⁸ Giumbelli (1997a: 267), por exemplo, traz dados de uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos da Religião (ISER) entre 1994 e 1995 com cem centros espíritas no estado do Rio de Janeiro na qual 10% dos grupos investigados declararam oferecer o receituário mediúnico. Na internet, um busca rápida pelo Google aponta para centenas de referências ao uso da mediunidade receitista e do receituário mediúnico presente em muitos centros espíritas.

espiritismo no Brasil continua tendo sua trajetória marcada pelo viés terapêutico que é utilizando tanto para demarcar como para alargar suas fronteiras. No decorrer de todo esse processo os médicos tem tido um papel fundamental, ora como perseguidores dos espíritas, ora como seus aliados na defesa de uma “medicina holística” que integre o corpo, a mente e o espírito.

Médicos e Médiuns: dos conflitos às alianças com a medicina

A relação entre médicos e espíritas deve ser pensada dentro de um contexto de demarcação e fortalecimento do próprio campo acadêmico da medicina no país durante o século XIX e início do século XX. A formação de médicos no Brasil se dá a partir de 1808 quando a família real portuguesa transfere-se para colônia fugindo das guerras napoleônicas. Antes disso, os poucos médicos que existiam no Brasil eram formados nas universidades da Europa e concorriam de perto com uma vasta gama de curadores populares tais como as benzedadeiras, os erveiros e os cirurgiões-barbeiros (Montero, 1985) e com os quais continuaram disputando espaço no tratamento das aflições geradas pela doença. Deste modo, vemos que essa relação não é recente nem inacabada, como já demonstraram exaustivamente os trabalhos de Giumbelli (1997a, 1997b, 2003), Isaia (2008a, 2008b, 2008c), Gama (1992), Jabert (2008) e outros.

O trabalho de Giumbelli é um dos marcos de análise dessa relação que investigou um processo histórico de condenação e legitimação do espiritismo através de uma análise minuciosa dos processos abertos na justiça por entidades médicas, jurídicas e policiais contra a prática espírita-terapêutica na cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 1890 e 1940. O autor nos mostra como os espíritas no Rio de Janeiro conseguem reverter esse quadro e tornar suas práticas legítimas aos olhos do Estado ao delimitar o alcance de suas terapias à aplicação dos passes e das desobsessões, afastando-se gradualmente da mediunidade receitista que tanto incomodava aos médicos, como já foi dito acima.

Outro pesquisador que analisou o conflito entre médicos e espíritas no Rio de Janeiro no início do século XX foi Claudio Gama (1992). Sua pesquisa deteve-se a uma vertente específica do espiritismo, o Racionalismo Cristão, e suas relações com determinados médicos

através da mídia impressa, sobretudo durante os anos 1930. O autor faz uma análise interessante ao mostrar que a perseguição aos espíritas realizada pelos médicos estimulou a produção de conhecimento nos dois campos, pois para deslegitimar a terapêutica espírita, os médicos construíram uma diversidade de denominações patológicas para os praticantes do espiritismo que nortearam várias teorias médicas, a maioria delas de natureza psiquiátrica. Ao mesmo tempo, os espíritas, para construir sua defesa frente às acusações de charlatanismo e curandeirismo, implementaram uma série de normas e regras para as suas práticas que os afastassem dessas acusações. Deste modo, “um saber médico se constrói a partir desses estudos, observações e discussões em relação a e com o espiritismo [e] o espiritismo também se reconstrói a partir do debate com a medicina” (Gama, 1992: 259). Para o historiador Artur Cesar Isaia (2008a) no início do século XX tanto a psiquiatria quanto o espiritismo viviam momentos semelhantes: ambos buscavam aceitação social, guiados pelo mesmo ideal moderno – o elogio da racionalidade.

No entanto, as ligações entre médicos e espíritas não foram feitas só de conflitos. As primeiras traduções da obra de Kardec no Brasil foram realizadas pelo médico Joaquim Carlos Travassos e, como já mencionado, o médico cearense Adolfo Bezerra de Menezes é até hoje um dos grandes ícones do espiritismo brasileiro, sendo considerado o “Kardec brasileiro”. Aliando sua formação acadêmica e sua confissão religiosa, Bezerra de Menezes publica em 1897 o livro *A loucura sob novo prisma* onde apresentou estudos de caso em que a cura dos transtornos mentais foi resolvida com base no tratamento espírita, especialmente a desobsessão. Bezerra de Menezes é considerado o patrono dos médicos espíritas no Brasil e, segundo os adeptos da doutrina, continua a auxiliar os profissionais encarnados nas suas práticas de cura⁴⁹.

Os médicos espíritas sempre buscaram desenvolver laços mais formalizados e sólidos entre sua prática profissional e sua confissão religiosa tendo por base a argumentação científica. Deste modo, em 1968 é fundada a primeira associação de médicos espíritas em São

⁴⁹ Em 2008 foi lançado o filme “Bezerra de Menezes – o diário de um espírito” baseado na biografia do mais popular médico espírita brasileiro. Produzido por um empresário espírita cearense, que investiu R\$ 2 milhões do próprio bolso no projeto e captou mais R\$ 600 mil com empresas privadas através de leis de incentivo fiscal, o filme foi assistido por quase 500 mil pessoas.

Paulo. Em 1991, essa associação realiza o primeiro congresso médico-espírita que ficaria conhecido como MEDNESP, evento bianual que ocorre até hoje. Em 1995 já existiam nove associações de médicos espíritas no Brasil e durante o MEDNESP daquele ano foi fundada a Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil) com a missão de “promover o estudo da Doutrina Espírita e de sua fenomenologia, tendo em vista suas relações, integração e aplicação nos campos da filosofia, da religião e da Ciência, em particular da Medicina, procurando fundamentá-la através da criação e realização de estudos e experiências orientadas nessa direção”⁵⁰. O caráter científico do espiritismo enquanto tratamento de saúde é constantemente ressaltado e legitimado através das pesquisas expostas no site da associação e do interesse crescente sobre o tema que vem surgindo dentro da própria formação médica.

Nos Estados Unidos e na Europa, já há algum tempo existem disciplinas nos cursos de medicina que se propõem a estudar a relação entre medicina, saúde e espiritualidade, basicamente dentro da proposta de desenvolvimento de pesquisas sobre as medicinas alternativas e complementares, já que as terapias espirituais (dentre elas está a oração) são classificadas como tal nos documentos oficiais. É interessante notar que tais estudos são desenvolvidos especialmente na área da psiquiatria com ênfase no estudo dos fenômenos mediúnicos⁵¹.

No Brasil, entre 2005 e 2006, quatro faculdades de medicina incluíram em seus currículos, ou ofereceram em forma de curso de extensão, a disciplina Saúde e Espiritualidade com a ajuda de associações espíritas (Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e Faculdade de Medicina da Universidade Santa Cecília, SP). Na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) alguns alunos do curso de medicina se reúnem semanalmente para tratar de temas relacionados

⁵⁰ Trecho retirado do site www.amebrasil.org.br. Em fevereiro de 2011, constavam na página da AME-Brasil 44 AMEs espalhadas por todas as regiões do país, e seis novas unidades estavam em processo de formação. Para uma análise do *paradigma médico-espírita* proposto pela AMEs ver Soares (2009). Os psicólogos espíritas também têm sua associação, a ABRAPE Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas (ver <http://www.abrape.org.br/index.php>).

⁵¹ Para um panorama sobre pesquisas envolvendo saúde, religião e espiritualidade a partir da ótica e dos espaços institucionais biomédicos ver “An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH)” publicado em <http://www.metanexus.net/magazine/ArticleDetail/tabid/68/id/9387/Default.aspx> (acessado em 24/09/2009).

à prática médica e a espiritualidade e uma vez por mês os membros da Associação Médico-Espírita de Santa Catarina (AME-SC) realizam uma reunião no Hospital Universitário da UFSC. Deste modo, os médicos espíritas reivindicam um lugar dentro da ciência médica oficial, especialmente através da academia, e buscam em outras ciências, tais como a física quântica, os argumentos para validar suas concepções envolvendo saúde e espiritualidade⁵².

As AMEs são particularmente interessantes porque apesar de terem laços estreitos com a FEB seus participantes não se limitam aos centros espíritas federados e suas experiências terapêuticas envolvem desde centros acadêmicos de psiquiatria em universidades federais, passam pelos hospitais espíritas que oferecem tratamento alopático aliado à terapêutica espírita, e vão ao encontro de muitas práticas complementares e das terapias comportamentais e de autoajuda. Deste modo, num evento como o MEDNESP vemos desde médicos que se recusam a tratar de qualquer assunto “que não esteja na codificação de Kardec” até abordagens que trabalham as relações entre doença e emoções, e que estão mais próximas da psicossomática ou das psicoterapias relacionadas ao universo da Nova Era do que da noção do carma para interpretar as doenças.

Considerando a histórica proximidade entre medicina e espiritismo no Brasil não é de admirar o grande número de hospitais mantidos por instituições espíritas no país. Segundo Almeida e Neto (2003), só no estado de São Paulo existem 26 instituições⁵³ desse tipo onde são empregados os recursos médicos e psicológicos convencionais e, de modo complementar, são desenvolvidos os trabalhos de terapia

⁵² Os encontros do MEDNESP já contaram com a presença de alguns físicos defensores das relações entre espiritualidade e ciência como Amit Goswami e Alan Wallace. Em 2009 o MEDNESP reuniu cerca de 1.300 participantes na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e teve o apoio da Pró-Reitoria de Extensão. Para citar mais um exemplo de inserção das abordagens espirituais envolvendo saúde no universo formal da academia vale a pena mencionar um número especial da Revista de Psiquiatria Clínica (volume 34, suplemento 1, 2007), publicada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, dedicado inteiramente aos estudos sobre espiritualidade e saúde. Segundo seu organizador, o médico psiquiatra Alexander Moreira-Almeida, que frequentemente participa dos encontros do MEDNESP, esta seria a primeira publicação médica brasileira a tratar dessa temática. Os artigos abordam desde os aspectos históricos da relação entre psiquiatria e espiritismo, passando pelo xamanismo, experiências de quase-morte, uso de práticas espirituais para tratamento de deficiência mental, entre outros.

⁵³ Na internet foi possível mapear 29 hospitais mantidos por instituições espíritas localizadas em vários estados brasileiros. Na página da AME-Brasil são listados apenas 14 hospitais espíritas.

espírita que consistem basicamente em passes, palestras e preces, mas em alguns casos pode incluir seções de desobsessão e ainda algumas terapias complementares como a cromoterapia. A maioria dessas instituições trata de pacientes com problemas psiquiátricos e/ou dependentes químicos e oferece atendimento médico particular e/ou gratuito através do sistema público de saúde⁵⁴.

No entanto, a relação entre medicina e espiritismo no Brasil não envolve apenas os médicos encarnados. Como dito mais acima, na prática receitista, por exemplo, os medicamentos são geralmente prescritos por espíritos de médicos, através da incorporação em um médium. A atividade dos médicos desencarnados no Brasil está representada, sobretudo, pelo fenômeno das cirurgias espirituais como veremos mais detalhadamente no capítulo VII. A partir da década de 1950 vários médiuns irão defender as propriedades curativas de cirurgias espirituais realizadas a partir da incorporação do espírito de médicos. O espírito que se tornaria mais conhecido no país por realizar tais cirurgias seria o Dr. Adolph Fritz, médico alemão que teria morrido durante a I Guerra Mundial e que, através da incorporação em vários médiuns ao longo dos últimos 60 anos já realizou milhares de cirurgias utilizando-se de tesouras, facas de cozinha e até serra elétrica, sem a utilização de anestesia ou qualquer técnica de assepsia⁵⁵.

⁵⁴ Puttini (2004) classifica essas instituições como “híbridas” por reunirem em seu interior elementos biomédicos e religiosos. Considero essa conceituação um tanto problemática por entender que o fato desses hospitais (que são oficialmente definidos como instituições biomédicas) terem em seu interior elementos religiosos, ainda que como prática terapêutica, não necessariamente os torna híbridos e aqui estou considerando o termo na acepção dada por Bhabha (2007), que define como híbrido indivíduos, bens e comunidades que se deslocam através das nações ou no espaço entre tradições que lhes colocam numa posição distante de uma identidade cultural coerente tornando-os, portanto, inclassificáveis. Entendo que esse não é o caso dos hospitais mantidos por instituições espíritas que notadamente estão trabalhando com os recursos da biomedicina e tentam na terapia espiritual um complemento, o que certamente os torna diferentes dos demais hospitais, mas que de forma alguma coloca em questão a denominação e a definição desses espaços enquanto lugares da biomedicina. Entendo que o uso do termo híbrido em Puttini aponta para uma ideia de “mistura”, que a meu ver não faz eco na proposta de Bhabha, e que se fundamenta pela naturalização da ideia de que haveria uma separação rígida e bem definida entre medicina e religião.

⁵⁵ Nem todas as cirurgias espirituais praticadas no Brasil envolvem cortes (mesmo algumas realizadas com o auxílio do Dr. Fritz). A maior parte delas ocorre “fluidicamente” quando os espíritos atuam no perispírito da pessoa doente com ou sem o auxílio de um médium. Mais detalhes sobre a cirurgia espiritual no Brasil estão no capítulo VII.

A “Nova Era” da Terapia Espiritual no Brasil

As interseções entre medicina e espiritismo estão permeadas atualmente pelo campo das terapias complementares/alternativas que atuam nas fronteiras desses dois domínios e relacionam-se com o movimento da Nova Era. Elas adentraram o universo espírita incrementando suas práticas, não sem gerar resistências, conflitos e dissidências como já analisamos. Certamente não podemos confundir e mesclar de forma indiscriminada as práticas terapêuticas do espiritismo e da Nova Era. O que quero chamar atenção aqui é para o fato de que práticas terapêuticas trazidas ou valorizadas por este movimento envolvem princípios similares, embora dentro de retóricas e ações específicas, aos das terapias espíritas através de linhas que cruzam esses sistemas terapêuticos fazendo certas conexões a despeito dos cortes que permanecem como forma de delimitação de fronteiras.

Um deles diz respeito à ideia do sujeito como agente de sua doença e da sua cura. Como vimos, dentro da percepção espírita as doenças podem ter origem cármica, sendo fruto de ações em vidas passadas, ser resultado de condutas desviantes nesta vida ou estar relacionadas a processos obsessivos decorrentes de relações em vidas anteriores ou da abertura da frequência espiritual para ação de espíritos inferiores (neste caso diretamente relacionado a condutas impróprias, como vícios, etc). A cura depende de uma reordenação da vida que passa também pela noção de “reforma íntima” através da qual o doente deve buscar o equilíbrio espiritual e aperfeiçoamento moral para alcançar a cura seja ela física ou mental e, em termos gerais, a sua evolução como espírito. Se a cura não se processa, a doença é cármica, e é a sua aceitação e administração que farão parte da reforma interior e da libertação do carma.

A concepção de empoderamento do sujeito sobre seu processo de cura e sua responsabilidade no processo de adoecimento também é encontrada no discurso das práticas terapêuticas que vem no escopo da Nova Era. Como observa Maluf (2005: 528), nas terapias alternativas, “no decorrer de cada processo de tratamento, o objeto de cura dá lugar ao indivíduo como um todo, observando-se aqui o empoderamento e a emergência do sujeito”. O discurso presente no universo das terapias alternativas (para trabalhar com a definição de Maluf) confere ao sujeito papel central no processo de cura e esse discurso se conecta de certa forma à filosofia espírita para centrar no doente o poder (e a

responsabilidade) da cura, a capacidade de redefinição de hábitos e condutas tendo por objetivo a contínua evolução espiritual, mental e o alívio esperado para os sofrimentos do corpo trazidos pela doença. Isto implica diretamente na ideia do livre-arbítrio que caracteriza a doutrina espírita.

Outro ponto que pode caracterizar e aproximar esses dois sistemas de cura na contemporaneidade é a união que ambos buscam fazer entre espiritualidade e ciência de um lado (espiritismo) e tradição e modernidade de outro (Nova Era). Magnani (1999), por exemplo, observa que os adeptos do universo “esotérico” da Nova Era buscam nas tradições ditas ancestrais, eruditas, populares, camponesas ou indígenas elementos para construir seu discurso voltado para a busca do natural, orgânico, espiritual, do equilíbrio com a natureza e seus seres, da busca da paz, da Mãe Divina, ou seja, na ideia de que povos ancestrais e indígenas detinham um conhecimento tradicional sobre o mundo e as relações com os elementos naturais, perdidos com a crescente racionalização do homem e que precisa ser retomado. Maluf (1996) também observa algo parecido em sua pesquisa sobre as práticas espirituais-terapêuticas da Nova Era nas quais é possível observar uma valorização de elementos terapêuticos reconhecidos como próprios de tradições orientais e africanas assim como uma valorização de elementos da natureza como fonte de saúde, conhecimento e conexão com a espiritualidade.

Por outro lado, apesar da crítica ao modelo científico cartesiano de racionalização e visão do ser de modo binário e não holístico, tanto os *new agers* quanto os espíritas não deixam de recorrer também a certas disciplinas científicas do mundo moderno para embasar seus argumentos. Assim, recorrem especialmente à física quântica, mas também à biologia, à arqueologia e à antropologia, por exemplo, (muitas vezes dentro de um senso comum do que constitui o corpo teórico destas disciplinas), para validar suas propostas, sem falar nos congressos e seminários realizados dentro deste circuito, onde os palestrantes têm como cartão de apresentação seus vínculos com universidades ou centros de pesquisa.

É particularmente interessante pensar as aproximações que tanto espíritas quanto terapeutas alternativos/complementares buscam fazer com a física quântica para fundamentar suas teorias, principalmente as que dizem respeito aos aspectos terapêuticos de suas práticas. Essas tentativas de aproximação entre práticas terapêuticas e a

física não seriam um fenômeno apenas contemporâneo, aparecem já no século XIX na disputa entre homeopatas e alopatas como menciona Luz (1988), onde os primeiros tentavam provar que suas teorias não eram vagas ou absurdas, heranças de um passado medieval, mas, ao contrário, estavam apoiadas na modernidade científica, em conjunção com o que haveria de mais avançado nos estudos da física moderna. Hoje, esta “física moderna” estaria representada pelos estudos das características das partículas mínimas da matéria em função de seus movimentos, a tão propalada física ou mecânica quântica⁵⁶.

Na relação recente estabelecida entre espiritismo e terapias alternativas, devemos considerar que o aspecto “espiritualizado” de muitas dessas práticas seria um ponto importante a ser considerado nessa possível *nova-erização* da doutrina espírita (D’Andrea, 2000) e que tem atualizado de certa forma algumas questões observadas no início do século durante o processo de legitimação do espiritismo. Embora a disputa hoje não seja entre médicos e espíritas, mas entre os próprios espíritas na definição do que pode ou não ser considerado uma prática terapêutica espiritual ou uma prática terapêutica “esotérica” ou “mística”, o fato é que aqui se repete o conflito em torno dos conceitos de ciência e espiritualidade/religião, mas com o diferencial de que, se por um lado essas práticas podem ser condenadas tanto por parte do movimento espírita (religioso) assim como pela medicina oficial (científica), por outro lado há uma tentativa de cooptá-las tanto para dentro do movimento espírita, favorecendo assim rompimentos com o modelo ortodoxo da FEB, como para dentro da medicina oficial através de regulações sobre sua atividade, como vem acontecendo com a acupuntura e outras práticas que agora estão sendo implantadas no SUS⁵⁷.

Ao mesmo tempo, várias correntes de terapeutas naturais e complementares buscam afastar suas práticas de qualquer associação com aspectos religiosos e doutrinários (Teixeira, 2009), e buscam aproximá-las do campo científico, chamando atenção para suas especificidades em relação à medicina convencional por considerarem

⁵⁶ Não tenho embasamento teórico para desenvolver qualquer elaboração mais profunda para tratar do universo de pesquisa da física quântica. O que desejo chamar a atenção é para o modo como essa disciplina vem sendo acionada por espíritas, terapeutas, médicos e pelos próprios físicos, a exemplo de Amit Goswami e Fritjof Capra (este último já considerado um clássico) para conciliar espiritualidade e ciência a partir de campos legitimados de conhecimento.

⁵⁷ Essa temática será melhor discutida no capítulo III.

que as medicinas alternativas/complementares “continuam sendo medicina”.⁵⁸

Para além de Kardec: o espiritismo do NENL/CAPC

A terapêutica praticada no NENL/CAPC tem se alimentado desse “caldo plurimedical-espiritualizado” contemporâneo aliando médicos, enfermeiros, terapeutas e religiosos na condução de práticas as mais diversas para tratar seus pacientes que são alimentadas por elementos de diversas correntes terapêuticas e religiosas, como veremos nos próximos capítulos. Não podemos afirmar que essa dinâmica que justapõe diferentes domínios religiosos e terapêuticos é própria do NENL/CAPC, pois a literatura nos mostra que ela é parte da dinâmica de formação do espiritismo no Brasil.

O espiritismo no Brasil, para além de uma religião, pode ser visto enquanto um campo religioso-terapêutico de fronteiras porosas, o que historicamente tem permitido o trânsito de categorias e práticas do interior dos seus vários grupos para o universo de outros agentes sociais e, inversamente, possibilitado que tais grupos absorvam e coloquem em tensão elementos externos com os quais eles têm ao longo dos anos constituído suas práticas. Deste modo, creio que não há um ou vários espiritismos no Brasil, mas sim um campo de práticas espíritas complexo e heterogêneo em contínuo processo de transformação marcado por uma constante redefinição de fronteiras e pelo caráter eminentemente terapêutico de suas práticas. É neste cenário que se insere o Núcleo Espírita Nosso Lar e o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer.

Ao iniciar a pesquisa de campo, percebi rapidamente que o NENL/CAPC refletia toda série de questões em torno da definição do espiritismo no Brasil. Embora gozasse de uma legitimidade política e social inquestionável, nenhuma das duas instituições era filiada a Federação Espírita Catarinense (FEC), órgão subordinado à FEB, pois as práticas terapêuticas da casa não estariam de acordo com as normas dessa instituição. Esse fato, no entanto, não fazia do NENL/CAPC um espaço menos espírita e, porque não, kardecista, embora *não apenas* kardecista. Assim, quando me referia ao CAPC como instituição

⁵⁸ Os cursos de graduação em Naturologia são exemplos dessa aproximação das terapias complementares ao campo científico e acadêmico.

“espírita kardecista” ouvia discordâncias quanto ao adjetivo, embora baseadas em critérios distintos:

Sim nós somos espíritas, mas não podemos dizer propriamente que aqui é espírita kardecista porque não somos *só* kardecistas, nós seguimos os livros de Kardec, mas não ficamos limitados a isso. Eu diria que aqui é mais espiritualista porque usamos mais coisas que o kardecismo. Eles [centro ligados à Federação Espírita Brasileira] seguem o regimento de Kardec e ponto! Seguem a constituição espiritual daquela época. ***Mas aqui tem uma certa orientação kardecista?*** É, tem uma base kardecista, mas é aberta, uma coisa que não é aceita é incorporação, a incorporação explícita digamos. (voluntária)

Aqui é espiritualista, porque o que é kardecista? O centro espírita que ele se direciona, ele trabalha, ele é uma bússola pra ler as obras de Kardec ele é kardecista, quando não, ele é espiritualista. ***Mas lá no Núcleo não se estuda as obras de Kardec na escola de médiuns?*** Não é o estudar, é o praticar, é o vivenciar as obras kardequianas, Kardec fez assim, Kardec disse assim. O espiritualista ele não segue Kardec, segue as coisas externas, isso não é Kardec. ***Não deixa de ser a mesma religião,*** é a evolução de cada um, uns já estão preparados pra deixar a santinha, pra deixar o amuleto e outros não estão. (voluntária)

Essa casa está a 100 anos-luz dentro do espiritismo Waleska. Eu já trabalhei em centros federados, já fui presidente de centro ligado à Federação Espírita e lhe digo, os centros que ficam limitados à codificação pararam no tempo e aqui não. Nós temos que seguir Kardec, a codificação é base da doutrina, mas a ciência avançou, as coisas mudaram, então eu não posso ficar lá atrás, 150 anos atrás, vendo só o que Kardec escreveu. (voluntário).

A categoria “espiritualista” era usada recorrentemente tanto por aqueles que não consideravam o CAPC e o NENL como instituições “espíritas kardecistas” porque suas práticas iriam além daquilo deixado por Kardec quanto por aqueles que viam essas práticas como “coisas externas” e, portanto, não pertencentes ao “verdadeiro” espiritismo. Ao se denominar “espiritualista” o leque de possibilidades da vivência religiosa-terapêutica se alargava, o que não deixava de incluir Kardec, mas por outro lado promovia uma distinção que nem sempre era aceita porque advinda de uma imposição daqueles que se julgariam os detentores do “autêntico espiritismo”. Assim, para os dirigentes do

NENL/CAPC:

Sim, nós somos kardecistas, nós seguimos aquilo que Kardec pregou, nós cremos na reencarnação, o que nós não somos é filiado a federações, por que? Porque as federações não admitem esse trabalho, eles só admitem trabalho de mesa mediúnic e nós achamos que isso é muito pouco para centro espírita. Encaminhar espíritos, sim temos que encaminhar, mas você tem como ajudar mais aquele que está encarnado (dirigente CAPC).

A Federação também luta bravamente por uma coisa chamada pureza doutrinária. Pureza doutrinária quer dizer o seguinte: pensar como Kardec, agir como Kardec, viver como Kardec, falar como Kardec, não mais do que isso. Nós achamos que o espiritismo foi codificado há quase 200 anos e que de lá mudaram muitas coisas. Eu não estou dizendo que Allan Kardec esteja ultrapassado ou que esteja errado, eu quero dizer que ele deu um ponta pé inicial para um processo que tem a tendência de crescer muito. Naquela época o átomo não era divisível, a divisibilidade do átomo veio depois da codificação! De lá mudou muita coisa, então essa muita coisa não pode entrar na doutrina porque não está codificada e a isso chama-se pureza doutrinária? (dirigente geral NENL/CAPC).

Deste modo, a centralidade da obra de Kardec não era negada, mas sim a delimitação que o termo *kardecismo* parece impor às práticas espíritas, sobretudo nos aspectos terapêuticos, mas também na referência à utilização de símbolos como “a santinha”, que estão presentes no NENL e CAPC como veremos mais adiante.

Assim, a preferência de alguns (e não todos) pelo termo “espiritualista” ou “espiritualismo” se daria por seu caráter mais abrangente e inclusivo, sendo o espiritismo tomando enquanto uma das possibilidades espiritualistas junto a qual podem estar o budismo, a Nova Era, a umbanda, o catolicismo. Isso não quer dizer que a instituição em termos oficiais era reconhecida como espiritualista, ao contrário, era sempre pela definição de espírita ou com referências exclusivas ao termo espiritismo que ela era apresentada social e juridicamente.

É preciso ter em mente que nas duas instituições há adeptos de diferentes confissões e tradições religiosas e terapêuticas, algo que discutiremos no capítulo VI, e dentre eles há aqueles que transitam também por vários centros espíritas, alguns fazem ou fizeram parte de

centros ligados à Federação Espírita Catarinense (FEC) e dependendo da sua relação com a postura doutrinária adotada pela Federação buscam distanciar-se do modelo reconhecido como *kardecista* (considerado ortodoxo) ou distanciar o NENL/CAPC desse modelo pelo fato da instituição permitir práticas não reconhecidas pelo “espiritismo puro”, tais como os símbolos religiosos e outros considerados “mágicos” (cristais e pedras, por exemplo).

Apesar da nítida valoração que é dada à obra de Kardec na formação espiritual do NENL/CAPC e de muitos de seus membros, e das menções explícitas a essa denominação nos documentos oficiais da instituição, reavaliei minha disposição inicial quando dos primeiros contatos com o CAPC e preferi não rotular o espiritismo praticado ali como “kardecista”, não por achar que ele não seja *também* kardecista, mas devido às limitações que o termo parece impor às práticas espíritas, sobretudo, às práticas terapêuticas, na observação dos atores que fazem parte das instituições e considerando a heterogeneidade própria do movimento espírita no Brasil.

No entanto, é interessante ressaltar que durante o Censo 2010, uma mensagem assinada pelo presidente da FEB foi transmitida aos voluntários do NENL/CAPC por e-mail. A mensagem dizia que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sem ter consultado a FEB, havia categorizado os espíritas enquanto kardecistas. Como a pesquisa já se encontrava em curso, não havendo mais possibilidade de alterar a denominação dada aos espíritas, a FEB recomendava “a todos os espíritas que, ao serem consultados pelos pesquisadores do IBGE e visando a inclusão de todos na contagem que se realiza, declarem-se Kardecistas, uma vez que no formulário do Censo não foi registrada a palavra Espírita”. A mensagem não apresentava qualquer manifestação da direção do NENL/CAPC com relação à essa orientação da FEB, simplesmente foi repassada para orientar os que se consideravam “espíritas” a serem computados no censo, ainda que pela denominação de “kardecista” que, pelo conteúdo da mensagem da FEB, parece não ser a categoria adequada para designá-los.

Ortiz (2005:55) lembra que até 1966 a umbanda “não era considerada pelo IBGE como uma religião, mas como um conjunto de crenças supersticiosas. Seus adeptos eram classificados como kardecistas”. Sabemos que no Brasil, “ser espírita” é frequentemente um modo socialmente legítimo de fazer referência a um pertencimento a

práticas mediúnicas das mais variadas formas, não implicando uma relação necessária com o espiritismo. Assim, a categoria espírita, embora reivindicada e utilizada tanto por umbandistas quanto por espíritas, por exemplo, coloca em contato expressões religiosas diferentes que parecem só alcançar suas particularidades quando definidas em termos menos genéricos do que a denominação “espírita”. No entanto, a carta da FEB aponta para o desejo de manutenção da nomenclatura definida por Kardec como forma de identificação de seus membros e adeptos, pois de certa forma o termo “espiritismo/espírita kardecista” atestaria a existência de vários espiritismos quando aqueles que se reconhecem como os seguidores do espiritismo codificado por Kardec advogam que há uma única doutrina espírita, tendo as demais religiões mediúnicas denominações específicas e práticas distintas das suas.

Nesta análise muito resumida sobre a definição, ou indefinição, do que seja o termo espiritismo, percebemos como essa categoria foi e continua sendo tensionada enquanto produtora de sentidos e legitimidade no cenário religioso brasileiro e de que forma os aspectos terapêuticos da doutrina, tão fortemente desenvolvidos no Brasil, contribuíram para esse fenômeno. Porém, não devemos esquecer que mesmo no seu nascedouro na França, ainda que o termo tenha sido originalmente cunhado por Kardec, o sentido atribuído a ele também esteve marcado por nuances distintas através dos modos como os discípulos e contemporâneos de Kardec puseram em prática a doutrina. Assim, o termo espiritismo já nasce em meio a uma disputa por legitimação e diferença no âmbito histórico do Espiritualismo Moderno, e no Brasil esse termo passa por diversas investidas sociais que envolvem desde o catolicismo, as religiões afro-brasileiras e, mais recentemente, elementos das religiosidades contemporâneas representadas pela Nova Era e também a medicina.

Talvez a análise desse processo pudesse ser simplificada ao se lançar mão da ideia de sincretismo, utilizada recorrentemente por diferentes atores para tratar da religiosidade brasileira. Não cabe aqui uma discussão sobre a categoria sincretismo que é tão complexa, no entanto, a vulgarização desse termo produziu um senso comum que pensa o sincretismo como uma síntese ou mistura de sistemas religiosos distintos, ideia que tem sido utilizada tanto por grupos religiosos, jornalistas e a mídia em geral como por folcloristas e cientistas sociais, ora em tons positivados, ora de forma pejorativa. Minha resistência a

seu uso está na ideia de assimilação que o conceito por vezes evoca, ideia felizmente já ultrapassada por alguns autores (Sanchis, 2001), assim como a visão algo senso comum do Brasil enquanto uma nação “naturalmente” sincrética, dado o seu processo de sociogênese.

Se de fato há religiões e países mais sincréticos que outros, não é verdade que esse privilégio seja nosso ou do nosso campo religioso. Só podemos considerar o campo religioso brasileiro mais sincrético que outros quando o comparamos apenas com alguns referentes do eixo euro-norteamericano (e ainda aqui tenho minhas dúvidas), e ignorarmos os “sincretismos” africanos ou asiáticos, sobretudo, a partir do catolicismo, mas também em outras tradições religiosas como, por exemplo, o islamismo (Mariz, 2005). Além disso, a imagem recorrentemente evocada pelo termo sincretismo é de mediação, quando nem sempre isso acontece na prática de grupos religiosos que apontam em suas cosmologias para elementos de diferentes religiões, como ocorre em alguns grupos pentecostais e neopentecostais, nos quais códigos e expressões associadas a entidades e práticas das religiões de matriz africana são utilizados ritualmente como forma de se contrapor a esses grupos.⁵⁹

Entendo que uma forma mais coerente de analisar essas “misturas” entre sistemas terapêuticos e religiosos distintos seria pensá-las em termos de *conexões parciais* tal como proposto por Strathern (2004). As conexões propostas por Strathern referem-se a um fazer antropológico que não procura produzir totalizações, mas sim reconhecer a impossibilidade de uma unidade geral que integre diferentes partes. Sua proposta é pensar a heterogeneidade das configurações sociais, não pela ideia de uma pluralidade difusa em um fluxo contínuo, mas através dos modos como os sujeitos conectam parcialmente entidades diferentes através de suas práticas a fim de produzir não um todo coerente através de soma, mas uma relação possível a partir da diferença.

Deste modo, os cortes e as rachaduras envolvidos nas conexões feitas pelos atores não seriam ignorados, mas fariam parte dos modos como as práticas e os discursos envolvendo saúde, religião e espiritualidade são construídos cotidianamente nas práticas do espiritismo de forma geral, e do NENL e do CAPC em particular.

Assim, penso que mais útil que recorrer à ideia de sincretismo

⁵⁹ Para algumas críticas ao conceito de sincretismo ver Maluf (1996, 2003) e Frigerio (2005).

religioso para explicar o campo espírita brasileiro, tomado por alguns como deturpado (Machado, 1997; Aubrée e Laplantine, 2009), reinventado (Damazio, 1994; Stoll, 2003) ou fraturado (Madureira, 2010), é estar atento aos processos intermináveis através dos quais os sujeitos inventam, convencionalizam (Wagner, 2010) e conectam parcialmente (Strathern, 2004) termos, categorias e práticas em torno do universo religioso-terapêutico que constitui o espiritismo brasileiro. Devemos ter ainda em mente as dimensões sociais e políticas dessa disputa e o fato de que as evidentes justaposições, contaminações, misturas e transições não significam necessariamente a convergência de valores ou a confusão de identidades que o uso ingênuo da noção de sincretismo pode nos levar, obscurecendo as complexas disputas políticas que fazem parte do cenário religioso brasileiro.

Deste modo, antes de falar em conteúdos que podem ser sincréticos, devemos observar as formas através das quais esses conteúdos são colocados em relação na produção de realidades sociais nas quais os sujeitos se engajam e que geralmente estão permeadas por conflitos, disputas de poder e produção de valores que parecem ser ofuscados pela noção de sincretismo.

Capítulo II

Do Astral para a Terra: O Hospital Espiritual

“A meus olhos surgiu, então, a porta acolhedora de um alvo edifício, à feição de grande hospital terreno. Dois jovens, envergando túnicas de níveo linho,[...] me acomodavam num leito de emergência, para me conduzirem cuidadosamente ao interior...” (Xavier/Luiz, 2009: 25).

Neste capítulo apresento as instituições Núcleo Espírita Nosso Lar (NENL) e o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC). Na primeira parte do capítulo faço um relato do processo de criação do NENL e como a história particular da instituição reflete alguns pontos discutidos no capítulo anterior sobre a pluralidade presente no movimento espírita brasileiro e sua relação com o campo da saúde. Apresento a cosmologia que orienta o trabalho nas duas casas e que tem sua dimensão religiosa desenvolvida especialmente no NENL, tido como um lugar de propagação da doutrina espírita, sem, no entanto negar seu caráter também terapêutico como veremos. A apresentação do panteão religioso que se apresenta de forma contundente nesse espaço é fundamental para compreensão dos elementos terapêuticos presentes no CAPC que, apesar de ser uma unidade do NENL, é apresentada como uma instituição exclusivamente terapêutica, sem função doutrinária, o que não significa que elementos religiosos os mais diversos não estejam presentes nas práticas de cura do Centro. Ao contrário, esses elementos são parte constituinte do tratamento ali oferecido.

O Núcleo Espírita Nosso Lar

Embora meu trabalho de campo tenha se desenvolvido no CAPC, é impossível realizar a etnografia desse espaço sem fazer referências constantes ao NENL, ao qual o Centro está diretamente subordinado. O CAPC era reconhecido como uma unidade, uma extensão do NENL de modo que a análise de uma instituição está

diretamente implicada com a outra. Embora as instituições estejam situadas em cidades diferentes, devo dizer que o limite difuso entre os municípios nos faz enxergar espacialmente uma continuidade entre eles, especialmente quando consideramos a relação que os sujeitos desenvolvem com as cidades e suas fronteiras. Souza (2009: 551) aponta para dificuldade de se delimitar as fronteiras entre os bairros da parte continental de Florianópolis e os bairros de São José, reconhecidos por seus informantes pelo termo genérico de *quebradas*. No meu caso, essas fronteiras são rompidas pelos sujeitos (pacientes e/ou voluntários) que são tanto de Florianópolis quanto São José e passam pelas duas cidades alternadamente no seu trânsito pelas instituições (lembrando que o CAPC está na parte insular de Florianópolis).

Deste modo, é comum que voluntários que moram em São José também trabalhem no CAPC ou que vivam em Florianópolis e trabalhem no NENL, sobretudo porque é no Núcleo que as pessoas são preparadas para se tornar voluntárias e lá também participam das atividades religiosas da instituição que não se desenvolvem no CAPC (este ponto será discutido mais adiante). No entanto, em outros momentos, essa localização espacial será um elemento determinante de uma participação mais ou menos ativa nas atividades de uma ou outra instituição, especialmente para os voluntários, o que não exclui as questões afetivas que muitas vezes levam um voluntário a preferir ou se esforçar para atuar nesta ou naquela instituição, embora viva mais longe dela.

Deste modo, embora a pesquisa tenha sido feita no CAPC, com poucas incursões no NENL, seria impossível dissociar uma instituição da outra, não apenas pelo caráter de dependência que o CAPC possui em relação ao NENL, mas também pelo trânsito de pacientes e voluntários pelas duas instituições, seja através dos tratamentos, assim como através da formação religiosa e doutrinária de seus colaboradores. A própria idealização do NENL e do CAPC envolve a relação entre as duas cidades através do seu presidente-fundador na Terra, que é de São José, e o seu mentor espiritual, o espírito de um médico florianopolitano, como veremos adiante.

Nosso Lar é o nome de muitos centros espíritas no Brasil, especialmente daqueles que tem um forte viés terapêutico, pois é o título de um importante *best seller* da literatura espírita nacional que trata diretamente da cura espiritual. O livro, psicografado por Chico Xavier é atribuído ao espírito André Luiz, um médico que neste romance conta

sua história no mundo espiritual. Depois de falecer em decorrência de um câncer no estômago, André Luiz (seu espírito) vaga pelo umbral até que é resgatado por espíritos iluminados que o levam para a colônia Nosso Lar, uma espécie de cidade espiritual com uma organização altamente burocratizada e na qual vivem centenas de milhares de espíritos à espera da reencarnação e/ou trabalhando para a cura dos que, como André Luiz, chegam ali debilitados, doentes ou desesperados com a condição da passagem da vida terrena para a espiritual.

No livro, a colônia Nosso Lar possui todos os tipos de instituições, serviços e práticas encontradas na Terra, pois “nenhuma organização útil se materializa na crosta terrena, sem que seus raios iniciais partam de cima” (Xavier/Luiz, 2009: 57). Como as cidades terrenas, Nosso Lar tem sua história: seria uma antiga colônia de portugueses “distintos” que desencarnaram no Brasil no século XVI e tiveram grande trabalho até transformar Nosso Lar no modelo de administração, beleza e harmonia que o espírito André Luiz encontrou, pois:

“Onde se congregam hoje vibrações delicadas e nobres, edifícios de fino lavor, misturavam-se as notas primitivas dos silvícolas do país e as construções infantis de suas mentes rudimentares. Os fundadores não desanimaram, porém. Prosseguiram na obra, copiando o esforço dos europeus que chegavam à esfera material, apenas com a diferença de que, por lá, se empregava a violência, a guerra e a escravidão, e, aqui, o serviço perseverante, a solidariedade fraterna, o amor espiritual” (idem: 57-58)⁶⁰.

⁶⁰O tom quase “colonialista-espiritual” dessa passagem acompanha outras obras de Chico Xavier, a exemplo do livro *Brasil, Coração do Mundo, Pátria do Evangelho* (1938), atribuído ao espírito de Humberto de Campos. Esta obra analisa várias passagens da história do Brasil, da escravidão à guerra do Paraguai e à proclamação da república, com base na teoria de que a nação brasileira teria sido escolhida pelo próprio Cristo para levar adiante a missão evangelizadora do espiritismo revelado na França. A transposição da “árvore do Evangelho” da Palestina para Europa e, desta para o Brasil teria acontecido porque vários espíritos missionários teriam encarnado neste país “atrasado tecnologicamente, distante dos grandes centros, porém habitado por um povo pacífico formado por três raças que convivem harmoniosamente (...). Sob um discurso que enfatiza a nação, a colonização brasileira é narrada como caracterizada pela miscigenação, conformando um povo religioso, bondoso e ordeiro” (Madureira, 2010: 67). Assim, o espiritismo brasileiro parecia estar afinado com as propostas nacionalistas e as teorias raciais que marcaram as décadas de 1930 e 1940 através da obra de pesquisadores como Gilberto Freyre. Para uma análise do discurso nacionalista no espiritismo brasileiro ver Lewgoy (2000).

André Luiz seria um dos principais espíritos com os quais Chico Xavier viria a escrever alguns de seus mais conhecidos livros, e alguns deles, como *Nosso Lar* e *Evolução em Dois Mundos* (2008), este último psicografado também pelo médium Waldo Vieira, trazem diversas menções a aspectos relacionados à uma “medicina ou ciência espiritual”. Novamente, vemos a figura dos médicos (ainda que desencarnados) na formação do espiritismo brasileiro e de seu arcabouço teórico-doutrinário que se fez presente também no Núcleo Espírita *Nosso Lar*⁶¹.

O seminarista e o médico

O presidente-fundador do NENL, irmão Álvaro, tinha apenas 14 anos quando iniciou sua comunicação com a espiritualidade. Sua história é similar a de muitos outros médiuns que em determinado momento de suas vidas vão ser “chamados pela espiritualidade” e iniciar uma quase sempre longa e duradoura relação com uma entidade em particular, embora outras venham a se comunicar no decorrer da vida do médium.

Na época, início dos anos 1970, Álvaro estudava em um seminário, na cidade de Brusque (SC) e foi durante um evento da igreja voltado para os jovens que ele sentiu de forma mais intensa o chamado daquele que seria um dos mentores do NENL:

Eu era o presidente do ‘Jovens Para Cristo’, era a juventude católica, eu era presidente e fui apresentar um show de conjunto no dia 19 de março que é dia de São José quando me aconteceu um episódio. Comecei a ficar muito tonto, fiquei deveras passando mal, literalmente passando mal e me retirei do palco e fui me refugiar na sacristia da igreja. Lá no escuro, eu peguei um livro qualquer que eu não vi qual era, depois foi que eu vi que era o missal, era o livro do padre rezar a missa, e peguei um daqueles lápis de construção, aquele lápis vermelho, grosso e escrevi a primeira psicografia que é esta também que está na internet. Daquilo, as coisas só aumentaram, só progrediram e eu comecei a ter problemas. Eu fui visitar o meu dirigente espiritual

⁶¹ O livro *Nosso Lar* foi adaptado para o cinema e lançado em todo Brasil no segundo semestre de 2010. A produção, orçada em R\$ 20 milhões, teve o apoio da Federação Espírita Brasileira (FEB) e foi distribuída pela Fox Filme do Brasil. Nas cinco primeiras semanas em cartaz nos cinemas, o filme foi visto por mais de três milhões de espectadores e arrecadou cerca de R\$ 30 milhões, se tornando uma das maiores bilheterias do cinema nacional.

no seminário, eu comecei a escrever, escrever, escrever, não parei mais de escrever, até hoje continuo escrevendo e eu mostrava pra ele e ele dizia que eram tudo coisas que tinham uma arquitetura cronológica, que havia verdades naquilo, que aquilo era um processo teológico, mas que não era católico porque falava em reencarnação.

Esta primeira comunicação, psicografada numa sacristia nas páginas de um missal, está reproduzida no site do NENL e diz:

...apesar de tua pouca idade, urge a necessidade de compreenderes que o mundo avança, que a natureza cumpre o seu papel, se nada for feito para a mudança, ninguém mudará. Porém, o mundo exigirá de cada ser, o máximo para atingir os elevados sintomas da evolução necessária ao homem. Hoje tens a emoção, a saúde e disposição para buscar a sintonia com uma nova ordem, e durante o passar do tempo providenciaremos também a tua preparação, para que na hora oportuna tudo possa se estabelecer.

Segundo irmão Álvaro, a partir desse momento se processou em sua vida uma série de transformações. A princípio, continuou no seminário, mas aos poucos o catolicismo foi perdendo o sentido:

Não teve mais condições, eu tive que abandonar porque pra mim começou a ser uma atividade completamente a parte, não errada, mas uma atividade a parte que não me trazia a mesma paixão de outrora. Eu tinha encontrado algo que era fascinante pra mim e eu comecei já naquele período, naquela época, eu comecei a escrever o que deveria ser o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer, isso há 30 anos, eu tinha 14, estou com 53, há 39 anos! Então há 39 anos atrás eu comecei a escrever o que seria o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer como nós temos ele hoje.

O contato com o mentor espiritual através da psicografia resultou em uma intervenção médica. Durante certo período, que Álvaro não precisou, ele foi submetido ao uso de medicação prescrita por psiquiatras que, segundo ele, o diagnosticaram com dupla personalidade. A aproximação com a literatura da doutrina espírita teria sido um meio de livrar-se, “de fugir”, dessa intervenção psiquiátrica e dos medicamentos, e foi através do espiritismo que ele encontrou respostas para o fenômeno que ele até então não sabia ser nomeado de psicografia. Aos 17 anos, Álvaro já havia abandonado o seminário e se voltado

totalmente para o espiritismo. Durante seu percurso nessa religião passou também pela umbanda e pelo candomblé, não exatamente como adepto, como ele insiste em frisar, mas “como estudioso”, pois “não sou umbandista, sou kardecista”. Segundo ele, o conhecimento dessas religiões seria necessário “porque lá estão nossas origens”⁶². Anos depois ele se casou, teve dois filhos e trabalhou durante 35 anos no Banco do Estado de Santa Catarina. Durante esse tempo, os projetos que estavam “plasmados no plano astral” foram sendo materializados com a fundação do NENL e CAPC através da constante supervisão e orientação desse mentor.

Irmão Savas, como é corriqueiramente chamado pelos voluntários, é o dirigente no plano espiritual do NENL/CAPC. Em um texto exposto na página da instituição em 2006, Savas é reconhecido como aquele entre os mentores que “representa a sagacidade administrativa e operacional construída ao longo de muito tempo e trabalho”. Dentro do modelo organizacional das instituições, é dele que partem as orientações quanto aos modos como as terapias e cirurgias devem ser realizadas, as mudanças que constantemente são implementadas quanto às tarefas e práticas dos voluntários, ao modo como os pacientes devem ser tratados, ou seja, Savas é aquele que coordena, organiza, planeja e orienta todas as atividades do NENL/CAPC. Irmão Álvaro diz que apenas coloca em prática as orientações do mentor e para alguns voluntários, se alguma mudança nas atividades for ser sugerida ou solicitada, ela pode ser feita diretamente aos dirigentes encarnados, mas deverá antes de tudo ser aprovada por irmão Savas. De modo que uma voluntária disse ter pedido durante muito tempo em suas orações para que o irmão Savas permitisse o retorno de uma terapia que havia sido excluída do CAPC: “eu conversei muito com ele até que ele consentiu e a nossa terapia voltou”.

Savas Germano Savas é o nome desse médico, de origem grega, que viveu em Florianópolis. Sua especialidade era oftalmologia e ele teria trabalhado no antigo SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, serviço de assistência pública criado em 1949 no governo Vargas, e que seria uma espécie de precursor do atual

⁶² Era de conhecimento de todos no NENL/CAPC que a esposa do irmão Álvaro trabalhou por vários anos em um centro de umbanda, mas que há cerca de 8 anos havia deixado as práticas dessa religião, trabalhando apenas no NENL. Seu filho, no entanto, era ogã em uma casa de Almas e Angola, religião de matriz africana que seus adeptos afirmam só existir em Florianópolis e na sua região metropolitana. De acordo com Álvaro, nunca houve conflito na família por causa das filiações religiosas de cada um.

SAMU. Por questões pessoais, que não foram especificadas, Savas precisou deixar o Brasil e foi para Cuba. Ali chegou durante a revolução cubana e seu diploma de médico não foi reconhecido naquele país, o que o obrigou a trabalhar em canaviais para sobreviver, vindo a falecer aos 42 anos vítima de um enfarto agudo do miocárdio.

Essa é a história sucinta desse médico que hoje seria o coordenador dos trabalhos espirituais do NENL/CAPC. Quando iniciei minha pesquisa pensei em buscar mais dados sobre esse médico, para saber se de fato alguém de nome Savas Germano Savas viveu em Florianópolis e quando, se foi mesmo oftalmologista, etc. Florianópolis possui uma das mais antigas colônias gregas do Brasil. Os primeiros gregos desembarcaram na ilha em 1883 liderados por um capitão de embarcação mercante de nome Savas Nicolau Savas que hoje dá nome a ruas e estabelecimentos comerciais da cidade. Capitão Savas, como ficou conhecido, morreu em 1926 e deixou um filho de nome Miguel Savas, sendo esse também o nome de seu irmão⁶³. Seria o Capitão Savas avô de Savas Germano? Ou tio-avô? Não saberemos, pois comeci a me questionar qual seria a real necessidade de se comprovar a possível existência material dessa pessoa, se é a existência de seu espírito que impulsiona uma série de práticas, discursos e relações entre sujeitos. E se nada encontrasse sobre irmão Savas nos arquivos da cidade, o que mudaria?

Além disso, Savas é um dos mentores espirituais do NENL/CAPC, mas há outros mentores com histórias tão longínquas e tão mais difusas que não seria possível puxar o fio da meada de suas prováveis passagens pela Terra. Seriam eles então “menos reais” do que Savas, cuja “existência material” poderia, talvez, ser mapeada? Penso que não. Assim, em lugar de buscar uma “materialidade passada” de Savas me ative em analisar sua materialização diária em diversas atividades terapêuticas e nos modos como tais atividades “materializam” as ordens, o controle, a supervisão desse espírito. Nunca vi uma imagem de Savas nem ouvi uma descrição física dele, mas o fato é que sua presença é uma constante nas aberturas dos trabalhos espirituais-terapêuticos das duas casas, nas orações dos voluntários, nas justificativas para as mudanças organizacionais das práticas de cura.

A presença de Savas no NENL/CAPC é emblemática da relação histórica do espiritismo brasileiro com o campo da saúde, relação esta

⁶³ Para informações sobre a colônia grega em Florianópolis ver sougrego.vilabol.uol.com.br.

que se desenvolveu tanto entre espíritos (e espíritas) encarnados quanto desencarnados. Sua presença no panteão espiritual do NENL/CAPC reforça o caráter biomédico dessas instituições ao apresentar na própria “concepção astral” delas a figura desse médico como seu mentor e dirigente espiritual. Porém, diferente de outros espíritos-médicos que atuam em alguns lugares do Brasil, mais notadamente o Dr. Fritz, Savas não opera, ele coordena as equipes de cirurgia, embora também já tenha exercido essa função através de Álvaro.

No início, quando o NENL possuía poucos voluntários habilitados, assim como reduzida demanda, as cirurgias espirituais eram realizadas por Álvaro-Savas. Posteriormente, com o aumento do número de atendimentos e do número de médiuns capacitados para tal atividade, Álvaro e Savas passaram a atuar prioritariamente nas questões administrativas do NENL. O caráter administrativo assumido nesta parceria também coloca em evidência outro aspecto particular dessa relação entre médium e espírito. Ao contrário de alguns médiuns como Chico Xavier e aqueles que incorporaram o Dr. Fritz, Álvaro não precisou, nem desejava segundo ele, devotar sua vida ao exercício de uma mediunidade mais pragmática que pudesse transformá-lo num “super médium”:

...eu que recebia essa entidade que é o mentor, doutor Savas e fazia tudo, fazia o diagnóstico, fazia a operação, fazia o tratamento, mas era quando nós atendíamos 50 pessoas por semana, nós hoje atendemos duas mil pessoas por semana, nós não temos a menor possibilidade de fazer isso, mesmo porque nos dias de hoje iríamos fatalmente endeusar uma pessoa dessas, como é comum e eu não me adapto muito a isso. Eu quero ter uma vida normal, eu quero errar igual a todo mundo, eu quero ir no campo de futebol e xingar o juiz, eu não quero nenhuma censura com a minha vida, e de repente se eu sou o cara escolhido pra fazer isso, aí eu tenho que ter uma vida de total e definitiva clausura, não serviria pra mim! Eu quero continuar comendo carne, eu quero brincar, eu quero festejar, eu quero torcer pro meu Figueirense, eu quero chorar de emoção, eu quero errar, eu quero fazer tudo que eu tenho direito como homem, então não me venha pra cá com super poderes!

A figura do “super médium” rejeitada por Álvaro seria aquela que impõe ao médium um estilo de vida mais ascético em função das responsabilidades assumidas para com sua clientela. Neste sentido, sua fala nos remete imediatamente a figura de Chico Xavier cujo estilo de

vida ascético exigido por seu mentor Emmanuel na sua trajetória mediúnica não teria permitido a ele ter uma “vida normal” e fazer tudo que tinha “direito como homem”. Chico Xavier, então, seria a personificação do sacrifício, da obediência e da renúncia que, na análise de Stoll (2003), aproximaram o médium da noção de santidade católica e é essa aura de santidade, de endeusamento que é rejeitada por irmão Álvaro. No entanto, pode-se dizer que sua vida é devotada ao trabalho espiritual através da responsabilidade de manutenção que as duas casas exigem.

Além disso, ao se retirarem da cena das cirurgias espirituais e voltarem-se para a administração terrena e espiritual das duas casas, Álvaro-Savas também contrariaram algo que é comum no meio espírita: a identificação das entidades que atuam nos processos de cura, muitas vezes reconhecidas pelo nome e solicitadas pela clientela que passa a valorizar certos espíritos-médiuns em detrimento de outros. O projeto mediúnico no NENL, se assim posso dizer, não valoriza a identificação e personificação nem de médiuns nem de entidades na realização das cirurgias espirituais. Tanto médiuns quanto espíritos operadores não são identificados pelo nome, nem reconhecidos seja por pacientes e até mesmo voluntários. Obviamente que como idealizadores e dirigentes da instituição, Álvaro e Savas gozam de um prestígio diferenciado, já que são eles que orientam e coordenam em termos gerais o trabalho desenvolvido nas duas casas, mas esse prestígio estaria mais ligado justamente à função organizacional que ambos desenvolvem do que a algum poder de cura especial, por exemplo, já que hoje ambos estariam afastados dos processos terapêuticos em si.

Contudo, se acima de Álvaro estaria Savas na direção do NENL/CAPC, acima deste haveria outro mentor, alguém mais adiantado no processo evolutivo e o verdadeiro responsável pela idealização dessas instituições. Por fim, das fileiras da igreja católica, outro mentor viria compor a tríade organizacional do NENL/CAPC.

Um monge e um padre: entre o zen e o jesuíta

Depois de sua morte em Cuba, Savas teria vagado “na erraticidade [onde] buscou experiências extraordinárias de reconforto e de harmonização, que somadas às experiências no plano denso da matéria habilitaram-no a organizar, gerenciar e ordenar trabalhos de

relativa monta que deram origem aos atuais NENL e CAPC” (www.nenossolar.com.br). Nesta busca, foi recebido por Yura, um monge tibetano cuja última encarnação teria ocorrido há mais de 900 anos, segundo Álvaro “para ser mais preciso há 934 anos”. Álvaro poria em prática as orientações de Savas, mas seria Yura quem “plasma no astral” todo o sistema:

O médico conduz todo o sistema, doutor Savas, ele que recebe, ele que auxilia, ele que emite todas as normas, todas as determinações espirituais partem dele. Irmão Yura é quem pensa, ele é o grande pensador, ele é que plasma tudo no universo antes que seja colocado, construído, edificado fisicamente na Terra. Ele mantém esse plasma que ele faz do universo, como os hospitais, escolas do espaço, é mantido por ele.

Yura, como um ser que já conseguiu se desvencilhar do processo reencarnatório, estaria em esferas muito elevadas e o NENL/CAPC seria apenas um dos muitos projetos que este mentor coordena desde o plano espiritual. Segundo uma voluntária que está na casa há mais de 10 anos:

Yura é um espírito que está em várias outras casas. Ele é um espírito muito elevado e entre os espíritos elevados também tem graus diferentes. Como as crianças, aquelas que estão no prezinho são um nível de evolução, aquelas que já estão na quarta série outro nível, entende? Todos [mentores] são espíritos muito elevados, mas mesmo entre eles há vários níveis e irmão Yura está num nível muito alto. Então, em determinado tempo ele decidiu que iriam ser fundadas casas na Terra para ajudar as pessoas doentes, fazer a caridade, e ele precisava de espíritos que tinham vínculos com esses lugares onde iriam funcionar esses centros de cura para que eles fizessem o contato com pessoas aqui na Terra para executar isso, daí que ele encontrou o irmão Savas, que estava na erraticidade, e ele foi incumbido dessa missão e passou para o irmão Álvaro.

Deste modo, Savas não é escolhido por Yura aleatoriamente. É seu vínculo com Santa Catarina que permite essa escolha, já que no plano astral o NENL e o CAPC estariam há muito tempo “plasmados” sobre São José e Florianópolis, cabendo a esses mentores encontrar nessas cidades pessoas aptas para “materializar” esses hospitais. Esse “mito de origem” nos remete diretamente ao livro *Nosso Lar* assim

como a outras obras espíritas que evocam a relação estreita entre os planos astral e terreno para justificar o surgimento de instituições espíritas em determinados lugares. Apesar da posição elevada que Yura ocupa na cosmologia do NENL/CAPC, era a figura de Savas que mais cotidianamente era mencionada, já que ele aparecia como aquele que dava as orientações e estaria mais próximo do plano “da matéria” do que Yura, que ao que me consta nunca foi incorporado.

Assim, Savas seria um espírito dotado de uma incumbência mais prática na organização do NENL/CAPC sendo aquele que mantém um contato estreito com o plano da matéria, algo que não compete a Yura, cuja função é planejar no mundo espiritual o que irá ser materializado por outros na Terra. No entanto, além das orientações terapêuticas e administrativas que Savas coordena e da criação cósmica que Yura executa, há as atividades de cunho doutrinário que fazem parte de um centro espírita e que demandam não apenas idealização e administração, mas também orientação filosófico-religiosa: as palestras, destinadas ao público, e a escola de médiuns.

A escola de médiuns faz parte da constituição da doutrina espírita no Brasil. Foi criada durante a gestão de Bezerra de Menezes na FEB com objetivo de preparar os médiuns para o exercício das práticas espíritas através do estudo sistemático da doutrina. No NENL, no entanto, a escola de médiuns vai além do estudo do espiritismo, suas aulas estão voltadas também para o aprendizado das técnicas terapêuticas da casa, que não necessariamente envolvem o exercício da mediunidade. Em 2009, o NENL iniciou contato sistemático com uma faculdade espírita de Curitiba a fim de adquirir orientações sobre como implementar uma universidade espírita com curso reconhecido pelo MEC e destinada inicialmente apenas aos voluntários da casa. Essa universidade viria a substituir a escola de médiuns e a tornar-se requisito indispensável para todos aqueles que desejassem trabalhar no NENL e CAPC⁶⁴.

Gabriel seria o mentor encarregado de orientar essas atividades pedagógicas:

Gabriel apenas se diz um informador, um filósofo (amante da sabedoria), padre franciscano em sua última encarnação, se dedica aos trabalhos de esclarecimento e de conscientização, tanto dos trabalhadores das casas como dos inúmeros pacientes que a elas

⁶⁴ Tratarei dessa questão mais a fundo em outro capítulo.

recorrem. Representa a saga da informação. (www.nenossolar.com.br).

A figura de Gabriel completa o panteão do NENL e traz elementos do catolicismo para as práticas espíritas dessa instituição. Embora o texto acima, publicado no site do NENL em 2006 diga que Gabriel era um padre franciscano, Álvaro mais de uma vez disse que ele era um padre jesuíta. Quando o questionei sobre essa divergência ele disse que:

...quando ele veio para o Brasil ele veio como jesuíta porque franciscanos não existiam [sic]. A ordem franciscana ela foi sequenciada dos jesuítas no período de 1500 e alguma coisa e quando foi mudando a ordem de jesuíta para franciscano, ele optou por franciscano, então na verdade ele é conhecido como jesuíta e franciscano, só que pra nós ele nos foi apresentado como um jesuíta.

Como jesuíta esse padre português teria acompanhado os bandeirantes e participado de perto do processo de escravização de muitos índios. Em outros momentos também aparece na divisão das capitanias hereditárias, porém o que importa saber é que sua figura evoca a participação da igreja na escravização dos indígenas brasileiros.

Ele trabalhou nesse período. Então como ele se considerou uma pessoa extremamente devedora, muito embora sendo um profundo conhecedor da filosofia, ele fazia aquilo porque naquela época aquilo era correto. Naquela época um escravo era escravo, não era considerado um ser humano e ele trabalhou nesse processo da divisão das capitanias hereditárias, das entradas e bandeiras em que eles iam para o interior trazer os índios pra misturar com os escravos (irmão Álvaro).

Gabriel é, então, um representante do catolicismo que, devedor espiritualmente por ter participado das atrocidades cometidas pelos bandeirantes contra os índios, se redime através da caridade em um centro espírita, oferecendo agora seus “conhecimentos filosóficos” e sua sabedoria para conscientizar as pessoas para a “prática do bem e do amor ao próximo”. Assim, pelo seu caráter missionário, evangelizador e teológico, a ele coube o comando das palestras proferidas no Núcleo, dos ensinamentos de orientação cristã-evangélica oferecido aos voluntários e de todas as atividades ligadas ao estudo da doutrina espírita no NENL.

A tríade de mentores do NENL nos traz alguns elementos interessantes para pensar as relações históricas entre espiritismo e medicina, assim como a presença incontestável do catolicismo em suas bases e o tom nacionalista que perpassa o espiritismo brasileiro. O evento da primeira psicografia realizada por Savas através de Álvaro se deu dentro de uma sacristia, no verso de um missal. A intervenção desse espírito-médico dá início à transformação do destino de um (talvez) futuro padre. A missão terapêutica de Álvaro interrompeu sua possível missão sacerdotal, embora não tenha lhe retirado a vocação para o exercício religioso que o cumprimento da prática espírita lhe exigiria. Assim, o texto que poderia ser considerado “a pedra fundamental” de um hospital espírita foi produzida no interior de uma igreja católica e resultou na ruptura de Álvaro com a igreja, mas não com as entidades católicas.

Deste modo, no hospital espiritual que começou a ser idealizado numa sacristia há um lugar importante para o espírito de um padre missionário que vai da Bíblia a Kardec na sua evangelização, pois quanto a isso não há contradição, todos falam de Jesus. Sua missão evangelizadora estaria também relacionada à sua atuação durante a formação do país quando encarnado, de modo que sua “dívida” cármica se produziu com aqueles que, ainda que indiretamente, ele teria auxiliado a escravizar, os índios que aqui viviam.

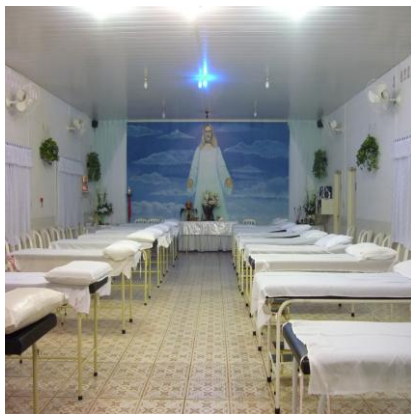
Por fim, Yura seria a sabedoria ancestral, aquele que livre da necessidade de se redimir de qualquer falta e estando liberto da roda das reencarnações, se doa ao exercício de aplacar o sofrimento dos que vivem na Terra. Não é médico nem padre, mas guardaria a aura de um conhecimento antigo oriental no qual medicina e espiritualidade sempre estiveram juntas, de modo que um monge pode ser tão médico quanto sacerdote.

Savas, Yura e Gabriel formam uma espécie de cúpula organizacional do NENL e, conseqüentemente, do CAPC, mas além deles haveria uma diversidade de outros espíritos atuando anonimamente nas duas casas, de médicos a caboclos, de pretos-velhos aos povos andinos, que atuam especialmente no cotidiano das práticas terapêuticas e nas cirurgias espirituais.

Da Virgem Maria aos Povos Andinos: catolicismo e xamanismo no centro espírita

A ligação do NENL com o catolicismo se revela desde a história pessoal do presidente da instituição que foi seminarista, passando pelo padre que compõe o corpo de mentores espirituais da casa e se materializa por toda instituição através das várias imagens de santos (quadros e estátuas). São imagens não apenas de Jesus Cristo, mas de Nossa Senhora, Santa Teresinha e São Francisco. No salão principal do NENL, onde eram realizadas várias terapias durante a semana, há uma parede pintada totalmente com a imagem de Jesus Cristo, de forma que todos se referiam a esse lugar como o “salão do Cristo”.

Os elementos católicos eram evidentes tanto no NENL quanto no CAPC. Pacientes, voluntários e visitantes tomavam imediatamente contato com esse aspecto ao ponto de alguns pacientes do CAPC questionarem os voluntários se ali era mesmo “uma casa espírita kardecista” ao que prontamente se afirmava que sim, aquela era uma casa espírita kardecista, apesar das imagens não serem algo considerado próprio do espiritismo kardecista, mas como eram elementos importantes para religiosidade de muitas pessoas, inclusive de muitos voluntários católicos da casa, elas estariam ali para dar conforto aos pacientes identificados com o catolicismo, que eram maioria no NENL e CAPC.



Salão do Cristo (NENL)



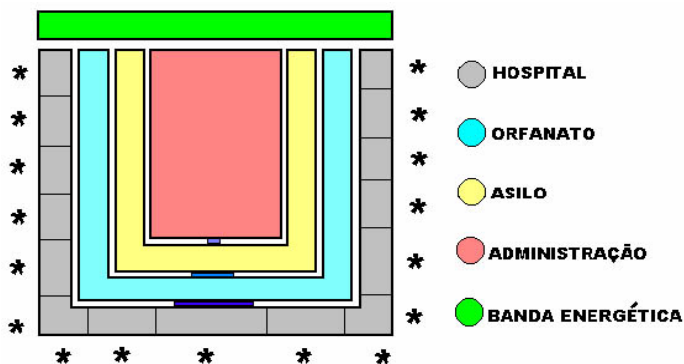
Auditório do NENL

Elementos religiosos não-católicos, embora não fossem escamoteados ou negados, faziam parte apenas dos discursos (e dos espaços em alguns casos) dirigidos aos voluntários das duas casas. Em ambas, o que se rezava junto aos pacientes era o pai-nosso e a ave-maria, mas na abertura dos trabalhos entre os médiuns, além de Jesus e dos mentores Savas, Yura e Gabriel, também se pedia proteção, segurança e harmonia aos Charruas e aos povos andinos bem como aos caboclos e pretos-velhos. Parte da cosmologia das duas instituições, essas entidades atuariam em diversas frentes, da segurança dos trabalhos espirituais-terapêuticos até a realização das cirurgias espirituais.

Na parte externa do NENL onde existe uma área verde bem cuidada, uma espécie de jardim que sobe a encosta do morro ao pé do qual o prédio do Núcleo foi edificado, havia também uma grande imagem similar à do Cristo Redentor, além de imagens em pequenas grutas de São Francisco e Nossa Senhora, e para os que observavam melhor, aos pés de São Francisco estava uma pequena imagem de Iemanjá e mais adiante uma placa junto a um conjunto de pedras anunciava o “Monumento aos Charruas”. Assim, aliados ao médico, ao monge e ao padre estariam os índios que atuavam como cirurgiões, seguranças espirituais e também mentores das duas casas.

Índios Charruas: os irmãos da segurança

Em um documento publicado no site do NENL em 2006 encontrei a primeira referência oficial da casa aos índios Charruas que habitaram o Uruguai e parte do Rio Grande do Sul. O documento apresentava a planta espacial do NENL, ou seja, aquilo que estaria plasmado no astral para se materializar na Terra. O projeto “Núcleo Espírita Nosso Lar” não envolve apenas o hospital espiritual ou as atividades doutrinárias, mas todo um complexo de instituições que já estariam “plasmadas” no plano espiritual aguardando os meios materiais de serem concretizadas na Terra.



Planta Espacial do NENL/CAPC (fonte: www.nenossolar.com.br)

Cada U corresponderia a uma instituição, e delas a única que estaria até o momento concretizada no “plano denso da matéria” seria o Hospital, ou seja, o NENL e CAPC. Sobre os asteriscos que contornam toda planta, o texto dizia que:

Os asteriscos que são vistos ao redor do NENL Espacial representam os irmãos guardiões, cujas energias primárias entrelaçadas dão especial proteção à Casa. Esses irmãos geralmente são espíritos que possuem forte experiência reencarnatória como índios, e no caso do NENL, eles provem de tribos dizimadas no atual Uruguai e parte do Brasil e conhecidos como a Nação Charrua. Constitui a denominada Segurança da Casa.

Os índios Charruas eram os espíritos que protegiam o NENL/CAPC contra a investida de espíritos mal intencionados que pudessem vir a perturbar a harmonia dos tratamentos e das cirurgias espirituais. Eles estariam em cada canto da instituição, vigilantes e apostos, para impedir qualquer tipo de perturbação:

Aqui não entra nada, mesmo que alguma coisa ruim venha te acompanhando quando você chega no Núcleo ou no CAPC fica na porta, não entra porque os índios não deixam. Nossa proteção é muito forte, não passa nada por eles! (voluntária).

A ligação com essa “nação indígena” também se expressava através de um conjunto de médiuns que eram escolhidos, através de

critérios que eles mesmos diziam desconhecer, para serem os “irmãos ou irmãs da segurança”. Esses voluntários, quando designados para “fazerem a segurança” de um turno de trabalho deviam afixar sobre o jaleco que habitualmente usavam uma manga marrom no braço direito, o sinal indicativo de que naquele turno ele/a estava, junto com os Charruas, responsável pela segurança espiritual dos trabalhos.



Monumento Charrua (NENL)

Jardim NENL (estátua do Cristo)

Não consegui descobrir ao certo o que faz um voluntário apto ou não para desempenhar essa função, a não ser a exigência de uma postura “séria e compenetrada” durante a execução da tarefa, de modo que quem estivesse usando a manga marrom “não pode nem sorrir na hora do trabalho!”. Quando uma voluntária novata reclamou para outra mais antiga que os irmãos da segurança eram antipáticos e estavam sempre com “cara de bravo” ela, que também atuava como “irmã da segurança”, explicou que era assim porque:

Eles estão ali segurando tudo. Se algo der errado, a culpa sempre é do irmão da segurança e ali junto com ele estão todas as falanges, os índios velhos oh, tudo assim [cruza os braços e faz cara de enfezada]. Os irmãos da segurança seguram tudo mesmo, eles têm que dar conta de todos esses índios que estão aqui trabalhando, porque em cada leito daqueles ali tem um índio junto trabalhando.

No entanto, acima dos espíritos que fazem a segurança, quem “dava conta” de todos esses índios era um preto-velho de nome Nego Adão que viveu em São Paulo (Santos), antiga Vila São Vicente. No site do NENL havia uma psicografia do Nego Adão, espírito que hoje integra “uma ordem espiritual de muito entendimento evangélico, atuando na área médica espiritual, junto com o Mentor Espiritual do Núcleo Espírita Nosso Lar, nas lidas de cuidados e curas” (www.nenossolar.com.br). Segundo irmão Álvaro:

Todo sistema de segurança de Nosso Lar é elaborado por um preto velho, um negro, um escravo que também passou a se comunicar conosco, nós chamamos de Nego Adão, mas ele dificilmente se comunica, ele agrega em torno dele esses trabalhadores Charruas que fazem o trabalho de segurança, tanto lá [CAPC] quanto aqui [NENL], o sistema é o mesmo. Este negro ele coordena o trabalho dos Charruas.

O texto psicografado, atribuído ao Nego Adão diz que:

Mais de um século se passou desde que deixei meu corpo físico, mas até hoje continuo seguindo os passos deste médico que me curou a alma dando-me a grande oportunidade de atuar neste país como espírito desencarnado, liderando uma falange de espíritos que aqui muito sofreram como escravos, mas também conseguiram quebrar os grilhões do passado pela força do amor!

De modo que ele não seria o único preto-velho a atuar em NENL. Eles também faziam parte da cosmologia da casa e atuavam tanto na segurança, como também nas cirurgias espirituais, embora esse fosse um espaço privilegiado dos andinos, como veremos logo adiante. Além do Nego Adão, haveria também uma índia que com ele coordena os trabalhos da segurança espiritual, mas ouvi apenas uma ou duas referências a essa entidade em todo tempo que passei no CAPC. Seu nome seria Carumã e segundo a médium mais diretamente ligada a ela (que é a dirigente direta do CAPC), essa índia “não se arrepende das broncas que dá por aqui nos irmãos, porque ela sempre está certa, e ela tem que ser firme mesmo, se está fazendo errado ela vai mesmo chamar a atenção, ela é rígida porque é assim que tem que ser”.

Os voluntários e voluntárias que atuavam como seguranças iam uma vez por ano ao Uruguai fazer uma “conexão espiritual” com o povo Charrua e agradecer pelo auxílio recebido, bem como tomar contato com aqueles que seriam seus descendentes, filhos e netos dos Charruas.

A viagem era feita em grupo e recebia o nome de “missão”. Havia outras missões que alguns voluntários do NENL realizavam anualmente. Esses eram momentos nos quais os médiuns iam ao encontro do local onde viveram essas “antigas civilizações” com as quais hoje eles trabalhavam nos processos de cura. Nessas missões, os médiuns participavam de vivências, desenvolviam atividades com o grupo, visitavam lugares identificados como sagrados para os povos que ali viveram e faziam contato com as atuais comunidades “nativas”. Todas as missões eram consideradas importantes, mas uma delas era especial: a missão aos Andes já que seria através dela que se renovaria o contato com aqueles que são hoje os principais espíritos operadores do NENL/CAPC, os povos andinos.

Os povos das montanhas: os andinos.

A missão ao Peru também ocorria, pelo menos, uma vez por ano, geralmente em novembro. Dela podiam participar todos os voluntários da instituição, mas preferencialmente aqueles que estavam mais envolvidos com a casa, frequentavam a escola de médiuns, aplicavam as terapias, etc. Os voluntários com frequência mais esporádica não estavam impedidos de participar da missão, mas como havia sempre um número limitado de vagas, a preferência era para os voluntários “mais participativos”. Assim sendo, eu não participei de uma missão já que formalizei meu voluntariado quando já estava preste a terminar a pesquisa de campo. Além disso, restringi minha participação na instituição, como dito na introdução, e não cheguei a participar das aulas da escola de médiuns.

Os escolhidos para seguir na missão começavam a se reunir mensalmente desde o início do ano para receberem uma preparação sobre os propósitos dessa viagem, pois essa não seria “uma simples viagem de turismo, o objetivo é espiritual e de crescimento pessoal”. Cada voluntário financiava sua missão. Geralmente um ônibus era alugado e a viagem levava cerca de 20 dias entre ida e volta. O trajeto incluía Atacama, Cuzco, Machu Picchu e Pizac e o coordenador da missão ao Peru era quase sempre o dirigente geral, irmão Álvaro, que vai ao Peru mais de uma vez por ano.

Ao retornarem da sua primeira missão ao Peru, os voluntários que desejassem podiam fazer parte do Grupo Andino, um grupo que se reunia uma vez por semana no NENL quando abriam uma mesa andina

em intenção de cura pelos pacientes, encarnados e desencarnados, que estavam sendo tratados na casa. Cada participante do grupo tinha sua própria mesa e havia uma mesa única do grupo, aberta nas quartas-feiras. Em uma apostila elaborada pelo grupo que realizou a missão ao Peru em 2006, a mesa andina é definida como “uma adaptação moderna de um antigo costume cultural e religioso do povo que habitava os Andes. Adaptação de um procedimento xamânico”. O texto segue dizendo:

O xamanismo foi a primeira manifestação religiosa entre os seres humanos e a Divindade. O xamã era, e é, aquele que faz a mediação entre seu povo, sua cultura, e o mundo espiritual, é um escolhido, um sábio, um curador e orientador ético de seu povo [...] A mesa é uma amiga, uma companheira que fala do autoconhecimento e da autocura. Constituída por nós como elemento real, tal como o rosário para o católico, nos permite uma ligação com Deus. Ela é uma ferramenta que não é do NENL, não é de uma religião específica, não é do espiritismo, mas uma ferramenta do aspecto humano [...] ela é o nosso relato interior, nosso mapa interior exposto para Deus e para nós mesmos e que permite que acompanhemos nosso crescimento, nossa evolução, nossa cura (NENL, 2007: 1-2).

A mesa andina constitui-se em um pano que deve ser aberto (geralmente no chão) seguindo-se certas regras quanto às posições das extremidades. Sobre esse pano são colocados alguns objetos chamados de elementos fixos e transitórios. Um desses elementos é uma pedra que deveria ser coletada no terreno do NENL. Ela representava a segurança espiritual do grupo e homenageava diretamente os Charruas. Outro elemento seria algo trazido do mar que seria um ambiente “purificador de energias através dos seus elementos como o iodo, a salinização, o meio marinho” de modo que este elemento é associado à “limpeza, assepsia, a saúde e ao bem estar”. Um terceiro elemento seria novamente uma pedra que antes deveria ser trazida do Atacama, mas, seguindo uma participante do grupo, já há algum tempo deixaram de exigir que essa pedra viesse de lá porque “desse jeito a gente ia acabar com as pedras do Atacama! Basta o elemento que a gente pega no Núcleo mesmo”. Esses três elementos seriam fixos.

Já os elementos transitórios seriam aqueles ligados a vida pessoal de cada um, mas um deles é comum a todos que é o *tumi*, objeto de madeira, osso ou metal com o qual os povos andinos realizavam as trepanações, perfurações no cérebro feitas com objetivos terapêuticos ou

punitivos. Esse *tumi* deve ser comprado no Peru e ocupa o centro da mesa andina do NENL, já que a finalidade atual dela seria de cura.

Segundo a descrição presente no material elaborado pelos próprios voluntários do NENL que participavam da mesa andina, durante a abertura da mesa, que era feita apenas no NENL, a música “Gabriel’s Oboé” do filme “A Missão” era executada⁶⁵, a mesa era aberta e fechada com um pai-nosso e era saudada por todos na sua abertura com um leve toque da cabeça na mesa.

Ainda segundo o texto elaborado pelo grupo, a relação da mesa andina com as atividades do NENL se daria em três aspectos: a espiritualidade pessoal de cada um, a segurança espiritual representada pelos Charruas, e por fim, ao aspecto operacional da casa, já que naquela época (2006-7) os povos andinos eram os principais espíritos operadores do NENL e CAPC:

A Mesa Andina não foi uma imposição desses irmãos, mas um ato de respeito, um ato de desenvolvimento de nossa parte, um ato de caridade, e acima de tudo, um ato de homenagem a esse povo que vem das montanhas todos os dias operar em Nosso Lar (idem: 18).

Assim, nesta casa espírita (também kardecista) de estética biomédica quem fazia a segurança espiritual eram índios Charruas coordenados por um preto-velho e uma índia e quem operava os pacientes eram os povos andinos, Incas, Maias e outros que com seu conhecimento cirúrgico ancestral orientavam os médiuns, alguns deles médicos por formação, a realizarem as cirurgias espirituais. No entanto, também engrossavam as fileiras dos espíritos operadores preto-velhos, médicos e outros que, como frequentemente era dito no NENL/CAPC, “atuam no anonimato”, pois salvo as menções aqui feitas, as demais entidades não são nomeadas.

A primeira vista, pode parecer que não havia limites para a diversificação dos conteúdos espirituais do NENL, mas havia e eles diziam respeito, sobretudo, ao modo como as práticas espirituais podiam interferir na condução das atividades terapêuticas que eram apresentadas

⁶⁵ O filme “A Missão” (1986) trata da redenção de um violento mercador de escravos indígenas no século XVIII que, consumido pelo remorso depois de matar seu próprio irmão ao descobrir que ele tinha um caso com sua esposa, decide se penitenciar ajudando os índios que antes ele escravizava. Para isso, se une aos jesuítas contra os seus antigos parceiros de negócios numa guerra para defender da escravidão e do extermínio os índios em catequese pela missão jesuítica.

enquanto espirituais e “cientificamente comprovadas”. É neste sentido que, apesar de todas as entidades que ali transitavam e da centralidade da mediunidade no espiritismo, nem no NENL nem no CAPC a prática da incorporação era aceita, pois ela seria geralmente uma forma não racionalizada de uso do poder espiritual, que muitas vezes mais atrapalharia do que ajudaria no processo de cura dos pacientes e dos voluntários que ali trabalhavam. Essa questão será melhor discutida em outro capítulo. O que importa frisar agora é que, apesar de entidades comuns ao universo da umbanda, como caboclos e pretos-velhos, o modo de relação com essas entidades por parte dos voluntários da casa se dava de forma totalmente diversa daquela que pode ser observada na prática umbandista. Do mesmo modo, a presença maciça de imagens e símbolos retirados do catolicismo não implicava nas mesmas práticas dos católicos.

Mente, Corpo, Energias e Espíritos: os processos terapêuticos no NENL

Ainda de acordo com o seu “mito de origem”, o NENL havia sido concebido inicialmente como uma “casa de passagem”, lugar onde espíritos:

...transtornados, tragados por guerras, por naufrágios, enfim, espíritos que não se sabia o que fazer com eles eram depositados. E com o passar do tempo, eles [os mentores] passaram a ser responsáveis por essa casa de passagem e um determinado dia 16 de agosto de um determinado ano, essa casa de passagem recebe uma orientação para ser um hospital e hospital esse que você hoje é convidado para vir fazer parte (palestra do dirigente geral em retiro preparatório de novos voluntários – 14/03/2010).

Essa casa de passagem seria também um lugar destinado a receber os espíritos daqueles que durante a colonização do Brasil desencarnaram “em um verdadeiro estado de confusão” (NENL, 2007: 20) e que seriam, sobretudo, os povos indígenas brasileiros que diante da brutalidade com que foram escravizados e mortos passaram por um processo de “perturbação espiritual” intensa. A casa de passagem, seria então, esse lugar de “resgate” desses espíritos e com o passar do tempo, ela se tornou um hospital espiritual. Embora o NENL tenha sido

constituído enquanto uma entidade autônoma civil em 1986, a data de fundação que aparece na fachada do prédio é 16/08/1976, já que foi num “determinado dia 16 de agosto de um determinado ano” que a orientação para que a casa de passagem se tornasse um hospital foi recebida.



Fachada do NENL



Vista do NENL a partir do jardim

Quanto ao projeto do CAPC, segundo irmão Álvaro e outros voluntários, ele sempre existiu, sempre fez parte do ambiente “plasmado” pela espiritualidade, porém, as condições materiais só permitiriam que ele fosse fundado em 1998. A criação dessa nova unidade permitiu a distribuição dos atendimentos da seguinte forma: no NENL ficaria concentrado o atendimento inicial de toda e qualquer pessoa que buscasse tratamentos espirituais-terapêuticos. Essas pessoas passariam por uma avaliação médica e espiritual no NENL e, de acordo com a doença de cada um, a pessoa poderia ser encaminhada para tratamento no NENL ou no CAPC. Obviamente que o critério para ser direcionado ao CAPC seria principalmente o diagnóstico de câncer, mas não apenas esse, estando incluídos ali também os pacientes com doenças degenerativas e autoimunes, pois estes necessitariam de um acompanhamento mais cuidadoso e de longa duração.

Assim, a partir da criação do CAPC, no NENL passaram a ser tratados apenas os pacientes com doenças consideradas agudas, mas não crônicas ou, como muitos voluntários costumam dizer, “doenças físicas leves” tais como problemas de ordem muscular, óssea, alergias, etc. Neste sentido, o tratamento não diferiam muito daquele observado no

CAPC a não ser pelo tempo mais reduzido, já que os tratamentos ditos “físicos” no NENL duravam em média dois dias (embora o paciente recebesse sempre uma recomendação para retorno com data marcada). As terapias oferecidas no tratamento das “doenças físicas leves” eram basicamente as mesmas do CAPC, embora envolvessem procedimentos diferenciados.

O NENL também abrigava os *grupos vivenciais* que eram grupos formados por pacientes atendidos no CAPC. Nestes grupos vivenciais eram aplicadas técnicas oriundas de várias práticas terapêuticas e psicoterapêuticas como danças circulares, pathwork, constelações familiares, arteterapia, roda da cura xamânica e outros. Apenas alguns pacientes do CAPC eram convidados para participar desses grupos, mas mesmo os que não eram convidados podiam solicitar para fazer parte de mais esse tipo de tratamento que pode durar de sete semanas a quatro meses, dependendo da abordagem terapêutica utilizada. Os encontros ocorriam uma vez por semana e tinham duração média de três horas.

Além dos tratamentos “físicos” e dos grupos vivenciais, o NENL oferecia também tratamento para as chamadas doenças de ordem “mental-espiritual”, classificadas também como “doenças da alma”: depressão, compulsão, obsessões, ansiedade, síndrome do pânico, etc., sendo essas as formas de perturbações “clássicas”, por assim dizer, a serem tratadas historicamente no espiritismo e que mantêm atualizadas certas aproximações e disputas entre a doutrina espírita e a psiquiatria⁶⁶. Esse tratamento ocorria nas segundas, quintas e sábados e era revelador da peculiaridade do NENL. No segundo dia de visita ao NENL, uma quarta-feira, fui convidada a ajudar em um das terapias oferecidas aos pacientes, a massagem nos pés⁶⁷. Era o dia dos tratamentos ditos físicos e mesmo não sendo voluntária, foi permitido que eu fizesse as massagens sem problemas.

No dia seguinte, uma quinta-feira, novamente fui convidada por outra voluntária para fazer as massagens nos pés dos pacientes. Meu primeiro impulso foi aceitar, contudo, lembrei-me do que havia me dito

⁶⁶ Como apontado na introdução, no Brasil há alguns hospitais (biomédicos) mantidos por instituições espíritas e boa parte deles se dedica ao tratamento de doentes mentais.

⁶⁷ Essa massagem não requer técnica e não é uma reflexologia, mas uma massagem leve e rápida que não deve estimular pontos de tensão, sendo utilizada como forma de tranquilizar o paciente e servir de exemplo de “carinho e humildade por parte dos voluntários”, já que se entende que a caridade “se ensina pelo exemplo”.

no dia anterior outra voluntária: “aqui cada dia é diferente, e mesmo parecendo que é tudo igual, não é nunca a mesma coisa, o trabalho de um dia não é o mesmo do outro”. De modo que fui checar com a coordenadora daquele dia se eu poderia fazer as massagens ao que ela respondeu negativamente dizendo “não meta sua mão em cumbuca, eu já estou trabalhando bastante para proteger você aqui, faça só sua observação”.

Fiquei um tanto curiosa para saber do que exatamente eu estava sendo protegida. Ela então esclareceu que as energias que estavam ali nos dias de tratamento “não-físico”, mas espiritual, eram completamente diferentes daquelas presentes na terça e na quarta-feira: “hoje o objetivo é outro, são muitas energias pesadas, são pessoas com muitos problemas emocionais que abriram espaço para energias negativas, espíritos inferiores, então a coisa é diferente, ontem você podia fazer a massagem sem problemas, mas hoje não”. De modo que eu, uma pessoa totalmente despreparada com relação ao domínio dessas “energias” não deveria “meter minha mão em cumbuca”.

Perguntei se o que ocorria então nos tratamentos ditos emocionais/espirituais seria o que normalmente denominamos desobsessões e a resposta foi “é e não é”, pois no NENL o que é conhecido no meio espírita com esse nome era tratado ali com métodos distintos e nomenclatura própria. No NENL raramente se ouvia as palavras desobsessão, obsessor e afins. Até mesmo o termo “espíritos” era frequentemente substituído por “energias”, especialmente junto aos pacientes, de modo que o que vinha a ser ressaltado era uma nomenclatura mais “científica” e não “mística”. Assim, o tratamento para questões espirituais no NENL consistia de duas partes, uma denominada “desmentalização” e a outra “transferência energética”. Nenhum dos termos remete a espíritos ou obsessores, mas à mente e a energias.

A desmentalização consistia na aplicação de uma série de terapias destinadas a “causar um choque” na pessoa e, conseqüentemente, em quaisquer “energias pesadas ou espíritos negativos” que estivessem com ela. De acordo com o que está posto na doutrina espírita, a pessoa que se diz vítima de obsessores se encontra nesse estado porque teria ou alguma dívida cármica com esse obsessor ou, o que seria mais frequente, o obsedado de alguma forma “entrou em frequência” com espíritos inferiores através de atos, pensamentos, condutas de vida, etc. Então, para livrar-se da obsessão não adianta

querer “exorcizar” o espírito obsessor, afastá-lo, ao contrário, é preciso “doutriná-lo” e essa doutrinação ocorre no momento em que a sua vítima vai em busca de ajuda espiritual. Assim, o tratamento da desobsessão é tanto para o ser encarnado quando para o desencarnado.

Embora o tratamento clássico da desobsessão focalize bastante na figura do espírito obsessor que é doutrinado em um seção específica para este fim, para que alguém obsedado se livre do seu algoz, ele deve trabalhar o pensamento, a sua conduta e suas atitudes diante da vida que ao se revestirem de “energias positivas” afastam ou também modificam a atitude do espírito obsessor.

Este aspecto da desobsessão era apreendido de forma mais intensa no NENL. Em decorrência disso, o foco de ação terapêutica aqui se voltava mais para a pessoa encarnada, pois entendia-se que através de pensamentos, atos, atitudes e comportamentos essas pessoas atraíram para junto de si os espíritos (ou energias) negativos. Deste modo, no NENL não se falava em desobsessão, mas em desmentalização, pois o que se pretendia era que o paciente rompesse o vínculo mental que o estava ligando a energias/espíritos negativos. Para uma das dirigentes, a desobsessão como praticada na maioria dos centros espíritas não adiantava, porque:

O processo desobsessivo nas casas espíritas, a grande maioria, se reúne em redor de uma mesa e recebe espírito pra desobsediar [sic], só que eu volto também pra rebeldia, eu não acredito que um ser que passou mais de mil anos me obsediando em duas ou três seções espíritas esse espírito vai deixar de me obsediar [sic], não funciona bem assim, é um processo mais demorado. Tanto que nossos pacientes do Núcleo a gente sempre indica que ele vá duas vezes ao ano na casa nesses processos pesados para poder ir desligando aos poucos e ir fazendo a conscientização das entidades, as coisas são complicadas no processo espiritual.

A crítica explícita colocada sobre o modo “convencional” com o qual a desobsessão é feita nas casas espíritas pode ser aqui relacionada aos embates de algumas correntes dentro do movimento espírita com a orientação doutrinário-terapêutica da FEB, como analisado anteriormente. Madureira (2010) também observou crítica semelhante em sua pesquisa com diferentes grupos espíritas de Natal (RN) onde aqueles que não estavam filiados a federações por terem uma prática terapêutica-espiritual em desacordo com as normas da FEB, afirmavam

que as técnicas de “desobsessão clássica” praticadas pelos centros espíritas “ortodoxos” seriam ineficientes, pois não seria possível “resolver o que chamam de 'processo obsessivo profundo' em 15 minutos de doutrinação do espírito, tempo normalmente utilizado para uma doutrinação clássica” (idem: 186-8).

Segundo irmão Álvaro, o método desenvolvido no Núcleo seria diferente daquele praticado em outras casas espíritas porque o foco não seriam os obsessores, mas as pessoas encarnadas, já que elas, “através de processos mentais, de comportamentos”, abriram espaço em suas vidas para ação dos espíritos inferiores, de modo que no NENL:

Preferimos não trabalhar com espíritos. As pessoas quando aparecem aqui, elas normalmente tem a seguinte impressão do que está acontecendo com elas: eu estava muito bem aí apareceu um espírito para me incomodar, então eu estou obsediado [sic] e eu quero me tratar. As pessoas dizem isso. Mas nós sabemos na verdade que o que existe não é isso, nenhum espírito pode fazer mal, assim como nenhum espírito pode fazer bem a quem quer que seja. Até porque o que vigora entre nós é a máxima do Cristo que é a lei do amor e tem uma das coisas mais importantes da lei do amor que se chama livre arbítrio em que ninguém tem que fazer nada forçado. Agora tem pessoas que sofrem influência direta de espíritos por que? Porque permitem-se a isso, primeiro creem nisso, elas creem nisso, elas tem certeza que o que estão sentindo naquele momento é a atuação de um espírito, neste caso não tem como fazer diferente, você é obrigado a tratar do que a pessoa acaba referindo-se ou reclamando, mas lá no fundo, lá no fundo nós tratamos é das pessoas que nos procuram [...] A gente tenta, através de um choque anímico, que é um choque de emoções, fazer essa criatura voltar ao seu estado primário, reconhecer o seu próprio estágio pessoal e dali partir pra uma melhora. Encher essa criatura de confiança, de amor próprio, elevar a estima dessa criatura, preparar esse lado emocional, esse lado psíquico e também o lado espiritual porque a partir do momento que eu creio [em Deus], eu abro uma porta.

Deste modo, a desmentalização seria um processo que busca “alterar a frequência do pensamento” da pessoa que se queixa de algum tipo de problema espiritual, que consequentemente pode levar ou ser resultado de um problema psíquico-emocional. No site do NENL, no entanto, a desmentalização estava descrita como:

Obsessão, loucura, traumas, desvios de comportamento, o “nada dá certo”. São casos relacionados a esse tipo de terapia, haja vista que sua atuação está intimamente ligada ao tratamento espiritual propriamente dito (desobsessão). É, na acepção da palavra, o contato com o plano espiritual, a fim de serem solucionados os problemas afetos dos pacientes em desequilíbrio físico, moral ou do espírito.

Deste modo, não se estaria negando a importância da desobsessão enquanto terapia, mas sim o modo como ela seria feita “na maioria das casas espíritas”, com uma metodologia considerada rápida demais para promover modificações de ordem moral e espiritual tanto nas pessoas quanto nos espíritos.

Os termos usados também não são aleatórios, a preferência por falar de “mente” e “energia” está relacionada à intenção que se tinha no NENL/CAPC de se apresentar enquanto uma comunidade religiosa sim, mas na qual o aspecto científico seria a base dos seus tratamentos e onde não havia a intenção explícita de conversão religiosa dos pacientes. Deste modo, o termo “energia” era empregado com muito mais frequência que “espírito”, pois essa era uma categoria genérica que tanto apresentava significados do ponto de vista religioso-espiritual quanto da física e da química, por exemplo. Do mesmo modo, o “poder da mente” aparecia como termo muito mais adequado para se unir ao “fortalecimento da fé” do que o poder de intervenção de espíritos já que a própria “ciência moderna” estaria comprovando como a mente e as emoções atuam sobre os estados físicos. Assim, falar de “desmentalização” e “transferência energética” estaria mais apropriado ao jargão científico, e distanciado do que algumas vezes era considerado, sobretudo por alguns dirigentes da instituição, como “mistificação” da doutrina espírita.

Com relação às divisões feitas entre doenças físicas e doenças espirituais-emocionais que por vezes podem parecer ambíguas, é preciso ter em mente que quando falo aqui em tratamento para doença espiritual-emocional deve ficar claro que isso não exclui a questão física e vice-versa. Todas as terapias oferecidas nas segundas, quintas e sábados eram realizadas *no* corpo do paciente. Ele era tocado, recebia passes, massagens, cromoterapia, fitoterapia, massagem com toalha molhada e a chamada “transferência energética” seria uma outra forma de nomear a cirurgia espiritual que ocorre nesses dias, também chamada de “cirurgia transcendental”, quando as energias/espíritos negativos são encaminhados (transferidos) para o plano astral. A cirurgia, no entanto,

se dava no corpo do paciente que não era operado em um órgão específico, mas sim em um centro de força ou chakra que estaria em desequilíbrio e em função disso podia ter causado doenças mentais, espirituais e também físicas, já que esses centros de força de ligam ao corpo material.

No NENL (e conseqüentemente no CAPC) os conceitos de físico, mental e espiritual estavam sendo tensionados e colocados em relação nos discursos e nos tratamentos o tempo inteiro. Dependendo de quem fala, ora era o emocional que parecia se sobrepôr ao espiritual já que “toda doença é de fundo emocional”, ora era o espiritual que toma a centralidade do processo, pois “a espiritualidade atua de muitas formas no nosso corpo”, e ora o físico podia ser afetado por si mesmo, já que somos animais que como todos os seres na natureza podemos adoecer, “pois os outros animais também adoecem, e eles não tem carma, não tem depressão, não tem traumas”.

Por outro lado, o ser humano devia ser visto como “ser integrado em suas dimensões física, psíquica, emocional e espiritual”, de modo que só aparentemente ele era direcionado para o tratamento de uma doença que seria classificada a princípio como apenas física ou apenas mental-espiritual. A dor é no joelho, o tratamento indicado é físico, mas o que será feito é uma cirurgia espiritual. O que o paciente tem pode ser depressão, o que permitiu que “energias negativas” se aproximassem dele agravando seu desequilíbrio emocional, e isso lhe causa também enxaqueca, então sua transferência energética, que nada mais é do que a própria cirurgia espiritual, será na cabeça onde estão seu cérebro, a glândula pineal e os chakras frontal e coronário.

Assim, a aparente separação entre o que poderia ser considerado uma polaridade no entendimento do que seriam “doenças físicas” e “doenças emocionais-espirituais” serve mais a um esforço de organização das tarefas e procedimentos a serem adotados junto aos pacientes, bem como ao modo como a dita espiritualidade será acionada para trabalhar, do que de fato a uma separação entre corpo, mente e espírito. O que importa mais nessa classificação é compreender que um paciente que busca tratamento para um simples desvio de septo não traz a mesma “frequência emocional ou espiritual” de uma mãe que perdeu o filho em um acidente e agora está com quadro depressivo. Da mesma forma, um paciente com câncer tratado no CAPC pode ser direcionado a fazer a desmentalização no NENL, se durante seu processo com a doença ele desenvolver uma depressão, por exemplo.

No início da pesquisa eu estava sempre atenta às contradições da pretensa unidade do sujeito propagada no NENL e no CAPC que se apresentavam em profusão. No entanto, percebi que a contradição estava mais ligada ao modo como eu estava tentando compreender e catalogar as práticas da instituição, do que ao modo como de fato essas práticas eram vivenciadas e compreendidas pelos atores, pacientes e voluntários. Essas questões serão esmiuçadas no decorrer deste trabalho, pois as ambiguidades do discurso sobre a unidade do ser, seus vários corpos e a ação da espiritualidade foi algo que se apresentou de forma muito marcante na relação entre os voluntários e deles com os pacientes e considero que são essas ambiguidades e tensionamentos que marcam a constante produção conceitual e prática dos sujeitos sobre saúde, doença, corpo, mente e espírito não apenas nessa instituição, mas também na conformação do espiritismo brasileiro e do campo da saúde na contemporaneidade.

Um dos aspectos importantes que também fazem parte dessa separação/união entre os conceitos de físico/espiritual é o que se buscou instituir entre NENL e CAPC no tocante ao aspecto religioso/doutrinário das instituições. Deste modo, no NENL se concentraram todas as atividades de ordem doutrinária como escola de médiuns, palestras e passes para comunidade, o que não existia no CAPC que sempre era apresentado aos pacientes como um espaço terapêutico sem função doutrinária, embora o aspecto religioso estivesse presente na decoração do espaço, nas constantes rezas que acompanhavam os tratamentos e em vários outros momentos, como veremos em seguida. Isso reflete de certa maneira a tensão constante do espiritismo em se posicionar enquanto uma religião terapêutica e científica que ora une, ora separa Deus e ciência, medicina e espiritualidade.

O Centro de Apoio ao Paciente com Câncer

O CAPC está localizado no sul da ilha de Santa Catarina, no bairro do Ribeirão da Ilha, famoso por sua criação de ostras. Em 1996, quando buscava um lugar para edificar o Centro, o presidente da instituição recebeu uma proposta de doação de um prédio de quatro andares que já tinha estrutura, mas estava inacabado. A construção pertencia a uma família tradicional do Ribeirão da Ilha que possuía outros bens imóveis ali e eram frequentadores de outro centro espírita da

cidade. A esposa do proprietário havia feito um tratamento no NENL e sabendo da intenção da instituição em adquirir outro imóvel para criar um centro de apoio para pacientes com câncer, solicitou que o marido fizesse a doação. Depois de dois anos, o CAPC foi inaugurado com instalações idênticas às de uma clínica. Por estar localizado na rua principal de um bairro residencial é impossível não notar sua presença.



Fachada do CAPC

Os pacientes com câncer e doenças degenerativas, por terem processos de cura mais demorados e lentos e muitas vezes estarem em condições físicas debilitantes, exigiriam um tratamento diferenciado, com uma abordagem mais atenciosa e intensa e o CAPC seria o espaço privilegiado para isso, pois ali os pacientes seriam tratados por uma semana recebendo não apenas as terapias complementares, que também eram aplicadas no NENL e a cirurgia espiritual, mas tendo a oportunidade de desfrutar de terapias especificamente desenvolvidas para tratar o câncer, tais como o caulim e biogel (as terapias serão melhor abordadas no capítulo IV), e também trocar experiências através de grupos e da convivência com outros pacientes que ali ocorreria de forma mais estreita que aquela observada no NENL.

Assim como no NENL, no CAPC os pacientes também recebiam orientação para fazer retornos a fim de continuarem o tratamento. Dependendo de cada caso, o retorno poderia se dar já na próxima semana ou com intervalo de alguns dias, meses ou até mesmo uma vez por ano. Quando iniciei minha pesquisa de campo dizia-se que

ninguém recebia alta do CAPC. Mesmo aqueles pacientes com longa data de cirurgia médica “convencional”, que não apresentavam mais sintomas ou sinais da doença eram convidados a retornar para fazer uma semana de tratamento como “reforço”, e também para que não esquecessem “dos ensinamentos recebidos”. Esses ensinamentos não seriam necessariamente religiosos, mas estariam relacionados à ideia de desenvolvimento pessoal e autoconhecimento que veremos com mais detalhes em outro capítulo. No entanto, mudanças ocorreram em 2009 e os pacientes considerados “curados fisicamente” passaram a “receber alta” do CAPC, sendo eventualmente encaminhados ao NENL para fazerem um tratamento de “reforço” a fim de manter seu equilíbrio energético-emocional, numa espécie de manutenção da cura.

Apesar da relação de dependência e conexão entre as duas instituições, o CAPC possui suas características particulares. A primeira, como já vimos, é que ali só eram tratados pacientes com câncer e doenças degenerativas consideradas “doenças físicas”, nenhum tratamento para “doenças emocionais-espirituais” era oferecido, embora, como já disse, considerava-se que toda doença teria um fundo emocional-espiritual que ali era tratado. O Centro não recebia diretamente os pacientes, eles antes deveriam procurar o NENL e fazer uma consulta preliminar, de modo que o fluxo de pessoas que passam pelo CAPC semanalmente era muito menor que o observado no NENL. Em segundo lugar, a duração do tratamento oferecido era diferente, pois no CAPC os pacientes iniciavam o tratamento na terça-feira à tarde e ele só terminava no final da manhã de sábado. Isso fazia com que esses pacientes atendidos em tempo integral recebessem ali as refeições: lanche pela manhã e à tarde e almoço. Na sexta-feira os pacientes também jantavam no Centro e durante à noite era oferecida uma pequena ceia e no sábado os pacientes recebiam café da manhã (todas as refeições eram oferecidas gratuitamente). Esses momentos eram valorizados enquanto um espaço onde os pacientes podiam se conhecer e trocar experiências sobre suas vidas.

Por fim, no CAPC os pacientes não recebiam nenhum tipo de abordagem evangelizadora relacionada diretamente à doutrina espírita, como ocorre com os pacientes que frequentam o NENL e que, eventualmente participavam ou presenciavam as palestras ministradas no auditório, já que o acesso aos espaços de tratamento passava por esse local e muitas vezes os pacientes aguardavam ali o momento de serem chamados para as terapias. No CAPC, os acompanhantes dos pacientes

eram convidados a participar de uma palestra no sábado às 09h, momento que antecedia a saída dos pacientes, mas mesmo essa palestra não era de cunho doutrinário, embora menções aos aspectos “espirituais e emocionais” da doença fossem feitas. O enfoque, no entanto, estava mais voltado para a relação da família com o paciente durante o processo de cura.

Entretanto, é evidente que num hospital espiritual muitos conceitos e categorias do universo religioso espírita-cristão estão presentes tais como as incontáveis orações do pai-nosso que acompanham as terapias. No entanto, conceitos espíritas como carma, mediunidade, perispírito ou reencarnação apareciam com menos frequência, eu diria que quase nunca diante dos pacientes. A tentativa seria fazer do CAPC um “espaço terapêutico ecumênico”, onde o paciente não se sentisse coagido a compartilhar de aspectos de uma religião que não era a sua, o que poderia afastar algumas pessoas do tratamento:

Aqui [CAPC] você não vai ver doutrinação, porque a casa não é para isso. No NENL sim, vai ter palestra e doutrina, quem vai lá é para ser doutrinado, mas aqui não. Aqui é, digamos, um espaço ecumênico, e muitas dessas imagens [de santos] são de pacientes que nos doam e nós colocamos aqui por respeito aos pacientes, então o paciente que crê em Nossa Senhora, vê uma imagem ali com uma vela, então ele já vai ali faz uma prece, porque aqui nós não doutrinamos nem queremos que ninguém mude de religião, até dizemos que a pessoa continue na sua religião porque o princípio de todas é o mesmo (voluntária).

Deve ficar claro que a ênfase na separação entre um espaço mais “doutrinário” (NENL) e outro mais “terapêutico” (CAPC) diz mais sobre as formas de produção de legitimidade político-social para essas instituições, especialmente o CAPC, do que de fato uma separação irrestrita envolvendo práticas e discursos religiosos-terapêuticos no cotidiano delas. Tanto numa instituição quanto na outra estavam presentes formas terapêuticas que por vezes poderiam ser tomadas como maneiras sutis de doutrinação, do mesmo modo que o discurso mais estritamente doutrinário relacionado ao espiritismo funcionava ou era acionado como forma de compreensão sobre a saúde e as doenças.

Apesar da intenção de ser um “espaço ecumênico”, o que se percebia no espaço destinado aos pacientes no CAPC era apenas elementos do cristianismo, como as imagens de santos, Jesus Cristo e

Nossa Senhora que faziam parte da decoração do Centro assim como uma ou outra imagem de Chico Xavier, por exemplo. Elementos não exatamente cristãos só faziam parte dos espaços destinados aos voluntários⁶⁸.

Em ambos os casos, pode-se dizer tanto que o espaço hospitalar estaria imerso numa imagética religiosa quanto que o espaço espiritual estaria marcado por imagens do domínio biomédico, expresso tanto no espaço físico quanto no modo de vestir dos voluntários e na forma de organização da rotina terapêutica do CAPC.

O espaço físico

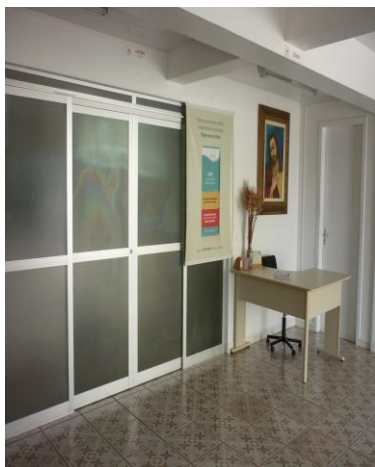
Todo o ambiente do CAPC teria sido construído seguindo-se as normas e padrões estabelecidos “pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde” (www.nenossolar.com.br) e de fato a primeira impressão que se tinha ao chegar ao prédio era que se trata de uma clínica médica: a disposição do espaço físico, as enfermarias, os quadros de anatomia, a rigidez de horários, a utilização das roupas brancas pelos voluntários que deviam estar sempre de jaleco, touca e máscara, a limpeza constante do ambiente, os pacientes de pijamas e gândola com emblema da instituição, os prontuários afixados aos leitos e, sobretudo, a exigência do silêncio, tudo isso nos remetia ao modelo hospitalar que é típico de alguns centros espíritas (cf. Rabelo et. al., 2002) com a diferença que o CAPC era propriamente um hospital espírita, e não exatamente um centro onde se desenvolva o ensino da doutrina espírita e paralelamente a isso atividades terapêuticas, como ocorre no NENL, por exemplo.

O prédio do CAPC possui quatro andares, sendo um deles uma espécie de subsolo e o último andar possui apenas dois quartos e um banheiro que são usados pelas voluntárias e enfermeiras que dormem no CAPC nas sextas-feiras. O primeiro e segundo andares são os espaços destinados ao atendimento dos pacientes. Farei uma breve descrição do espaço físico do CAPC lembrando que esses espaços se modificavam ao longo da semana, de modo que a sala que era utilizada para atendimento de triagem dos pacientes na terça-feira se transformava em enfermaria

⁶⁸ Em 2010 fiz uma visita ao NENL para fotografar a instituição e me deparei com uma mesa na qual estavam colocadas algumas imagens de pretos-velhos no salão do Cristo, local onde acontecia boa parte das terapias oferecidas pela casa, sendo essa a primeira menção explícita feita a essas entidades no espaço destinado aos pacientes.

nos dias seguintes, o refeitório também era utilizado para reunir alguns pacientes para uma conversa na sexta-feira, a sala operacional onde ocorriam as cirurgias virava espaço para roda de apresentação dos pacientes na quarta-feira, etc. Deste modo, a dinâmica das práticas do CAPC exigia que seu espaço físico fosse adaptado diariamente.

Depois de subir uma rampa um tanto íngreme, chegamos ao primeiro piso. Neste espaço há uma recepção/sala de espera (com poucos lugares para sentar), um auditório, também chamado de “salão”, com capacidade para aproximadamente 100 pessoas, quatro banheiros, uma sala com três mesas separadas por biombos destinada ao atendimento dos pacientes pelas enfermeiras/o no dia da triagem, um local onde permanecem os prontuários dos pacientes e de acesso restrito ao pessoal da enfermagem e aos médicos, duas salas usadas para guardar os materiais usados nas terapias e para a preparação de algumas delas, duas salas com macas, usadas eventualmente quando há excesso de pacientes, mas normalmente elas só são utilizadas no dia da triagem para atendimento com médicos/as e nutricionista e uma delas funcionava como “sala operacional” (onde eram feitas algumas das cirurgias espirituais) nas sextas-feiras. Por fim, há ainda quatro quartos coletivos com capacidade para 4 ou 6 pessoas (três deles com banheiro).



Recepção do CAPC



Setor da equipe de enfermagem (1º Piso)

Neste andar há duas rampas. Uma delas leva ao segundo piso e outra ao subsolo. Primeiro, vamos ao segundo piso subindo a “rampa da esperança”. Quando iniciei meu trabalho de campo em 2009, o CAPC fazia internação de 37 pacientes⁶⁹ por semana e todos eles ficavam acomodados no segundo piso, de modo que todos os dias da semana, exceto nas terças, quando eles ficavam apenas no primeiro piso participando da triagem, os pacientes subiam a “rampa da esperança” para irem aos quartos e também para realizar as cirurgias era preciso passar por ela. Com o aumento da capacidade para 57 pacientes internados e a abertura de leitos no primeiro piso, alguns pacientes só passavam pela rampa no momento de dirigir-se ao refeitório que fica no segundo piso.

Neste andar estavam localizados ainda um espaço para guardar os prontuários e onde o pessoal da enfermagem se concentrava; uma pequena sala que funcionava como farmácia e onde eram armazenados medicamentos (alopáticos principalmente, mas também fitoterápicos) que só os enfermeiros e os médicos acessavam, um banheiro, duas salas operacionais, seis quartos coletivos com capacidade para cinco, seis ou sete pessoas (cinco deles com banheiro), uma lavanderia, um laboratório, uma sala que serve de mini-UTI e uma varanda que é chamada de “Solarium” que era frequentada pelos pacientes nos intervalos das refeições. Anexo ao refeitório, estava uma cozinha na qual eram preparadas todas as refeições servidas aos pacientes. Por questões de higiene, o acesso a esse ambiente era restrito às funcionárias que cuidavam da alimentação, especialmente durante a preparação das refeições, de modo que apenas os voluntários que ficavam no plantão da sexta-feira à noite entravam na cozinha para jantar, depois da realização das cirurgias espirituais.

⁶⁹ Os demais pacientes faziam apenas dois dias de tratamento e eram chamados de “pacientes externos”. Além deles, o Centro recebia pacientes que vinham fazer uso de medicação fitoterápica produzida exclusivamente no CAPC.



Rampa da Esperança



Quarto dos pacientes (2º Piso)

Em todos os cômodos havia sempre uma música suave tocando emitida por um sistema de som integrado que funcionava melhor no segundo piso. No primeiro piso, pequenos aparelhos de som portátil eram utilizados. A penumbra era constante nos quartos dos pacientes que tinham suas grandes janelas cobertas por espessas cortinas de blecaute. Vários quadros e imagens de Jesus Cristo, Nossa Senhora e São Francisco estavam espalhados por todos os cômodos dos andares superiores (primeiro e segundo pisos) e, em menor profusão, no subsolo, local destinado aos médiuns da casa, onde a imagética que imperava era outra. Os quadros foram doações de voluntários e pacientes. Além dos motivos religiosos, havia também quadros que apresentavam sistemas anatômicos do corpo humano, como o sistema muscular, ósseo, a localização de órgão e glândulas, de modo que a figura de Jesus Cristo dividia espaço com uma reprodução da coluna vertebral.



Quarto dos pacientes. Quadro de Jesus e coluna vertebral



Quadros de anatomia

Refeitório

Ao lado da “rampa da esperança” havia outra rampa sem nome que dava acesso ao piso inferior do CAPC. Ali estava a secretaria do Centro, com uma pequena biblioteca, uma sala destinada à organização dos prontuários e demais documentos que circulam na instituição e onde ficava uma secretaria que organizava toda essa papelada e atendia às ligações. Há ainda dois banheiros, um cômodo que serve de alojamento para os voluntários e médicos que dormem no Centro na sexta-feira, duas salas onde ficam os dirigentes da instituição, um cômodo com armários com chave para que os voluntários guardem seus pertences e a

“Sala da Dualidade”, local onde os médiuns se reúnem, por turno, antes e depois dos trabalhos.

Esta sala estava repleta de imagens religiosas de outra ordem: são cocares, maracás, quadros e fotos de Machu Picchu, paus de chuva, artesanato peruano, pedras, tambores, etc. Um modesto crucifixo estava presente. Uma música suave estava sempre tocando, com sons da natureza ou mensagens religiosas em meio à penumbra quebrada por uma fraca luz verde no teto. Sobre um altar de pedra, a imagem de ferro de um “guerreiro andino” e atrás dele um quadro de tecido nos mostra Machu Picchu. Vemos ainda o quadro de um monge em posição de lótus, um banner com a “Prece ao Espírito Essencial”, a reprodução de um papiro egípcio. Numa mesa estavam uma pedra de cor escura, um sino trazido do Tibet (em homenagem ao mentor Yura), imagens de deidades andinas, uma jarra com água fluidificada e copinhos, e uma espécie de defumador que nunca vi ser utilizado.



Entrada Sala da Dualidade



Altar de pedra com imagem andina

Nesta sala, os voluntários recebiam os passes à medida que chegavam para o trabalho, sentavam-se em uma das cadeiras ou bancos dispostos em círculo pela sala e deveriam manter “a concentração”, evitando conversas paralelas e qualquer tipo de barulho que interferisse

na “vibração” do lugar. Neste espaço também eram dados boa parte dos avisos sobre mudanças ou alterações na rotina da instituição e onde os voluntários recebiam suas funções logo após a abertura dos trabalhos que era feita com um pedido de proteção “ao mestre Jesus, aos mentores da casa, aos índios charruas, aos povos andinos, caboclos e preto-velhos e a todos os irmãos amigos que aqui trabalham no anonimato”, seguido da leitura de um trecho do Evangelho Segundo o Espiritismo e para finalizar, todos rezavam um pai-nosso.

Ao final de cada turno de trabalho, os voluntários retornavam a esta sala para fazer o fechamento dos trabalhos que segue o mesmo modelo da abertura, mas agora agradecendo a segurança espiritual recebida e sem a leitura do Evangelho. Um pai-nosso encerrava o fechamento. Quando por algum motivo não havia fechamento ou algum voluntário precisava sair antes desse encerramento, a orientação era para que cada um fosse à Sala da Dualidade e fizesse o seu “desligamento” das atividades individualmente. Isso seria necessário para evitar que a pessoa permanecesse “conectada energeticamente” aos trabalhos que continuavam sendo realizados no CAPC, seja no plano terreno ou no plano astral. Por fim, na área externa do CAPC, em um jardim muito bem cuidado vemos uma estátua do Cristo de pouco mais de um metro de altura e três altares: um deles dedicado aos índios Charruas, outro aos povos andinos e um terceiro destinado aos preto-velhos e caboclos.



Altar Charrua



Altar Andino



Altar Pretos-Velhos e Caboclos

Assim, ao lado das orações católicas, da linguagem biomédica e psicológica, do médico grego-catarinense, do monge tibetano e do padre jesuíta, conviviam espíritos de índios de várias nações, preto-velhos e, mais recentemente uma linha egípcia estava se aproximando para renovar a composição cosmológica do NENL/CAPC cuja dinâmica é emblemática do processo de formação do espiritismo brasileiro que ora busca se distanciar, ora se aproximar não apenas de outras concepções espirituais-religiosas, mas também de todo um aparato estético-discurso do campo da saúde, representado aqui especialmente pela biomedicina e pelas terapias complementares/alternativas.

Novamente, não creio que essa pluralidade possa ser caracterizada por uma ideia ingênua de sincretismo, como discuti no capítulo anterior. Apesar da relação com símbolos da umbanda (preto-velho, caboclos, índios), do catolicismo (Nossa Senhora, São Francisco) ou da Nova Era (principalmente relacionados às terapias complementares e a práticas xamânicas), não poderia afirmar que esses sistemas religiosos eram acionados como modos de identificação da instituição ou de suas práticas. Esses elementos eram antes cooptados para dentro do sistema cosmológico do espiritismo e/ou da medicina complementar, sofrendo um forte processo de cristianização ou sendo significados à luz de teorias científicas e pragmáticas, como veremos mais adiante.

Neste sentido, se fossemos falar em termos de sincretismo, seria preciso pensar em uma “sincretização” das instituições com a biomedicina e com um conjunto de valores laicos, estruturantes das práticas dos sujeitos nas sociedades modernas, que se distribuem pelos arcabouços doutrinários não só do espiritismo, mas também de outras confissões religiosas como já analisou Duarte (2005). Mais do que simplesmente apostar numa ideia de “mistura” de modelos religiosos e seculares num espaço como o NENL e o CAPC, devemos perceber as dinâmicas conexões feitas pelos atores no interior da instituição e como elas se relacionam com o escopo social maior no qual os campos da saúde e da religiosidade têm sido conectados no contemporâneo.

Capítulo III

As práticas de cura não-biomédicas: campos, fronteiras e margens

Neste capítulo trago uma discussão sobre a conformação contemporânea das práticas de cura não-biomédicas, tendo como foco os processos de legitimação e profissionalização dessas práticas e como nesse contexto são travadas relações com os saberes e campo formais instituídos, a exemplo da biomedicina e da psicologia.

Na primeira parte do capítulo discuto a construção de categorias que buscam classificar, localizar e apreender em modelos essas “outras medicinas” tendo em vista as tensões internas e externas a elas. Não fiz uma revisão exaustiva sobre a formulação desses conceitos, mas tão somente aponte para as dinâmicas que regem essas classificações e como elas em si mesmas revelam certas disputas no campo da saúde. É possível ainda perceber como esse movimento, que diz respeito à construção de espaços e categorias formais e reconhecidas de práticas não-biomédicas, guarda suas semelhanças com os processos de legitimação que também envolveram e envolvem a categoria *espiritismo*, tal como discutido no capítulo I, tanto no que diz respeito à formulação interna nos grupos de termos e conceitos diferenciados de classificação assim como as definições que surgem das relações estabelecidas com a biomedicina, a psicologia, o direito e a mídia.

Em um segundo momento, tematizo a formulação de uma *retórica terapêutica* contemporânea na qual elementos de diferentes sistemas terapêuticos são acionados e tem na relação entre emoções e saúde/doença uma importante zona de contato entre eles. Neste sentido, podemos falar de certa instrumentalização psicológica das referências espirituais no contemporâneo, tal como apontado por Champion (1990), através da qual as abordagens religiosas/espirituais para pensar os aspectos emocionais e relacionais dos sujeitos são revestidas por uma dimensão mais terapêutica e menos doutrinária.

Ao tratar das práticas de saúde que se encontram fora da definição formal da biomedicina, a primeira dificuldade que se impõe é o caráter polissêmico das definições utilizadas para classificá-las e os modos como os termos classificatórios têm seus significados em permanente construção através de disputas que se dão não apenas dentro do campo oficial da saúde, mas que são atravessadas também pelo campo religioso e das políticas públicas. Assim, quando falamos de

medicinas “alternativas”, “complementares”, “integrativas”, “naturais”, “doces”, “paralelas”, “não convencionais”, “não formais” ou “românticas” estamos falando de práticas semelhantes em certos aspectos, mas diferentes em muitos pontos. Tais práticas guardam relação com as políticas do Estado de direito que determina quem está autorizado a tratar, diagnosticar e curar as pessoas doentes, assim como envolve relações com valores e práticas cotidianas de cuidado e cura dentro das quais se inserem frequentemente dimensões religiosas e espirituais.

A dificuldade inerente em construir classificações englobantes para essas “outras medicinas” está relacionada não apenas à pluralidade que as caracterizam, mas, sobretudo, aos modos como elas se relacionam com os espaços de saúde oficiais e como historicamente foram construindo campos de legitimidade negociada com esse poder oficial. Deste modo, vale a pena discutir como historicamente todas essas medicinas, que compõem o universo terapêutico da humanidade para além da biomedicina, vem sendo confrontadas pelos modelos hegemônicos de cuidado, pois é através desses confrontos que o campo da saúde vem se construindo ao longo dos séculos.

Aqui estarei usando os termos tal como eles são apresentados na análise de autores e documentos e, especificamente para me referir às práticas de meu campo de pesquisa, optei pelo termo “complementar” por ser esta a nomenclatura mais utilizada por eles. Evidentemente, tal categoria não será tomada aqui de forma ingênua, de modo que não me furto de apontar para as ambiguidades e disputas que envolvem essa classificação quando confrontadas com sua prática.

A preferência pelo termo “complementar” no CAPC é reveladora do lugar de legitimidade dado a biomedicina nos discursos da instituição de forma a não se construir uma imagem desse espaço terapêutico como concorrente dos modelos oficiais de saúde. Por isso a ênfase em afirmar que ali não se faz “medicina alternativa”, mas sim “medicina complementar” de modo que os pacientes que buscavam a casa eram recorrentemente orientados a manter seu tratamento médico alopático conjuntamente com o tratamento espiritual. No entanto, esse lugar de subordinação à biomedicina às vezes era “subvertido” no momento em que também se afirmava, por exemplo, que o tratamento espiritual era capaz de potencializar ou acelerar os efeitos do tratamento biomédico. Assim, embora a biomedicina guardasse seu lugar hegemônico, ela não seria vista como totalmente autossuficiente quando

se tratava dos processos de cura, por isso a necessidade de “complementá-la” com “algo mais”, algo que tratasse das dimensões não materiais da doença, ignoradas no tratamento alopático.

Por outro lado, o sentido de complementaridade também aparecia na fala de muitos pacientes que não buscavam o tratamento do CAPC por uma oposição à biomedicina, mas realmente como complemento a ela, muitas vezes procurando o Centro após terem efetuado os tratamentos convencionais contra o câncer (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) ou concomitantemente a eles. Está claro que para outras pessoas o tratamento da casa se apresentava sim enquanto uma alternativa, sobretudo, para aqueles considerados fora de possibilidade terapêutica na biomedicina e para outros (representados por uma minoria) que realmente estavam elegendo aquele tratamento por uma recusa ou resistência em se submeter ao tratamento alopático. Esse posicionamento, no entanto, exigia certas estratégias por parte do paciente, pois oficialmente o CAPC se recusava a atender pessoas que viam no tratamento da casa uma possibilidade de abandono do tratamento biomédico (essa dinâmica será melhor discutida em outro capítulo).

Deste modo, o uso do termo complementar para falar das práticas do CAPC não deve ser tomado aqui como uma aceitação tácita da categoria, mas como um elemento que diz algo sobre os modos de relação estabelecidos entre a biomedicina e outras formas de tratamento e cuidado que buscam se legitimar no campo da saúde.

Complementar, alternativa, integrativa, natural, ...: as (in)definições das práticas de cura não-biomédicas

Do mesmo modo que o termo *espiritismo* me pareceu cercado de uma interessante problemática quando a sua definição e utilização na literatura antropológica e nativa, também as referências às práticas de cura não-biomédicas contemporâneas apareceram no decorrer da pesquisa cercadas de definições marcadas por disputas por legitimidade bem como pelas tentativas de delimitação de margens e fronteiras que partem tanto do interior dos diversos grupos de praticantes e usuários dessas “outras medicinas” como dos atores externos a eles, representados sobretudo pela biomedicina. Uma análise da conformação desses termos nos mostra como a relação entre essas medicinas e seus

atores vai sendo impulsionada por diferentes práticas e discursos relacionados à saúde e que envolvem políticas públicas transnacionais, religião, economia, etc.

Octavio Bonet (2004) na sua análise sobre o aprendizado da biomedicina dedica um espaço para tratar do modo como a biomedicina irá iniciar um longo processo de diferenciação com relação ao que seria posteriormente classificado como “medicinas românticas”, aquelas que teriam como uma das características fundamentais:

“a busca da totalidade da pessoa, a perseguição de um enfoque holístico da doença e da terapia. Tal ênfase na totalidade faz lembrar a tradição científica romântica que floresceu durante o século XIX. Essa tradição tomou uma posição alternativa, sustentada pela ciência positivista, baseada em afirmações teóricas, confirmadas por demonstrações experimentais, manifestando sua preocupação em estabelecer uma inteligência do homem no mundo, e não afastado dele” (idem: 37-8).

Para o autor, um ressurgimento⁷⁰ de tais medicinas no campo da saúde-doença contemporâneo faz parte das críticas mais fortemente dirigidas à visão especializada e fragmentária do corpo e do sujeito realizada pela biomedicina, e que tem partido tanto de grupos externos quanto internos a ela, de modo que algumas influências dessas práticas têm ecoado nos modos de formação e atuação dos biomédicos.

É preciso lembrar que a crítica à biomedicina e aos seus modos de tratamento já existia no século XIX e algumas delas partiam do interior da dita medicina científica quando médicos insatisfeitos com a forma de atuação clínica proposta pela formação biomédica desenvolveram ou se aproximaram de outras formas de cuidado e atenção, a exemplo do médico Sammuell Hahnemann, criador da homeopatia. No entanto, como colocado na citação de Bonet, essa crítica não se opunha à uma “fundamentação científica” das práticas de saúde ditas “românticas”, antes buscavam numa ciência positiva argumentos para construção de suas teorias que, de acordo com a ideia da totalidade do ser, envolvia tanto formas coletivistas cujo propósito seria integrar indivíduo e sociedade, como o sanitarismo e o higienismo,

⁷⁰ Talvez o correto não seja falar em “ressurgimento” dessas práticas no contemporâneo, pois elas nunca deixaram de existir e atuar paralelamente à biomedicina. O que ocorre atualmente talvez seja melhor compreendido em termos de uma maior visibilidade social e política que tem se formado em torno delas.

como as práticas que procurariam integrar indivíduo e natureza como a homeopatia e os florais de Bach.

Para Bonet, as medicinas românticas constituíram-se em uma relação que seria tanto de diferenciação quanto de imitação com a biomedicina de modo que a relação entre elas seria parte do processo de constituição de ambas. No entanto, a biomedicina teria “esquecido” que o caminho da construção de seu saber esteve envolvido por correntes distintas (internas e externas a elas) que tentavam explicar a saúde-doença de uma maneira mais ampla que o modelo mecanicista consagrado nas culturas ocidentais. Esse esquecimento fez com que a biomedicina fosse situada em um lugar de legitimidade baseado num saber incontestado e (aparentemente) homogêneo de modo que “daí viria a ideia de que a biomedicina não tem relação com as 'medicinas românticas'. Um dos mecanismos para operar essa negação é a separação entre os fatos e os valores. Dessa forma, perde-se a relação dos elementos com o todo, perde-se a diferença que é estabelecida pelo aditivo assimétrico (o valor)” (Bonet, 2004: 39).

Ainda que se façam presentes termos como medicinas paralelas, naturais, doces ou românticas, são os termos “medicinas alternativas”, e mais recentemente “complementares e integrativas”, que se tornaram usuais para denominar as práticas não-biomédicas. É interessante notar que há também uma separação entre os termos “medicina” e “terapia”, já que para alguns a medicina seria apenas uma, a biomedicina, enquanto pode haver várias formas de terapias. No entanto, vemos os dois termos sendo usados indistintamente para tratar tanto de um corpo teórico organizado de saberes sobre saúde-doença (medicina) quanto das práticas que ela envolve (terapias).

Quando iniciei minha pesquisa no CAPC eu era constantemente corrigida por alguns voluntários, sobretudo os médicos, quando inadvertidamente mencionava o termo “medicina ou terapias alternativas” para falar das práticas da instituição. O termo que eu deveria usar era “medicina complementar”, pois, segundo eles, a proposta do Centro não era ser uma “alternativa” para aqueles que não queriam usar a medicina convencional, mas ser um “complemento” desta. Maluf (1996) observou dinâmica semelhante em seu campo de pesquisa entre os praticantes de modalidades terapêuticas relacionadas ao universo da Nova Era. O termo “alternativo” também seria tensionado nesse campo e muitas vezes negado pelos sujeitos, tanto terapeutas quanto pacientes. A autora, no entanto, adota a expressão

“alternativo” como forma de caracterizar não um conjunto de práticas, mas sim para sintetizar esse universo cultural como um todo.

No meu caso, opto pelo termo complementar por entender que sua insistente formulação no discurso institucional do CAPC caracteriza bastante os modos de relação estabelecidos entre eles e os agentes biomédicos que fazem parte do seu corpo de voluntários, bem como torna evidente certas políticas de legitimação acionadas pela instituição no campo da saúde local. No entanto, eventualmente poderei acionar o termo alternativo aqui, tal como Maluf (1996), para pensar um contexto cultural contemporâneo mais amplo no qual essas práticas se inserem.

Para adentrarmos a problemática da definição dos termos “alternativo/complementar” podemos tomar como ponto de partida o discurso oficial dos organismos internacionais de saúde para, a partir dele, perceber as tensões que envolvem a classificação dessas práticas. Classificação essa que tem se tornado cada vez mais problematizada a partir do momento que as práticas não-biomédicas começaram a ter um reconhecimento social mais amplo nas últimas quatro décadas e que hoje vem ganhando espaço nos meios oficiais da saúde, como os hospitais e as universidades. Esse reconhecimento ora toma contornos de uma vitória sobre a racionalidade médica hegemônica, ora aparece como tentativa de controle e normalização sobre todas essas práticas na tentativa de justamente adequá-las à racionalidade científica da biomedicina⁷¹.

Segundo Luz (2005:146), a primeira definição de medicina alternativa da OMS aparece em 1962 designando uma “prática

⁷¹ A categoria *racionalidade médica* foi cunhada por Madel Luz num estudo comparativo entre quatro sistemas médicos complexos: a Medicina Ocidental Contemporânea, ou Biomedicina, a Medicina Homeopática, a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica. Segundo a autora, “essa categoria, construída ao estilo de um tipo ideal weberiano, estabelece que toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica” (Luz, 2005: 175). A autora agrega ainda uma sexta dimensão, que embasa as anteriores, designada como cosmologia. Quando trato aqui de racionalidades médicas estarei utilizando o termo tal qual apresentado por Luz, porém ampliando-o para pensar também as racionalidades que acompanham certas *práticas terapêuticas* do contemporâneo, muitas das quais não necessariamente possuem as seis dimensões elencadas por Luz, mas combinam de modos distintos algumas delas de forma a compor modelos explicativos para sua ação. Assim, *racionalidades terapêuticas* podem ser pensadas enquanto um *corpus* prático-interpretativo (que podem estar afiliadas a uma ou mais *racionalidades médicas*) utilizado para conceber modelos para a compreensão, aplicação e significação de práticas de cunho terapêutico.

tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Foi proposta como 'alternativa' à medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, no intuito de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo.” Posteriormente, o termo passou a designar qualquer prática terapêutica diversa da biomedicina, geralmente adversa a ela, e atualmente se reveste de grande polissemia, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica.

No entanto, em 2002, a OMS tenta fixar novas definições para tratar dessas práticas apresentando de forma separada os termos “medicina alternativa e complementar (MAC)” e “medicina tradicional (MT)”. Nos documentos da OMS os termos “medicina tradicional” e “medicina alternativa e complementar” estão sempre no singular. Aqui estarei tratando dessas medicinas no plural, pois entendo que elas são representadas por uma pluralidade de concepções e práticas heterogêneas que, como demonstram muitas análises, dificilmente podem ser singularizadas através de um termo comum.

As MTs são classificadas nos documentos da OMS como “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados isoladamente ou em combinação para manter o bem-estar, tanto quanto para tratar, diagnosticar ou prevenir doenças” (WHO, 2002:7). São geralmente rotuladas enquanto sistemas médicos ligados à tradição de um grupo social ou país e anteriores à biomedicina (numa acepção que pode ser lida como evolucionista), a exemplo da medicina tradicional chinesa, da medicina indiana ayurvédica ou da medicina árabe unani, assim como as diversas práticas de saúde das mais variadas populações indígenas do mundo.

Deste modo, vários sistemas terapêuticos são colocados sobre um mesmo termo, embora envolvam diferentes práticas, procedimentos e técnicas. Para OMS, no entanto, esses diferentes sistemas possuem em comum o fato de pertencerem à uma tradição de saúde anterior a biomedicina e por envolverem uma noção comum a todas: a de que a doença significa um desequilíbrio físico, emocional, mental e/ou espiritual, e que o ser humano deve ser visto em termos de uma totalidade que envolva todos esses aspectos e a sua relação com o meio ambiente e/ou social em que vive.

Por outro lado, as MACs são classificadas pela OMS enquanto um conjunto de práticas de saúde que não são parte da tradição de um país nem integram o sistema de saúde dominante, no caso a biomedicina, mas que são de alguma forma reconhecidas e utilizadas. Deste modo, a medicina chinesa, por exemplo, seria uma MT na China, onde tem sua origem anterior à biomedicina, porém sua difusão mundial faz dela em outros momentos uma MAC, já que ela não faz parte, por exemplo, da tradição terapêutica do Brasil ou da Inglaterra, mas é largamente utilizada nesses países. Do mesmo modo, a homeopatia, embora seja um sistema com origem na Europa, não é considerada pela OMS uma MT, pois surge posteriormente a biomedicina sendo este o sistema médico considerado como representativo da “tradição europeia”, embora seus praticantes afirmem que, por ser baseado na ciência, este sistema estaria livre de valores culturais, ao contrário das MT/MAC, o que nos remete ao “esquecimento” da biomedicina das formas heterogêneas e complexas que compuseram a construção seu saber como apontado por Bonet (2004). Assim, os termos variam não apenas com relação às práticas em si, mas quanto a sua localização geográfica, a utilização pelos sujeitos e, sobretudo, sua relação com a biomedicina⁷².

É curioso notar que, embora reconheça a impossibilidade de separações rígidas, e por isso siga operando com uma definição problemática que ora aproxima coisas totalmente diferentes e ora separa práticas semelhantes, a classificação da OMS aponta para tentativas de normatização de todas essas práticas no momento que sobre elas buscar desenvolver políticas capazes de determinar sua utilização e eficácia a partir do modelo que historicamente está em oposição a essas medicinas, o modelo biomédico. Assim, é a partir dos códigos biomédicos que se busca instrumentalizar práticas não-biomédicas na tentativa de localizá-las dentro do campo oficial das práticas de saúde mundiais.

No caso das MTs, sua atualidade e vitalidade é explicada nos documentos da OMS pela carência generalizada de serviços biomédicos em várias partes do mundo. Seria a falta de acesso aos serviços oficiais de saúde que faria das MTs a primeira e principal opção de tratamento

⁷² Ainda considerando questões territoriais, a OMS utiliza o termo MT quando se refere às práticas de países da África, América Latina, Sudeste Asiático e/ou Pacífico Ocidental enquanto que MAC é utilizado para referir-se à Europa, Estados Unidos e Austrália (WHO, 2002:1). No entanto, acaba utilizando de forma genérica a designação MT/MAC para referir-se a todas essas medicinas que não estão no sistema formal biomédico.

para milhões de pessoas em todo mundo⁷³. Deste modo, as MTs são associadas aos países pobres ou em desenvolvimento e cercadas pela categoria da “tradição” para justificá-las enquanto um conhecimento arraigado culturalmente, e de eficácia apenas empiricamente comprovada. Isso faz crer que essas práticas são estáticas ou não sofreram mudanças significativas ao longo de sua história, cercando as medicinas tradicionais de noções estereotipadas que as reificam enquanto práticas “milenares” ou “ancestrais” que sobreviveram aos “avanços da ciência”. Assim, as MTs são muitas vezes entendidas enquanto sistemas de saúde baseados em “tradições do passado” quando na realidade estas práticas possuem um caráter dinâmico e heterogêneo a partir do qual emergem novas especialidades de terapias e terapeutas/curadores continuamente.

Por outro lado, as MACs são apresentadas enquanto práticas predominantes nos países desenvolvidos e seu sucesso nesses lugares é atribuído ao alto grau de acesso aos sistemas médicos oficiais bem como a todo um aparato de informações sobre saúde que estão à disposição dos habitantes dessas regiões desenvolvidas. Assim, nos países ricos as pessoas buscariam formas alternativas e complementares de cuidado não por falta de acesso à biomedicina, mas por posicionamentos contrários a tal prática ou porque podem gozar de um leque maior de possibilidades terapêuticas que podem ser pensadas inclusive como um reflexo da lógica do consumo atual na qual categorias como “natural”, “saúdável” ou “holístico” aparecem paradoxalmente absorvidas pela ideologia individualista contemporânea, insatisfeita com modelos que apresentem uma visão fragmentada e mecanizada do corpo (Luz, 2005). Por outro lado, as MACs não guardam o caráter “tradicional” reconhecido para as MTs (embora se aproximem também desse discurso em muitas de suas práticas), sendo vistas enquanto uma forma de medicina dinâmica que constantemente agrega novas práticas ao seu repertório.

Por fim, as classificações oficiais sobre as práticas de saúde não-biomédicas também são deslocadas e renomeadas em função das suas relações com a biomedicina. Deste modo, “quando essas práticas são usadas juntas com práticas da biomedicina, são chamadas

⁷³ Foi na conferência de Alma Ata em 1978, na antiga União Soviética, que a OMS lançou o lema “Saúde para todos no ano 2000” quando reconheceu a incapacidade da medicina tecnológica e científica de solucionar os problemas de saúde de 2/3 da humanidade e convocou todos os países a analisar e desenvolver práticas de atenção primárias e simplificadas em saúde para atender as populações carentes, utilizando para isso os modelos médicos ligados às medicinas tradicionais.

complementares; quando são usadas no lugar de uma prática biomédica, consideradas alternativas; e quando são usadas conjuntamente baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade, chamadas integrativas” (Tesser e Barros, 2008: 916).

Fica evidente que o lugar central da biomedicina é resguardado e as demais práticas de saúde são pensadas e classificadas a partir da relação que podem estabelecer com ela. Assim, a OMS (2002: 8-9) considera que os países nos quais as MTs/MACs são reconhecidas e estão disponíveis no sistema público e privado de saúde, fazendo parte das políticas públicas nacionais, possuem um sistema de saúde **integrativo**. Apenas China, Vietnã, Coreia do Norte e Coreia do Sul possuem sistemas de saúde integrativos considerando essa classificação. Os sistemas de saúde seriam **inclusivos** quando reconhecem as MTs/MACs, porém tais práticas não estão presentes em todos os níveis do sistema de saúde oficial. Seria o caso atual do Brasil, como veremos mais abaixo, que inclui em diferentes níveis do sistema de saúde público e privado práticas como a homeopatia e a acupuntura, mas não reconhece amplamente outras práticas, como é o caso do reiki que embora já seja oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em alguns hospitais, não tem cobertura nos planos de saúde privados⁷⁴. Por fim, haveria os países com sistemas de saúde **tolerantes** nos quais o sistema nacional de saúde é inteiramente baseado na medicina alopática, porém algumas práticas de MT/MAC são toleradas pela lei.

Uma defesa mais contundente do modelo **integrativo**, que parte tanto de médicos como de muitos terapeutas complementares/alternativos ou tradicionais e também de pesquisadores ligados à área da saúde coletiva/medicina social, argumenta que é através da integração dos sistemas de saúde que as práticas não-biomédicas poderão gozar de uma legitimidade irrestrita, hoje ainda devotada exclusivamente a medicina alopática. Autores como Nelson Barros (2008) e Madel Luz (1988, 1996, 2005) enxergam no movimento de integralização o reflexo de novas racionalidades médicas no contemporâneo, impulsionadas desde os anos 60-70 pelos movimentos de contracultura e que vem tomando feições institucionais no mundo todo nas duas últimas décadas.

Em seu estudo, Barros (2008) procura pensar as definições que

⁷⁴ Outros países considerados inclusivos pela OMS são Guiné Equatorial, Nigéria, Mali, Canadá, Reino Unido, Austrália, Estados Unidos, Japão, Noruega, Alemanha, Índia, Sri Lanka e Indonésia.

envolvem o campo da MT/MAC a partir dos profissionais biomédicos chamando de **ortodoxos** os que não aceitam outras formas de cuidado além da biomedicina, **alternativos** aqueles que foram formados dentro da racionalidade médica científica, porém romperam completamente com ela e hoje atuam apenas no campo das MACs e, por fim, os **híbridos** que, embora semelhantes aos demais pela sua formação biomédica, diferem deles por conciliarem diferentes práticas médicas e buscarem espaços legítimos para essa integração que passa a ser vista como uma nova racionalidade para pensar os processos de saúde e doença no qual o holismo das práticas alternativas é associado sem conflitos à tecnologia científica. Para o autor, enquanto o movimento das medicinas alternativas, que vigorou nos anos 70 e 80, pode ser visto como uma espécie de revolução cultural e científica necessária para contestar o lugar hegemônico do modelo biomédico e apontar para suas limitações, a noção de complementaridade seria um dos fundamentos de uma nova ciência normal, tomando a definição de Thomas Kuhn, capaz de acabar com os dualismos e dicotomias que oporiam biomédicos e terapeutas alternativos. No entanto, ele reconhece que ainda permanecem as dificuldades de se construir categorias e classificações mais precisas para compreender o movimento de complementaridade e integralidade no campo da saúde.

Já Luz parte de uma análise mais centrada nas disputas desiguais entre medicinas alternativas e biomedicina, enfocando as estratégias de legitimidade construídas pelas primeiras e as contra-estratégias desenvolvidas pela segunda para impedir e bloquear o desenvolvimento de suas concorrentes. Como Barros, ela observa um cenário otimista onde a inclusão paulatina de práticas não convencionais de saúde no sistema oficial seria o indício da sua expansão e legitimação gradual, explicadas por uma série de fatores como: o encontro cultural das medicinas tradicionais com novas concepções sobre saúde, adoecimento e cura e as relações homem/natureza presentes na sociedade civil; o fato das medicinas alternativas oferecerem um modelo diferente da relação médico/paciente que atrai tanto terapeutas quanto pacientes; o crescimento dentro da própria biomedicina de concepções e teorias psicossociais para pensar o adoecimento visando superar a dicotomia mente/corpo da cultura ocidental e refletida, sobretudo, nos saberes “psi” (psicologia, psiquiatria e psicanálise); a incorporação pelo saber biomédico das concepções e explicações médico-sociais na etiologia das doenças no século XX, através da epidemiologia e do

modelo médico sanitaria (tal incorporação favorece as abordagens terapêuticas menos medicalizadoras); e, por fim, a crise da saúde e da medicina que obrigou o reconhecimento das limitações da prática biomédica (Luz, 2005: 166-169). No entanto, ela reconhece que as tentativas de bloqueio às medicinas alternativas ainda são fortes e constantes, sobretudo nos *situs* institucionais acadêmicos, como as universidades e centros de pesquisa, e alerta para os perigos de um “sincretismo médico” que signifique a perda da racionalidade das medicinas alternativas em proveito da biomedicina.

Estive usando aqui preferencialmente os termos cunhados pela OMS não porque acredite que ele dê conta de englobar de forma inequívoca o sentido e a dimensão dessas práticas (e até mesmo a OMS reconhece essa limitação), mas porque essa classificação oficial é a mais acionada pelos sujeitos que fazem parte do meu campo de pesquisa. Essa opção certamente não resolve a polissemia que envolve os termos e aponta para um campo de disputas no qual diversos sistemas de saúde se constituem mutuamente, sendo, entretanto, a biomedicina um campo de forças difícil de se submeter e que constantemente tenta medir, deslocar ou acomodar as práticas divergentes de seu modelo através de sistemas de normatização e controle que não neguem a centralidade dela frente às demais medicinas.

Parto agora para uma análise dessas práticas no Brasil e das políticas públicas que recentemente vem se desenvolvendo em torno delas.

Políticas de integração das MTs/MACs nos espaços biomédicos no Brasil

Historicamente, o campo da saúde no Brasil desenvolveu-se a partir do entrecruzamento de várias práticas terapêuticas de origem popular, espiritual, tradicional e científica para citar alguns termos que venho utilizando aqui. Para iniciar uma análise sobre essas relações de disputas e construção de legitimidades em torno de práticas e modelos de assistência à saúde que estão fora do escopo da biomedicina no Brasil, e pensar como esse movimento se desenvolve contemporaneamente, vale a pena nos questionarmos como gradualmente se deu o desaparecimento ou a desvalorização do conceito de “medicina popular”. Essa expressão não figura atualmente com vigor

nos discursos que envolvem as práticas alternativas/complementares de saúde justamente porque sua definição não contempla um saber especializado, seja ele tradicional ou técnico, como ocorre nas definições de medicina tradicional ou alternativa/complementar.

O termo medicina popular aparece genericamente definido nos documentos oficiais enquanto “práticas de cura utilizadas para tratar problemas de doença do dia a dia. É realizada em diferentes circunstâncias e espaços (em casa, em agências religiosas de cura) e por várias pessoas (pais, tias, avós) ou por profissionais populares de cura (benzedoras, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras)” (Ferreira, 2010: 40). Assim, os praticantes da medicina popular podem ser tanto especialistas (hoje classificados como terapeutas tradicionais) quanto leigos. Algo distinto do modo como vem se construindo o campo das MT/MAC onde os praticantes são considerados especialistas, promovendo-se assim uma “profissionalização” das práticas, independente das técnicas terapêuticas serem ou não oficiais, a exemplo do que vem ocorrendo com as parteiras no Brasil, sejam elas indígenas (Ferreira, 2010) ou não (Fleischer, 2006).

Assim, ao construir diretrizes para englobar os terapeutas não-biomédicos e legitimá-los, aposta-se na profissionalização e especialização de saberes, algo próximo do que ocorre no modelo biomédico, de modo que a antiga denominação de medicina popular não se adequa a esse novo contexto e gradualmente é substituída, principalmente, pelo termo tradicional. No entanto, as práticas de saúde ditas populares marcaram a formação do campo da saúde no Brasil e podem estar na base do que hoje reconhecemos como medicina alternativa/complementar bem como formam parte considerável das práticas de cura religiosas.

Até o início do século XIX não havia escolas para formação de médicos no país. Montero (1985), por exemplo, observa que durante mais de três séculos, a medicina que se praticava aqui era majoritariamente a medicina oriunda das tradições negra, indígena e jesuítica, todas marcadas de certa forma pelos elementos da religiosidade desses grupos. Assim, as figuras do feiticeiro, do curador, do raizeiro, do padre e da benzedora concorriam de perto e, até determinado período do Brasil colônia, com maior vantagem sobre os poucos médicos de formação europeia que existiam no país. As ervas, emplastros, benzeduras e garrafadas faziam parte das práticas terapêuticas ao lado das boticas e das sangrias e ventosas. É apenas a

partir de meados do século XIX que a prática médica dita “científica” começa a delimitar seu campo de atuação e para tanto busca deslegitimar outras práticas de cura que vão desde os erveiros aos homeopatas, passando pelos curadores que incluem em sua prática elementos mágico-religiosos.

É dentro deste processo que são construídas as categorias do charlatão e do curandeiro como aqueles que se utilizam de métodos “não científicos” de tratamento, sem ter conhecimento médico “oficial”, ou seja, acadêmico, para tirar proveito das pessoas “pobres e ignorantes” através da promessa de cura. Deste modo, a hegemonia da medicina como prática terapêutica única e válida passa pela criação do charlatanismo como desvio (Montero, 1985; Luz, 1996). Contemporaneamente, a legitimação daqueles que estão fora do modelo biomédico passa pelo afastamento da categoria “charlatão” e um modo de alcançar essa legitimação é através da profissionalização crescente das MTs/MACs.

No Brasil, certas práticas terapêuticas não-biomédicas alcançaram uma dimensão particular que em outros países não se observa, especialmente no que diz respeito à tolerância, o que não quer dizer aceitação irrestrita, de certas práticas médico-espirituais que em outros lugares seriam consideradas exercício ilegal da medicina e combatidas de forma mais incisiva. Em comunicação pessoal em 2009 com uma pesquisadora italiana que estava investigando grupos espíritas em Portugal, ela se mostrou impressionada quando lhe falei que o local no qual eu fazia pesquisa sobre cirurgias espirituais era reconhecido como instituição de utilidade pública pelos governos públicos em diferentes instâncias. Até aquele momento ela não havia conseguido observar as práticas de cura dos grupos que investigava, pois elas eram cercadas de muita descrição e sigilo por serem consideradas prática ilegal da medicina. A mesma observação colhi de outros estrangeiros com os quais conversei sobre minha pesquisa, e que geralmente se mostravam surpresos não com a existência de tal espaço no Brasil (ou em outros países latino-americanos), mas com o grau de legitimidade política e social do qual ele gozava.

Esse “privilégio” não envolve apenas o NENL/CAPC, mas diversos outros espaços de cura não-biomédicos no Brasil ligados ao espiritismo. A liberdade de expressão religiosa é um item bastante acionado para a construção de legitimidade nesses espaços, porém mais recentemente a valorização da funcionalidade terapêutica de certas

práticas de fundo espiritual-religioso ligadas ao universo das MTs/MACs vem se tornando uma moeda-forte para construção de reconhecimento social e político desses espaços.

A inclusão dessas práticas nas agendas nacionais das políticas públicas em saúde, bem como o crescente interesse que elas têm despertando entre alguns acadêmicos envolvidos com pesquisa científica em saúde, vem ao encontro da histórica intenção dos espíritas de dotar o espiritismo e suas práticas de um caráter científico. No entanto, como vimos no capítulo I, tais práticas são pontos importantes de discordância dentro do espiritismo e, para aqueles que se consideram seguidores unicamente da “codificação de Kardec”, muitas dessas práticas não seriam condizentes com os aspectos científicos da doutrina espírita, sendo vistas como “esoterismo”. Deste modo, a “cientificidade” do espiritismo é tensionada por seus próprios adeptos: enquanto para uns a inserção de uma prática como cromoterapia, por exemplo, viria reforçar o caráter científico da terapêutica espírita, já que essa técnica passa a ser reconhecida até mesmo pelos organismos oficiais de saúde como a OMS, para outros isso invalidaria a terapia espírita pelo caráter “esotérico” ou “místico” que ainda rodeia tais práticas.

Como observou Tavares (1999, 2002, 2003), a valorização da dimensão terapêutica envolvida nas manifestações espiritualistas-culturais do movimento da Nova Era tem se tornado central para legitimá-las, deslocando as terapias alternativas/complementares do “caldo geral da nebulosa alternativa” (Tavares, 2003) para defini-las enquanto práticas que guardam um eficácia intrínseca que é acionada para legitimar profissionalmente seus praticantes. Seria mais precisamente o valor terapêutico e não espiritual de tais práticas que mobiliza o discurso em torno de sua eficácia. Deste modo, ao analisar o processo de regulação das terapias alternativas do tipo Nova Era no âmbito da psicologia ao longo dos anos 90, Tavares (2003: 98-9) argumenta que:

“o referencial desse conjunto heterogêneo de técnicas e práticas alternativas se situa na confluência de duas orientações nem sempre conciliáveis: de um lado, o referencial holístico que, embora longínquo, as remete a uma orientação espiritualizante (com toda a indefinição a que o termo remete); por outro, uma preocupação com a eficácia intrínseca das técnicas e procedimentos utilizados, a despeito das orientações cosmológicas que lhes são subjacentes. (...) a legitimidade da rede terapêutica alternativa, reivindicada tanto por

terapeutas alternativos como por psicólogos, se assenta nesse duplo referencial (combinando-o de formas variadas), que ora os afasta da possibilidade de uma validação científica, dado seu caráter espiritualizante; ora aproxima-os dessa validação, quando reiteradamente argumentam acerca dos efeitos demonstráveis da utilização das técnicas.”

Ao se profissionalizarem e, com isso, produzirem espaços de reconhecimento formalizados, tais práticas alternativas/complementares emprestam àqueles que delas se utilizam em espaços religiosos os argumentos da eficácia terapêutica (e não apenas espiritual) que trazem legitimidade para a prática religiosa de caráter curativo. Assim, se a medicina reconhece e admite o uso de uma terapia alternativa/complementar no sistema oficial de saúde, deverá reconhecê-la também no centro espírita. Neste sentido, Luz (2005) nos lembra que as práticas designadas como “paralelas”, “alternativas” ou “complementares” têm um maior potencial de “tradutibilidade terapêutica” em termos da medicina ocidental e por isso teriam mais chances de se legitimarem frente à ciência e às instituições de saúde do que as práticas populares de cunho religioso. Porém, o que muitos grupos religiosos têm feito é incrementar seu arcabouço terapêutico incluindo nele tais práticas, não sem gerar conflitos tanto por parte de alguns profissionais quando das instituições religiosas, a exemplo do que ocorre no espiritismo, como vimos anteriormente.

Assim como muitos países, o Brasil tem seguido as orientações da OMS quanto à inclusão das MTs/MACs no sistema nacional de saúde, o que fez com que certos recursos terapêuticos antes restritos aos espaços alternativos de cura (sejam eles os tradicionais centros espíritas ou os modernos centros holísticos da Nova Era) estejam gradualmente sendo incorporados ao sistema nacional de saúde, tanto público quanto privado. Em 2006, o governo federal lançou o Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que dispõe sobre a inclusão de algumas terapias não-biomédicas no Sistema Único de Saúde (SUS) entre elas a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a medicina antroposófica, a fitoterapia e o termalismo-crenoterapia. As justificativas para a inclusão dessas práticas no SUS são de ordem política, técnica, econômica e sociocultural, pois compreende-se que elas ampliam o processo de implementação do SUS e democratizam o acesso a práticas tradicionalmente utilizadas pela população bem como a novas técnicas, agora respaldadas pelos organismos oficiais de saúde.

Embora o PNPIC seja recente, políticas de integração como essa vem sendo construídas ao longo das últimas décadas do século XX, especialmente quando o Conselho Federal de Medicina reconheceu a homeopatia enquanto prática médica nos anos 1980 e, a partir de 1985 inicia-se a institucionalização da terapêutica homeopática nos serviços públicos de saúde. No entanto, será apenas em 1999 que as consultas homeopáticas e de acupuntura serão inseridas na tabela do SUS.

Esse processo de reconhecimento e consequente normatização das práticas de saúde não-biomédicas tem gerado posicionamentos distintos. Os entusiastas veem essa inclusão como um merecido reconhecimento da eficácia terapêutica dessas práticas assim como a democratização do acesso à saúde através do sistema público. Tesser e Barros (2008: 920), por exemplo, defendem “a oferta das MACs no SUS como cultivo de 'democracia e ecologia epistemológicas' sustentáveis e estratégia de manejo da medicalização na construção da universalidade, equidade e integralidade em um SUS prudente para um cuidado à saúde decente”. Já Luz (2005: 170), defende a construção de um cenário no qual as MTs/MACs pudessem conviver lado a lado não apenas na sociedade civil brasileira, mas também na sociedade política e nos serviços públicos “através da sua incorporação como recursos terapêuticos válidos e elegíveis como direito de cidadania”. Assim, a recente inclusão das MTs/MACs nas políticas públicas nacionais é encarada como uma vitória, ainda incipiente quando comparada ao domínio hegemônico da biomedicina, que se respalda enquanto um direito do cidadão em eleger os recursos terapêuticos necessários para promoção do seu bem-estar e saúde.

Por outro lado, as políticas públicas integrativas têm gerado críticas, pois em muitos sentidos aparecem como formas de controle, normatização e disciplinamento de práticas que antes eram dominadas pelos sujeitos em relações terapêuticas cotidianas e regidas por mecanismos de controle próprios de seus praticantes. Um exemplo desse processo de normatização envolve a acupuntura que em tempos recentes foi alvo de tentativas de regulamentação que propunham que apenas médicos formados poderiam aplicar e oferecer essa terapia (Nascimento, 1998), excluindo da prática os terapeutas treinados a partir de outros sistemas médicos. Movimento semelhante tem se dado em relação ao exercício das parteiras cuja prática tem sido alvo de regulamentação e disciplinamento por parte do poder público (ver Fleischer, 2006 e Ferreira, 2010).

Outra crítica que se desenvolve diz respeito ao modo como as MTs/MACs são esvaziadas de seus conteúdos teórico-filosóficos ao serem transpostas para os campos da racionalidade científica que domina os sistemas oficiais de saúde. Questiona-se os modos como se tenta medir a eficácia dessas terapias e das racionalidades médicas nelas envolvidas através de instrumentos e conceitos provenientes da biomedicina que opera com paradigmas completamente diferentes. Além disso, no caso das medicinas tradicionais, haveria uma depuração dos aspectos socioculturais dessas práticas para vê-las de um ponto de vista exclusivo da eficácia biológica, ignorando-se a importância das dimensões relacionais envolvidas nelas.

Fadlon (2004) fala de “domesticação da medicina alternativa”, processo através do qual as MACs têm se tornado cada vez mais parecidas com a biomedicina. Para a autora, o espaço considerável que as MACs têm conseguido nos domínios biomédicos não se deve à legitimação de um pluralismo terapêutico, mas à abolição de diferenças fundamentais entre elas e a biomedicina, tornando as MACs mais “palatáveis”. Particularmente interessante é sua crítica ao conceito polissêmico de “energia” que a autora analisa enquanto uma forma de discurso que desmaterializa o corpo e está presente tanto nas MACs como em certos ramos da biomedicina que vêm trabalhando com concepções próximas a de um “corpo virtual” (a fertilização *in-vitro* e a engenharia genética, por exemplo). Ao mesmo tempo, uma área biomédica como a psiconeuroimunologia aposta nas relações mente-corpo para analisar as doenças, aproximando-se do holismo pregado nas MACs. Deste modo, conceitos como energia e o holismo, negociados entre MACs e biomedicina, evidenciam não uma mudança ou subversão de paradigmas, mas antes formam parte de um novo discurso médico dominante que desmaterializa e virtualiza o corpo e passa a exercer sobre ele novas e mais abrangentes formas de controle ao penetrar em todas as esferas, das células e genes a mente e emoções. Já Napolitano e Flores (2003), afirmam que no México, em decorrência da competitividade do setor privado de saúde, alguns biomédicos têm buscado conhecimento e especialização também no campo das MACs, embora essa formação geralmente seja utilizada por esses profissionais de forma pragmática, sem adesão a perspectivas diferenciadas que tratem dos eventos de saúde-doença.

A gradual inclusão dessas terapias no sistema nacional de saúde no Brasil tem produzido cenários interessantes para o desenvolvimento

de pesquisas que analisem de que forma as MTs/MACs e a medicina oficial estão se constituindo no contemporâneo. Já são vários hospitais públicos que oferecem diversas práticas e não apenas aquelas elencadas no PNPIC. O próprio documento do governo traz resultados de um levantamento que demonstra a inserção de práticas como o reiki, o shiatsu e o yoga, reunidas sob a definição de práticas complementares, que estão sendo aplicadas em vários estados e municípios muito antes do PNPIC. Alguns hospitais-escola têm oferecido um conjunto mais abrangente de práticas terapêuticas, em alguns casos voltados apenas para a comunidade acadêmica, que também funcionam como espaço de pesquisa e extensão. É o caso da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP) e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), em Florianópolis. O primeiro oferece para alunos, professores e funcionários as práticas de shiatsu, reiki, cromoterapia, florais, acupuntura, toque terapêutico entre outras⁷⁵.

Já o HU-UFSC desenvolve desde 1996 o Projeto Amanhecer, idealizado por uma enfermeira para atender a princípio apenas os trabalhadores da área de enfermagem do HU. Em 2004 o projeto foi estendido para a comunidade acadêmica atendendo alunos, professores e funcionários da UFSC⁷⁶. As práticas oferecidas são semelhantes às encontradas em outros hospitais públicos com projetos semelhantes, porém uma delas chama a atenção e, pelo que me consta, não é oferecida em outros programas similares, que é a apometria, técnica terapêutica desenvolvida pelo médico-espírita José Lacerda de Azevedo nos anos 1960, no Rio Grande do Sul.

Embora a apometria seja um técnica de tratamento espiritual

⁷⁵ Em 2004 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) lançou a resolução 290/2004 que fixa as especialidades da enfermagem e entre elas encontram-se as MACs. Já o Conselho Federal de Psicologia, embora reconheça o exercício de algumas práticas, proíbe os psicólogos de oferecerem conjuntamente práticas alternativas/complementares associadas à abordagem da psicologia, orientando a sua separação no exercício profissional. Em outras palavras, aquele que se anuncia como psicólogo não deve ministrar aos seus pacientes terapias como os florais de Bach, de modo que se desejar trabalhar com essa técnica deve se apresentar enquanto terapeuta e não psicólogo. Para os desdobramentos da regulação no campo da psicologia e MACs ver Tavares (2003). Para informações sobre MAC na EE-USP http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupo/praticas_alternativas/grupo.htm.

⁷⁶ Os terapeutas que participam desse projeto são pessoas com as mais diversas formações profissionais e terapêuticas que prestam atendimento através do voluntariado. Geralmente, alunos e egressos do curso de graduação em Naturologia da Universidade do Sul de Santa Catarina atuam no projeto.

reconhecida por alguns adeptos do espiritismo ela é bastante criticada dentro da doutrina e tanto apômetras quanto espíritas (advirto que essa é uma separação difícil de fazer, pois a apometria se desenvolve prioritariamente em centros espíritas e muitos de seus praticantes se reconhecem como espíritas) consideram que essa técnica terapêutica não é “mediunismo”, embora sua prática envolva o contato com a espiritualidade e seja melhor desenvolvida por médiuns treinados. Segundo o médico que desenvolveu o estudo da apometria:

“ela possibilita uma medicina para o Espírito, realizada por médicos desencarnados, junto à medicina humana, dos encarnados. Além disso, operacionaliza a regressão de encarnados e desencarnados a vidas anteriores; ao mostrar o remoto passado dos enfermos - desvelando suas vinculações kármicas [sic] com outros espíritos - enseja não só a investigação dos efeitos da Lei do Karma como também o tratamento das doenças em profundidade, com efeitos naturalmente duradouros” (fonte: <http://projetoamanhecer.blogspot.com> acessado em 10/04/2011).

Em alguns momentos a apometria se assemelhe a um tratamento de desobsessão, porém diverge deste em alguns aspectos. Um deles é que o paciente encontra-se presente na seção de apometria e, segundo sua teoria, o que ocorre não é propriamente a doutrinação de um espírito obsessor, mas o desdobramento do corpo astral ou mental do próprio doente (e até mesmo de pessoas encarnadas com as quais ele se relaciona) que pode trazer compreensão sobre seu estado de aflição. Por outro lado, o terapeuta apômetra é quem induz o desdobramento utilizando um sistema de contagem através do qual o corpo doente, ou a parte doente do corpo do paciente, é encaminhado energeticamente (desdobra-se) para tratamento no plano astral. Assim, na apometria não é um espírito desencarnado que vem até o corpo do doente, é antes o corpo do doente que vai, através do desdobramento, ao mundo espiritual para ser tratado (ver Greenfield, 1999). Madureira (2010), aponta para o caráter controverso da apometria no meio espírita analisando livros e sites espíritas que tratam da técnica:

“Nesses escritos, encontramos em grande medida a defesa da desobsessão apométrica, uma prática avançada em relação à desobsessão simples; mas há também uma crítica recorrente, assegurando que esta técnica de cura está em desacordo com as recomendações de Kardec. As críticas sustentam que a apometria,

calcada em 'contagens cabalísticas, mentalizações, correntes mento-magnéticas e psico-telérgicas', além de 'outras de nomes muito esdrúxulos e pseudocientíficos' se ajusta às 'clínicas alternativas' e não ao espiritismo, da mesma forma que a terapia de vidas passadas, a cromoterapia e a cristalterapia." (idem: 187).

Assim, curiosamente defensores e opositores concordam que a apometria é uma terapia, embora para os primeiros seja “uma técnica avançada” e para os segundos “pseudociência”. O desenvolvimento dessa técnica na Casa do Jardim, centro espírita que estava sediado no Hospital Espírita de Porto Alegre, causou uma ruptura com esta instituição, pois a apometria não foi reconhecida pelo hospital como uma técnica espírita legitimada (Greenfield, 1999:72).

No entanto, hoje a apometria aparece não apenas em vários centros espíritas, apesar das controvérsias que gera, mas também é praticada por grupos e profissionais como proposta terapêutica sem vínculo religioso, assim como foi inserida em um serviço público de saúde através do Projeto Amanhecer em Florianópolis. Segundo censo realizado por seus organizadores (disponível no endereço http://www.hu.ufsc.br/~proj_amanhecer/index.html), a apometria foi a técnica alternativa/complementar mais utilizada em 2008, com 282 atendimentos, seguida pela massoterapia (171) e pela cromoterapia (168), o que nos instiga a continuar investigando as contínuas relações entre medicina, terapias alternativas/complementares e o espiritismo no Brasil⁷⁷.

Boa parte das práticas terapêuticas ditas complementares e alternativas diz respeito a modos de intervenção sobre o corpo através de uso cores, sons, massagens, imposição de mãos, medicamentos considerados “naturais”, alimentos, etc. No entanto, há um importante segmento dessas práticas formado por psicoterapias nas quais estão envoltas elementos dos saberes “psi”, especialmente da psicologia e psicanálise, aliados a outras formas de abordagem centradas na análise dos processos de produção de subjetividades e que tem como centro o uso da palavra nos processos de cura. Neste sentido é preciso observar como se forma no contemporâneo uma *retórica terapêutica* que envolve elementos advindos da psicologia/biomedicina, das terapias

⁷⁷ A apometria não era utilizada no NENL nem no CAPC, sendo inclusive uma técnica bastante criticada por alguns voluntários, embora outros tenham admitido ter feito uso dela em outras casas espíritas, como forma de tratamento espiritual.

complementares e de abordagens espirituais/religiosas, e que passam a ser acionados de formas semelhantes por diferentes sistemas terapêuticos ao centrar no sujeito a responsabilidade pelo adoecimento e pela cura.

Aqui estou considerando a retórica como o uso da linguagem para comunicar uma mensagem de forma eficaz e persuasiva de modo a induzir outrem à ação, lembrando que essa linguagem não se restringe a palavra falada, acepção a qual quase sempre está relacionada à retórica enquanto “arte de bem falar”, mas a outras formas de linguagem que podem incluir sons e imagens, por exemplo. Deste modo, o que chamo de *retórica terapêutica* deve ser pensado enquanto as formas de discurso verbal e não-verbal presentes no contemporâneo, e que se refletem no CAPC, nas quais elementos de diferentes correntes terapêuticas vão ser acionados na construção de concepções envolvendo a saúde e o cuidado de si e que tem na questão emocional uma forte zona de convergência.

Emoções e adoecimento: novas (ou antigas?) concepções sobre saúde

A edição de 17/04/2009 do Globo Repórter, programa semanal da Rede Globo de Televisão, apresentou como tema “O impacto das emoções sobre a saúde”. A reportagem apresentou uma série de casos onde pesquisadores e médicos, na sua maioria neurocientistas, investigavam o poder das emoções sobre o estado físico das pessoas. O estresse apareceu como expressão emocional básica do mundo moderno e um dos fatores de risco para a população em geral que experimenta algum nível de estresse na atualidade, sobretudo os que vivem nas grandes cidades. Segundo o repórter que conduziu a matéria haveria “um corredor estreito entre as dores da alma e as dores do corpo” e as dores do corpo seriam uma forma de alerta, de aviso para que algo seja mudado na vida do sujeito como um todo ou na sua maneira de encará-la. Para um dos médicos entrevistados, a relação entre saúde e emoções teria sido ignorada durante muito tempo na medicina, mas agora essa relação estava sendo investigada, “com seriedade”, por um número cada vez maior de pesquisadores interessados em compreender como o estado emocional de uma pessoa pode afetar seu corpo físico.

Tem sido cada vez mais frequente observar na mídia esse tipo de matéria na qual as emoções aparecem como foco de atenção de médicos e psicólogos na definição e tratamento de patologias, o que faz

parecer que essa relação vem sendo estudada na medicina apenas recentemente. No entanto, a relação entre emoções e saúde já vem traçando um longo caminho dentro do campo médico e estendeu-se nas últimas décadas para outros sistemas terapêuticos, aparentemente opostos à biomedicina, mas que compartilham com algumas correntes médicas a percepção de que os sentimentos afetam a saúde do corpo.

Especialmente com relação ao câncer, ao lado das explicações genéticas e daquelas voltadas para a análise dos “estilos de vida”, as emoções têm aparecido como “fator de risco” para se pensar a etiologia da doença, tendo se transformado em um elo importante capaz de formar conexões entre modelos leigos e especializados para se pensar a doença e responder porque as pessoas ficam doentes mesmo quando não têm uma disposição genética nem “hábitos de risco” (má alimentação, vícios, etc) e até mesmo quando possuem todos esses possíveis antecedentes biológicos e comportamentais.

Fortemente criticada por autores como Susan Sontag (1984), uma “psicogênese do câncer” (e outras doenças) não deixou de se desenvolver. Hoje temos uma área biomédica como a psiconeuroimunologia que investiga a influência das emoções e dos sentimentos sobre o sistema imunológico e, conseqüentemente, sobre os estados de saúde e doença. Do mesmo modo, correntes das chamadas terapias alternativas e complementares têm como foco o trabalho sobre os estados emocionais como forma de produção de um equilíbrio constante entre mente, corpo e espírito capaz de tratar e evitar os estados de adoecimento. A visão holística do ser humano, tão apregoada entre os praticantes dessas terapias, traz para o centro do tratamento as dimensões imateriais envolvidas no processo de adoecimento onde as emoções ganham um espaço privilegiado.

As emoções também têm aparecido como forma importante de se discutir a doença em espaços de cura religiosos a exemplo dos estudos de Csordas (2008) sobre os católicos carismáticos no qual observamos elementos oriundos da psicologia e da psicanálise serem utilizados nas formas de cura dessa corrente religiosa. Um ponto que chama atenção em sua análise é o fato de muitos curadores católicos serem também profissionais formados em psicologia ou outra modalidade terapêutica. Para Csordas este fato complexifica a relação entre os católicos pentecostais e o sistema de saúde maior e coloca para os curadores o problema de como reconciliar ciência e religião na prática. Neste sentido, Csordas propõe pensar doença e sagrado como

categorias pertencentes ao mesmo nível fenomenológico e para os católicos pentecostais os rituais de cura podem ser ao mesmo tempo vistos como formas de etnopsiquiatria e ritos de passagem⁷⁸.

Já Champion (1990: 27) chama de “sincretismo psicoreligioso” a união de elementos provenientes de certos valores morais religiosos combinados com a cientificidade de práticas psicológicas e técnicas psicoterapêuticas, e que é largamente observado entre os grupos e espaços dedicados às formas terapêuticas-espirituais da Nova Era (ou, como a autora prefere nomear, da *nebulosa mística-esotérica*). Esses espaços conferem ao sujeito uma responsabilidade central nos processos de cura nos quais as ideias do autoconhecimento e da autenticidade do eu estão presentes. Haveria aqui uma instrumentalização psicológica dos referenciais religiosos como forma a ampliar o leque de interpretações e formas de significação para aqueles que buscam tais tratamentos, mas que não necessariamente buscam a adesão a um grupo religioso.

Ao considerar aqui meu contexto etnográfico em um centro de tratamento espírita, as abordagens sobre as emoções apareciam ali como meio de tratar de questões próprias do arcabouço teórico-doutrinário do espiritismo, tais como o aperfeiçoamento moral, o livre-arbítrio e a reforma íntima, sem o possível ranço religioso de uma doutrinação *stricto sensu*, já que este espaço se propunha terapêutico e não exatamente doutrinário. Assim, no CAPC, a abordagem dos aspectos emocionais possivelmente envolvidos nos processos de adoecimento e cura, provenientes de certas correntes biomédicas e alternativas, era articulado ao arcabouço teórico-moral do espiritismo formando uma composição retórica para falar de saúde, doença e cura na qual as emoções apareciam como elemento central e privilegiado na formação de zonas de contato entre esses sistemas terapêuticos (biomédico, psicológico, religioso e complementar).

Há uma vasta produção médico-literária e psicoterapêutica sobre essa temática que não apenas é lida por alguns dos colaboradores do CAPC, sobretudo os médicos e terapeutas, mas é indicada para os pacientes e também serve de base para a elaboração de conteúdo ministrado nas aulas da escola de médiuns. Assim, uma análise mínima

⁷⁸ É interessante notar que essa relação entre religião e psicologia e psicanálise não diz respeito apenas aos carismáticos. Em novembro de 2010, a revista de circulação mensal Piauí, edição nº 50, trouxe uma reportagem (“A cura pela palavra” de Clara Becker) sobre os psicanalistas formados na Sociedade Psicanalítica Ortodoxa do Brasil, instituição criada por um pastor evangélico que já conta com mais associados que a Sociedade Brasileira de Psicanálise.

dessa literatura médica e psicológica que relaciona emoções e doenças mostra-se pertinente para a compreensão da retórica produzida no CAPC bem como para o entendimento de algumas de suas práticas terapêuticas que abordarei mais a fundo no próximo capítulo. Como parte dessa literatura é produzida por profissionais de saúde, essas obras trazem legitimidade ao discurso das terapias complementares e espirituais ao inseri-las no campo prestigiado das ciências.

Vale à pena mencionar alguns nomes que ficaram conhecidos neste campo, principalmente pelo foco que colocaram em suas pesquisas sobre doenças crônicas e degenerativas e suas relações com estados emocionais, especificamente o câncer. Dois nomes são sempre citados como pioneiros e divulgadores dessas pesquisas no século XX: o psicólogo Lawrence LeShan e o radiologista Carl Simonton, ambos americanos. Embora suas pesquisas tenham sido publicadas no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, LeShan e Simonton afirmam ter iniciado seus estudos nos anos 1950 a partir de uma forte retomada no campo da medicina e da psicologia das investigações sobre os aspectos emocionais nos eventos de adoecimento. Ambos analisaram uma literatura médica dos séculos XVIII, XIX e início do século XX que trata da relação entre o câncer e as emoções. O interesse por essa abordagem teria desvanecido no campo da medicina, segundo os autores, com o surgimento da anestesia, dos procedimentos cirúrgicos e da radioterapia, e é retomado em meados do século XX por cientistas preocupados com a relação mente-corpo e os processos psicológicos no desenvolvimento do câncer.

Em seu livro *O câncer como ponto de mutação*, LeShan apresenta estudos de caso com pacientes portadores de câncer para mostrar como os estados afetivos e emocionais desses pacientes contribuíram para seu adoecimento e como podem ser revertidos para colaborar com sua cura ou pelo menos com o alívio de seus sofrimentos. Baseado numa perspectiva que ele chama de “abordagem holística da saúde”, LeShan apresenta seu método que trabalha com mudanças psicológicas do paciente a fim de mobilizar seu sistema imunológico e promover “a autocura”. Segundo o autor (1992: 14), “descobrimos que o sistema imunológico é fortemente afetado pelos sentimentos e que determinados tipos de atitude psicológica pode influenciar positivamente nosso sistema de defesa”. Seu método “pretende fazer com que as pessoas tenham controle sobre sua vida, busquem um estilo de vida especialmente adequado para elas e, quando encontrado,

trabalhem ativamente para vivê-lo” (idem: 65).

Em suas análises, LeShan teria identificado um perfil para o paciente com câncer. Esses pacientes são caracterizados (e seus estudos de caso ilustram suas hipóteses) como pessoas que estariam vivendo conforme normas e convenções sociais que as afastaram do seu propósito de vida e apresentavam, quase sempre, frustrações, perdas e insatisfações no campo do trabalho e na relação familiar, e pouca ou nenhuma habilidade para tratar com os aspectos emocionais que advinham dessas relações. Para o psicólogo, haveria uma “personalidade predisposta ao câncer” (idem: 71) previsível em pessoas que não conseguem conduzir suas vidas como desejam ou que não sabem lidar com o desespero gerado por situações de frustração e perdas.

Carl Simonton segue a mesma linha de LeShan ao relacionar o câncer e as emoções e afirmar que os sentimentos tem influência sobre o sistema imunológico e, conseqüentemente, sobre o modo como os pacientes participam da sua saúde. Simonton também recorre à ideia de uma abordagem holística para a saúde que favoreça a análise das relações entre a mente e corpo no surgimento das doenças, especificamente o câncer. Ele intensifica em sua abordagem o papel do estresse no adoecimento afirmando que os níveis elevados de estresse emocional aumentam a suscetibilidade a doenças. No entanto, essa suscetibilidade dependeria do modo como a pessoa interpreta e lida com os eventos estressantes já que “todos nós, de alguma maneira, aprendemos a lidar com fatores causadores de estresse, seja reduzindo seu impacto emocional, seja diminuindo os efeitos que têm sobre o corpo. Portanto, o próximo passo é tentar compreender que tipos de relações tornam a pessoa mais suscetível ao câncer” (1987: 57). Neste sentido, Simonton considera que a informação sobre os pensamentos e sentimentos que temos quando estamos doentes seria a mais preciosa de todas, pois permite ao sujeito doente mover-se na direção contrária à doença já que “todos nós participamos da criação da doença através de fatores mentais, físicos e emocionais” (1987: 105). Deste modo, “se você participou do aparecimento do seu câncer, também poderá participar da sua recuperação” (idem: 113). Esse poder de decisão é creditado ao paciente até mesmo na hora da morte. Para os pacientes que não responderam bem ao seu método e vieram a falecer, Simonton atribui esse fato a uma “redecisão do paciente” e reconhece que “se esses pacientes podiam assumir o controle de suas vidas podiam – e deviam – assumir o controle da sua morte, *se esse fosse o caminho que*

escolhessem” (ibid: 200, grifo meu).

Os trabalhos de LeShan e Simonton receberam muitas críticas pela abordagem psicologizante do câncer e a responsabilização dos pacientes por sua doença. Ambos se defenderam dessas acusações. LeShan diz que na sua abordagem “o paciente *não* é, de forma alguma, acusado da culpa por ter tido câncer. (...) Aqueles que insinuarem que esta teoria aumenta a culpa do paciente simplesmente não sabem o que estão dizendo” (1992: 14, grifo no original). Já Simonton afirma que “não é nossa intenção, nem seria desejável que você se sentisse culpado em relação a sua participação [na doença]. Existe uma diferença entre ser ‘culpado’ de alguma coisa e ter ‘participado’ dela” (1987: 113). Para o autor, culpar o doente significa que ele acharia que a pessoa sabia conscientemente o que estava fazendo e este não é o seu argumento. Embora digam não culpar o paciente pela doença, ambos reconhecem a participação dele no evento e sua responsabilidade pela recuperação da saúde a partir do momento que se tornam cientes do processo que os teria levado, segundo os autores, a ficarem doentes.

Esta visão do doente como agente da sua doença e cura teria dois lados: (a) uma agência geralmente tida como *inconsciente* através da qual a pessoa “produz” a sua doença e (b) uma agência *consciente* onde a pessoa doente é empoderada, pois ela tornar-se ciente da sua participação no processo de adoecimento, e após esta “tomada de consciência” ela deve agir de modo a alcançar um equilíbrio que restaure sua saúde. Esse empoderamento, no entanto, geralmente significa uma individualização extremada do processo de cura através da qual outras instâncias implicadas nos eventos de saúde-doença são atenuadas ou mesmo invisibilizadas como o acesso restrito aos sistemas de saúde por boa parte da população mundial, e as questões de ordem econômica, ambiental e social envolvidas no âmbito da promoção da saúde.

Susan Sontag (1984) foi certamente uma das principais críticas dos modelos apresentados por Simonton e LeShan e por diversos outros pesquisadores que associaram o câncer e as emoções. Sontag compara esse tipo de abordagem aos antigos modelos explicativos para a tuberculose, segundo os quais as personalidades dotadas de excessos de paixão e sensualidade seriam mais dispostas a sucumbirem a esta doença, explicação hoje considerada implausível, de modo que a ideia presente em algumas teorias médicas de que o câncer seja provocado por estresse, traumas ou “insuficiência de paixão, atacando os

sexualmente reprimidos, inibidos, não espontâneos, incapazes de exprimir ódio” (idem: 30) mereceria tanto crédito quanto às antigas etiologias românticas formuladas para explicar a tuberculose no século XIX. Assim, as metáforas que tratam do câncer (e antigamente da tuberculose) acabam por ampliar a ideia de que uma enfermidade exprime o caráter de uma pessoa, ou ainda, que o caráter é a causa da doença.

Para Sontag, ela própria paciente de câncer, praticamente todas as pessoas passam por estresses e perdas e não desenvolvem câncer por isso, o que seria ignorado nas pesquisas de LeShan, Simonton e outros. Para ela, “parece provável que, de algumas centenas de pessoas que *não* tem câncer, a maioria também declara ter dito emoções depressivas e traumas: a isso se chama condição humana” (1984: 66, grifos no original). Ela, no entanto, não nega a hipótese de que a desgraça pode afetar a capacidade de defesa imunológica, porém isso não seria “a mesma coisa – ou constitui evidência disso – que a opinião de que as emoções causam doenças, e muito menos a razão da crença de que emoções específicas podem produzir doenças específica” (idem: 69). Para Sontag, a predileção por explicações psicológicas para as doenças, e para tudo mais, seria algo típico da era moderna e das sociedades de consumo. Para ela, “grande parte da popularidade e da persuasão da psicologia vem da sua condição de sublimado espiritualismo: uma maneira leiga e pretensamente científica de afirmar o primado do ‘espírito’ sobre a matéria” (ibid: 71).

A proposta de Sontag é que devemos encarar as doenças de forma objetiva, sem considerá-las metáforas e destituindo-as de todo e qualquer simbolismo. No entanto, na defesa de seu argumento, Sontag resvala para um objetivismo clínico ao propor que se analisem as doenças com elas “realmente são”: processos puramente fisiológicos que devem ser desprovidos de interpretações subjetivas. Mesmo nas ciências sociais sua abordagem sofreu críticas (Lock, 1998), pois se por um lado ela é pertinente por romper com os estereótipos negativos sobre as pessoas com câncer e desnaturalizar certas concepções ditas científicas sobre a doença, por outro sua proposta de eliminar os processos interpretativos que acompanham os eventos de adoecimento engessa a análise deles, sobretudo no caso de doentes crônicos que são instados pela sua enfermidade a elaborar novas relações com seu corpo e seu universo relacional, e assim acionar elementos subjetivos nesse processo. No entanto, o ponto crucial do trabalho de Sontag refere-se ao

processo de normatização e moralização dos sentimentos e a classificação e, conseqüentemente, estigmatização dos doentes que aparece implícita (ou explícita) nas pesquisas de profissionais como LeShan e Simonton e tantos outros.

Apesar das críticas a esses modelos, outros autores dentro da medicina e da psicologia continuaram a abordar o tema e a desenvolver teorias que pregam novas maneiras de perceber e tratar não só o câncer, mas todas as doenças dentro de uma perspectiva que eles reconhecem como “holística”, “integrativa” e agora também “espiritual”, na qual os sentimentos e as emoções têm papel fundamental. Partindo dessa abordagem, duas obras ganharam evidência neste cenário: *A doença como caminho*, de Rudiger Dahlke (médico) e Thorwald Dethlefsen (psicólogo), e *Medicina Vibracional*, do médico Richard Gerber.

Nas duas obras, os autores abordam a doença como expressão de desequilíbrios emocionais, psíquicos e/ou espirituais. A doença é sempre vista como tendo causa endógena, sendo produzida pelo sujeito que geralmente está inconsciente desse processo. Dahlke e Dethlefsen (1995: 7) afirmam que sua obra aborrece muitas pessoas, pois “destrói o álibi para seus problemas não resolvidos: a doença. Propomo-nos a mostrar que o doente não é uma vítima inocente de alguma imperfeição da natureza, mas que é de fato o autor de sua doença”. A obra é contemporânea dos escritos de Simonton e LeShan e tem com eles bastante semelhança, mas arrisca voos em outras direções ao propor que a doença seja usada como “alavanca” para tratar de temas esotéricos e filosóficos. Nesta direção, os autores se apropriam de temas como carma, polaridade e unidade e outros conceitos que são associados por eles às filosofias orientais. Além disso, Dahlke e Dethlefsen associam as emoções não apenas ao surgimento do câncer, mas a toda e qualquer doença e até aos acidentes. Para cada aspecto emocional está relacionada uma parte do corpo que pode ser afetada. O câncer seria um exemplo para os autores da visão polarizada do homem sobre si e sobre o mundo em que vive. Fazendo uma analogia do corpo humano com a sociedade moderna (uma aproximação com Durkheim seria um tanto grosseira), os autores entendem que o câncer se instala na era moderna porque assim como os seres humanos, as células cancerosas começam a “desenvolver e concretizar objetivos próprios sem a menor consideração pelas demais células” e a colocar “seu próprio desenvolvimento em primeiro plano” (idem: 234). Ou seja, o câncer comporta-se como a sociedade capitalista moderna, “caracterizada pela expansão e pela

concretização desconsiderada dos próprios interesses” (ibid: 236). A falta de amor seria o grande elemento impulsionador dessa realidade e os autores chegam a afirmar que “os homens têm câncer porque eles são um cancro” (ibid: 237).

Já Gerber traz em seu livro a proposta de se pensar os processos de saúde e doença partindo do que ele denomina de “paradigma einsteiniano da medicina vibracional”. Este paradigma encararia o ser humano como um todo multidimensional constituído de sistemas físicos e celulares em conexão com campos energéticos reguladores, e se opõem ao que ele chama de “paradigma materialista newtoniano” da medicina convencional alopática que encara os organismos humanos apenas como máquinas complexas, desconsiderando as dimensões sutis e energéticas do ser. As emoções e a consciência seriam os principais fatores geradores de desequilíbrios na dimensão energética dos seres humanos e, conseqüentemente, a causa das doenças manifestadas no corpo físico. Assim, a proposta da medicina vibracional seria:

“curar as doenças e transformar a consciência humana atuando sobre os padrões energéticos que dirigem a expressão física da vida. Acabaremos descobrindo que a própria *consciência é uma espécie de energia que está integralmente relacionada com a expressão celular do corpo físico. Assim, a consciência participa da contínua criação da saúde ou da doença*” (ibid, 1988: 37, grifos no original).

Diferente de Dahlke e Dethlefsen, Gerber apresenta mais que um texto de cunho metafísico, mas propõe e expõe uma série de terapias alternativas e complementares que seriam formas baratas e simples de proporcionar saúde aos seres humanos que vão desde o uso de florais, elixires de pedras preciosas e passes magnéticos ao alinhamento dos chakras, a cura psíquica e o desenvolvimento espiritual. Obviamente, que as terapias não bastam por si. A pessoa doente deve enveredar pelo caminho do autoconhecimento e da autocura. Para o autor, “as pessoas precisam começar a assumir a responsabilidade pelos seus pensamentos e emoções para que eles possam exercer uma influência positiva sobre sua saúde” (ibid: 391). Pensamentos e emoções estariam relacionados aos corpos sutis da pessoa⁷⁹ e o desequilíbrio dessas dimensões afetaria o sistema imunológico, permitindo o surgimento das doenças. Gerber

⁷⁹ Gerber fala dos corpos físico, etérico, astral, mental e causal, os mesmos presentes na literatura espírita, com algumas variações.

também cita a psiconeuroimunologia como novo ramo da ciência médica que pesquisa a relação entre o cérebro, o sistema endócrino e o sistema imunológico e como eles são afetados pelas emoções.

O que se percebe ao analisar os discursos sobre as emoções – seja através da literatura médica e das terapias complementares e alternativas, ou na construção social das práticas de cura observadas no CAPC – é que estes discursos estão marcados pela ambiguidade no manejo das emoções. Por um lado as emoções são vistas como “naturais”, expressão involuntária e espontânea dos seres humanos, e por outro é pensada como algo tolhido e reprimido pela norma social. A impossibilidade de expressar os sentimentos, de viver a “naturalidade” das emoções, seria um dos principais fatores a favorecer o aparecimento das doenças. Deste modo, as emoções seriam algo natural e individual e ao mesmo tempo forçadas e modeladas “pela norma social”. Simonton (1987: 113), ao se defender das acusações de provocar sentimentos de culpa nos pacientes de câncer, diz que “não faz sentido culpar as pessoas que vivem na nossa sociedade por ficarem doentes, levando-se em consideração as regras que lhes foram impostas quanto à expressão de emoções e sentimentos. (Poucas pessoas na nossa sociedade aprendem a lidar com as emoções e os sentimentos)”. Deste modo, apesar de serem “instintivas”, as emoções podem ser racionalizadas. Por outro lado, ao racionalizá-las podemos também reprimi-las através da observância da norma social, tomada aqui quase sempre como algo que vai de encontro às reais necessidades dos sujeitos, uma mão opressora.

O valor ambíguo das emoções na perspectiva ocidental foi observado por Catherine Lutz (1988, 1990). Em seu trabalho, a autora nos mostra que as emoções estão relacionadas no Ocidente à irracionalidade, à fraqueza e às mulheres, mas por outro lado elas podem ser transformadas em um valor positivo, como a expressão de valores pessoais ligados à moralidade. “A centralidade do afeto para a moralidade deriva do papel dos sentimentos em apontar para o verdadeiro *self*” (1988: 77). Assim, em outros momentos, os sentimentos são vistos como a expressão do que é verdadeiramente humano, puro e natural e não sentir, não ter emoções significaria frieza e desumanidade. Deste modo, nossa aprendizagem sobre a expressão emocional caminha entre polos opostos: se por um lado é preciso ter controle emocional como prova de racionalidade e poder sobre si mesmo, por outro lado esse controle não pode ser tanto que afaste o indivíduo da sua humanidade, transformando-o numa máquina sem sentimentos.

Em minha segunda visita ao CAPC em 2006, quando ainda formulava o projeto de pesquisa para o doutorado, a relação emoções-doença me chamou bastante a atenção. Era uma manhã de sábado e eu estava ali para observar a palestra dirigida aos parentes e amigos dos pacientes que iriam ser liberados do tratamento naquela manhã. A palestra iniciou-se com a leitura de um trecho do Evangelho que trata do encontro de Jesus com Maria Madalena na eminência do apedrejamento dela. O sentido moral que advém dessa passagem é, geralmente, de que não devemos julgar para não sermos julgados, ou antes, não podemos julgar os outros porque também somos pecadores. No entanto, em sua fala a palestrante foi além dessa analogia comum que parte desse trecho do Evangelho ao falar das emoções presentes nos papéis dos personagens que compõe a cena: a vítima a ser apedrejada, os apedrejadores e Jesus. Para ela:

Muitas vezes nós estamos ou na posição do apedrejador, e loucos para jogar a pedra e jogamos, e outras na posição da apedrejada e morrendo de medo. Dificilmente escolhemos o papel do Cristo que perdoa.

Sua fala partiu dessa passagem bíblica para falar de sentimentos como raiva, angustia, medo, ira, todos eles advindos desses dois papéis que podemos “escolher” ocupar na vida. “Mas o que isso tem a ver com o câncer?”, a palestrante perguntou em um dado momento e daí em diante encaminhou a sua fala para tratar do modo como as emoções e a maneira como “a gente observa a vida” podem afetar nossa saúde e influenciar no processo de cura. Segundo ela, “nosso corpo produz os remédios e os venenos que vão nos curar ou nos fazer doentes”, porém disse que ninguém era culpado por ficar doente, pois “a gente nem sabe que está produzindo o veneno, mas está, então quando sabe disso tem que começar a produzir os remédios”, de modo que não haveria culpa, mas haveria responsabilidade.

Ao final da palestra, depois que os parentes haviam recebido passes e água fluidificada, a palestrante escreveu no quadro do auditório o nome de vários livros. Entre eles estavam dois de Carl Simonton, o livro de LeShan citado mais acima e *A doença como caminho*, além de outros autores como o físico Frijot Capra. Sua lista incluía ainda uma revista (Vida Simples, ed. Abril) e o filme *Quem somos nós?*, conhecido documentário em linguagem de auto-ajuda cujo argumento central diz que a realidade do mundo material é produzida pela mente e pela

consciência e busca fundamentar suas hipóteses a partir de teorias da física quântica⁸⁰. Assim, de uma passagem do Evangelho chegamos a Frijot Capra, do perdão em Jesus às emoções e o câncer, do poder da fé ao poder da mente.

Por serem tomadas como “naturais”, as emoções também apareciam nos discursos observados no CAPC como algo instintivo e primitivo situado na nossa origem como animais e que muitas vezes serviam como estímulo à preservação das espécies. Mas entre os humanos essa instintividade deveria ser controlada para dar lugar a sua evolução na sua trajetória sobre a Terra. Deste modo, se as emoções teriam uma base instintiva, seria apenas nos humanos que elas adquirem outras funções para além da manutenção da espécie e uma dessas funções seria a conexão com a divindade. Seguindo essa premissa, em uma coletânea de textos sobre as emoções publicada no site do NENL e atribuída ao mentor Savas, havia a seguinte passagem:

Quando Deus implantou a emoção no interior dos homens, assim o fez com o propósito de fornecer aos mesmos a chave que abre a porta que os separa de seu EU INTERIOR. A emoção, portanto, é a chave que abre o caminho para o Eu espiritual de cada um, pois, só através dela geramos sentimentos. Necessitamos da emoção para compreender as coisas que estão além do corpo físico, as quais não podem ser observadas por nossos olhos materiais e sim pelos olhos da alma.

Assim, as emoções ao mesmo tempo em que nos caracterizariam enquanto seres da natureza também revelariam a nossa “essência divina”, sendo o que diferencia os humanos dos outros animais que também teriam sentimentos de raiva ou medo, por exemplo, mas operariam apenas com a instintividade, enquanto os humanos podem (e devem) direcionar seu “instinto emocional” para a conexão com o sagrado e com realidades outras além do mundo material.

Enquanto um centro de tratamento espírita o CAPC possui evidentemente uma importante retórica religiosa que, no entanto, é bastante matizada por uma argumentação que se pretende terapêutica e científica, o que se faz presente no espiritismo de forma geral, mas que tem no CAPC uma conotação bastante forte porque o espaço é

⁸⁰ Não é preciso dizer que esse filme causa polêmica entre os físicos ao tentar aliar ciência a uma linguagem quase mística, além do fato de seus produtores serem membros de um grupo esotérico.

apresentado como terapêutico e não doutrinário. Por isso costumava-se dizer que ali ninguém seria doutrinado, embora a abordagem das questões terapêuticas e da cura funcionasse como uma forma se não de doutrinação, mas de apresentação de alguns valores morais relacionados ao espiritismo. Era comum ouvir referências ao tratamento oferecido no CAPC como um tratamento emocional e não um tratamento espiritual, sendo esse termo usado tanto por voluntários como por pacientes.

Assim, quando se trata de analisar emoções e doenças, a *retórica terapêutica* observada no CAPC dificilmente explicita ou se apoia em termos exclusivos da doutrina espírita. Antes, a abordagem privilegiada é aquela que passa pelos discursos terapêuticos envolvendo as emoções que advém tanto da biomedicina quanto do universo das terapias complementares. A noção de carma, por exemplo, não era evocada diante dos pacientes, pois o tom determinista com que muitas vezes era interpretada seria uma forma pouco efetiva de promover o agenciamento do doente na busca da cura.

Neste sentido, era feito um constante equilíbrio entre um discurso de ordem mais religiosa e outro mais terapêutico a fim de não caracterizar o Centro enquanto espaço meramente religioso, mas sem lhe negar essa característica. Assim, falar de fé, por exemplo, podia ser também falar de emoções e um e outro tema podia ser abordado por um viés mais religioso ou mais psicoterapêutico, dependendo do momento. Os pacientes que adentram o CAPC não vão ser confrontados com um discurso monolítico, mas vão perceber que há diversas entradas para se pensar a doença, a cura, o câncer, a fé e as emoções.

A ênfase nas emoções seria o elemento que une várias abordagens aparentemente distintas, pois permeia os discursos médico, terapêutico e religioso contemporâneo. No entanto, não podemos dizer que há um discurso homogêneo sobre o papel das emoções no adoecimento, nem que há uma compreensão única e inequívoca desse discurso por parte dos pacientes e voluntários do CAPC. Obviamente que aspectos da religião espírita e do cristianismo se faziam presentes na relação estabelecida entre os aspectos emocionais possivelmente envolvidos no adoecimento, no entanto a heterogênea rede de voluntários e pacientes que compõem o CAPC, oriundos de diferentes filiações religiosas, profissionais e terapêuticas contribui fortemente para o teor diversificado dessas abordagens, como veremos no próximo capítulo.

Capítulo IV

Do Sistema Endócrino aos Corpos Sutis: pluralidade terapêutica no tratamento espiritual

“Terapia: do grego *θεραπεία* - servir a Deus”

A análise que fiz no capítulo anterior colocou em evidência as políticas que mundialmente têm sido desenvolvidas em torno das práticas de saúde não-biomédicas em termos gerais. Tais práticas, como temos visto, vêm sendo profissionalizadas e regulamentadas, sendo gradualmente incorporadas (e às vezes controladas) pelos espaços oficiais de saúde. Essa relação guarda seus conflitos e dilemas que refletem uma relação histórica entre os distintos saberes que formam o campo da saúde, especialmente no Brasil. O que particularmente me interessa ao analisar esse fenômeno é observar como as terapias de base espiritual e/ou religiosa se inserem nesse processo em busca de legitimação e reconhecimento e como tais relações entre sistemas terapêuticos distintos têm algo a dizer sobre a constituição do arcabouço teórico, regulatório, prático e doutrinário tanto da religião quanto das medicinas, assim como de correntes relacionadas aos saberes “psi” (aqui especialmente a psicologia e a psicanálise) e suas formas “alternativas” representadas por distintas psicoterapias.

Neste processo, observam-se diversos movimentos de tentativas de fusão, adaptação, fixação de margens e fronteiras, imposição de diferenças e construção de semelhanças entre o que seriam práticas religiosas e práticas médicas ou psicológicas. E essas tentativas partem tanto do exterior quanto do interior dos grupos, sejam eles religiosos ou médicos.

O CAPC se apresenta enquanto espaço privilegiado para analisar esse processo, pois reúne várias categorias de terapeutas formados tanto nos sistemas oficiais de saúde quanto na prática terapêutica espírita assim como aqueles advindos do universo das terapias complementares/alternativas, e que por vezes se apresentam como mediadores que se encontram nas fronteiras desses dois domínios. Ali um médico pode ser também reikiiano, uma nutricionista pode aplicar passes e cromoterapia, uma pedagoga pode coordenar um grupo vivencial de feições psicoterapêuticas assim como médiuns experientes fazem rodas de cura xamânica, danças circulares ou conduzem

visualizações, práticas consideradas por muitos espíritas incompatíveis com a doutrina. Nesse movimento, observa-se tanto as tentativas de diferenciação quanto de produção de semelhanças entre as práticas espirituais de cura e aquelas advindas de outros sistemas terapêuticos, especialmente representados pela biomedicina.

As palavras *terapia* e *tratamento* (espiritual-complementar) eram usadas indistintamente no CAPC por pacientes e voluntários. No entanto, o termo *tratamento* refere-se mais precisamente ao *conjunto das terapias* oferecidas e seu ápice seria a cirurgia espiritual. Por outro lado, sempre era dito entre os voluntários que todas as atividades realizadas ali eram terapêuticas, desde o primeiro contato com o paciente, que deveria expressar atenção e amorosidade, até os momentos de silêncio e introspecção na penumbra dos quartos. Até mesmo as refeições eram consideradas momentos terapêuticos tanto porque os alimentos servidos eram preparados com base em uma dieta que teria seu potencial terapêutico como também pelo fato desses momentos se constituírem em espaços de trocas entre os pacientes que podiam conversar mais livremente. Assim, o conceito de terapia no CAPC se ampliava para uma expressão generalizada de cuidado constante que se expressava em gestos, palavras, cheiros, sons, sabores, atos e até pela disposição do ambiente que deveria ser agradável a quem entrava, trazendo uma tranquilidade que mobilizasse no paciente uma disposição positiva para receber o tratamento ali oferecido.

É interessante pensar também que o termo terapia se aplica muito bem para falar das práticas de um centro espírita sabendo que etimologicamente a palavra significa “servir a Deus”. Assim, se por um lado todas as atividades desenvolvidas ali eram vistas como formas de cuidado para com outro, elas podiam ser pensadas também enquanto formas privilegiadas (e ativas) do exercício religioso-espiritual onde se serve a Deus através do ato terapêutico.

Uma terceira acepção da noção de terapêutica presente no NENL/CAPC diz respeito a uma ideia que será melhor abordada no capítulo VI, a de que o exercício do voluntariado também é terapêutico, ou seja, curativo. Ao se dispor a ser um voluntário, a pessoa estaria, com a ajuda do seu próximo, constantemente em sintonia com essas forças curadoras que vêm da espiritualidade, mas que também são despertadas pelo contato constante com atos, práticas e a *retórica terapêutica* que circulam por aquele ambiente. Assim, muitos voluntários afirmavam que “os que trabalham aqui são os que mais precisam ser curados” ou os que

mais precisariam ser lembrados de certos ensinamentos para que não tornassem a adoecer. Deste modo, a terapêutica ali oferecida podia ser tomada como uma via de mão dupla: quem trata também está sendo tratado, quem ensina deve estar disposto a aprender, todos dão e todos recebem.

Antes de adentrar numa discussão sobre as práticas terapêuticas do CAPC vale a pena esclarecer outra denominação bastante utilizada ali. Como já foi dito, no CAPC o termo privilegiado para falar do tratamento ali oferecido era “complementar”, pois assim resguardava-se o lugar hegemônico da medicina oficial e evitava-se os conflitos com ela (embora essa complementaridade também fosse passível de ser tomada como sinal das limitações da biomedicina no cuidado com a saúde). O termo “alternativo” raramente era mencionado entre os voluntários e nunca diante dos pacientes. O termo “medicina tradicional”, no entanto, estava totalmente fora da acepção que lhe é dada no campo geral da saúde que, como discutimos aqui, diz respeito a sistemas terapêuticos ligados à tradição de um grupo social ou país e anteriores à biomedicina. No CAPC, como em outros espaços de cura não-biomédicos, o termo “medicina tradicional” era utilizado justamente para referir-se à biomedicina em sua concepção mais ortodoxa e mecanicista, em oposição à noção de uma “moderna medicina” que seria aquela que já abriu espaço e investiga as relações mente-corpo com uma visão “mais integrada” do ser humano. Assim, todas as vezes que aqui for mencionada a expressão “medicina tradicional” em relação ao discurso observado no CAPC estarei me referindo à biomedicina.

Essa atribuição de “tradicional” a uma medicina que se supõem eficaz, mas limitada (e que por isso precisa ser complementada) revela novamente a ambiguidade com que muitos termos transitam no contexto religioso-terapêutico contemporâneo. Se por um lado os conhecimentos “tradicionalistas” de certas práticas são valorizados enquanto um elemento que lhes confere “autenticidade” como analisado por Magnani (1999), por outro, é justamente a ideia estereotipada de que o que é autêntico não sofre transformações e não muda, portanto, não “evolui”, que também permite um uso quase depreciativo do termo “tradicional”, visto dessa forma como adjetivo de práticas “antigas”, “fechadas”, “limitadas”, “rígidas” e, portanto, em desacordo com a renovação necessária ao avanço do conhecimento científico.

Do mesmo modo, o termo “moderno” é acionado para falar da uma “medicina mais espiritualizada” que pode enxergar além do que os

instrumentos da “medicina tradicional” permitem. Assim, os espíritos podem trazer técnicas “tradicionais” de cura tão simples quanto a imposição de mãos, observáveis nas mais remotas culturas, mas que na verdade encontram sua explicação nas teorias “modernas” da física quântica ao tratar do deslocamento de partículas, ou mesmo da teoria da relatividade que já dizia que “matéria e energia fazem parte do mesmo processo”⁸¹. Deste modo, conceitos como tradição e modernidade também estão marcados por significações polissêmicas que ora são positivadas, ora negativadas no exercício constante de produção e de saberes e práticas envolvendo saúde e doença.

A Rotina Terapêutica no CAPC

A seguir faço uma sucinta descrição das terapias aplicadas em uma semana de tratamento no CAPC. Para isso, apresento rapidamente a rotina do Centro, através de uma descrição das atividades que se desenvolvem em cada dia da semana. Não irei aqui discorrer longamente sobre cada uma delas, mas apresentá-las de modo que se possa ter uma compreensão geral das terapias oferecidas e do tratamento como um todo. Também não irei esmiuçar a teoria das técnicas terapêuticas, pois minha intenção nunca foi saber e explicitar de modo profundo as funcionalidades das terapias, mas sim analisar essas práticas enquanto espaços de produção de sentidos e significados para os eventos de saúde-doença. Tampouco me interroguei sobre a eficácia de tais práticas na cura do câncer e outras doenças, mas me interessei em observar o que elas produziam ou faziam os sujeitos produzir em suas trajetórias terapêuticas. Assim, penso as terapias enquanto momentos privilegiados nos quais se produzem sentidos e não nos quais são revelados sentidos ou funcionalidades.

⁸¹ Argumentação apresentada no vídeo institucional do NENL/CAPC “Em busca da cura”. Na tese de doutorado em filosofia da enfermagem de Nunes (2002) sobre o CAPC ela também utiliza o termo “medicina tradicional” para se referir à biomedicina, no entanto, não aponta para os modos como essa expressão é utilizada dentro do campo oficial da saúde (incluindo a enfermagem) que classifica como tradicionais as medicinas nativas e não a biomedicina (ver WHO, 2002).

A semana

As atividades no CAPC iniciavam-se sempre nas terças-feiras, no período da tarde, quando o Centro recebia os pacientes que já haviam passado por uma avaliação prévia no NENL⁸². Geralmente, os pacientes vão ao Núcleo “marcar uma consulta” na segunda-feira. Tempos atrás a marcação ou pedido de atendimento como muitos diziam, ocorria apenas neste dia, porém com o crescimento da demanda filas enormes estavam se formando todas as segundas-feiras pela manhã em frente do prédio e para não ficar “parecendo coisa de hospital público” foi permitido que os agendamentos para consultas fossem realizados todos os dias. No entanto, as pessoas continuaram aparecendo em maior número na segunda-feira. Aqueles que fazem a avaliação prévia na segunda-feira e tem o perfil para internação no CAPC já são encaminhados para lá no dia seguinte⁸³.

Os atendimentos na terça-feira iniciavam-se às 13h. Os pacientes que chegavam tinham seus prontuários localizados pelas funcionárias da enfermagem e eram direcionados ao auditório onde aguardavam ser chamados pelo nome para dar início a várias etapas de avaliação: eles passavam por uma equipe espiritual, a equipe de enfermagem, os médicos e uma nutricionista.

A primeira equipe pela qual o paciente passava era a espiritual composta por médiuns da casa. Quando iniciiei minha pesquisa, os pacientes eram levados em grupo para uma sala, deitavam nos leitos e com os olhos cobertos por um paninho recebiam um passe enquanto aguardavam a abordagem da avaliadora espiritual, na sua totalidade mulheres. Essa avaliação consistia em verificar novamente os exames trazidos pelo paciente, questioná-lo como estava se sentindo e rapidamente anotar no seu prontuário as terapias que ele deveria receber ao longo da semana, a localização anatômica da sua cirurgia espiritual e

⁸² A rotina terapêutica do CAPC era constantemente modificada, de modo que os dados que aqui utilizo são prioritariamente aqueles coletados durante a pesquisa de campo entre abril de 2009 e abril de 2010. Depois disso algumas mudanças aconteceram na estrutura da rotina com alterações de atividades, dias e horários, mas que eu não irei considerar porque elas não interferem na proposta do tratamento como um todo nem entram em desacordo com o que foi observado durante meu trabalho de campo.

⁸³ Essa primeira consulta no NENL consistia basicamente em receber e avaliar rapidamente os exames médicos do paciente e preencher um prontuário que era levado ao CAPC na data marcada para início do tratamento ali. No caso de pacientes em retorno, eles já eram orientados a retornar diretamente ao CAPC.

a data do seu retorno ao CAPC, ou ao NENL. A pessoa permanecia deitada enquanto respondia às rápidas perguntas feitas pela avaliadora espiritual. Entre a chegada do paciente ao quarto e o fim da sua avaliação espiritual não transcorriam mais que cinco minutos. Geralmente duas ou três avaliadoras estavam no quarto e as avaliações ocorriam em dois quartos simultaneamente. Uma pessoa ajudava os pacientes a deitarem e saírem da cama, uma dava os passes antes da abordagem da avaliadora espiritual e uma terceira ajudava no preenchimento do prontuário⁸⁴.

Uma questão interessante emerge desse procedimento: ao contrário de muitos centros espíritas, no CAPC não se produzia um diagnóstico para o paciente relacionado a qualquer doença. A pessoa doente já trazia seu diagnóstico do médico, algumas vezes acompanhado de um laudo mais detalhado sobre os tratamentos que estava recebendo. Isso, no entanto, não significa que esse diagnóstico médico não fosse resemantizado durante o tratamento da casa. A doença em si já seria conhecida, mas sua causalidade, sua origem, podia ser matizada de diferentes formas pelos pacientes com base nos modos como a proposta terapêutica da casa seria internalizada. Assim, nenhum tipo de diagnóstico era produzido nessa avaliação espiritual, que ocorria rapidamente, mas ao longo do tratamento a doença podia ser significada para além daquilo que estava disposto nos exames médicos⁸⁵.

A segunda avaliação era feita pela equipe de enfermagem. Três enfermeiras atendiam simultaneamente os pacientes em mesas separadas por biombos enquanto outra parte da equipe de enfermagem organizava o fluxo de pacientes nas diferentes etapas de atendimento. Nesta etapa, os pacientes eram questionados sobre que medicamentos estavam

⁸⁴ Com as mudanças que ocorreram em 2009, que aumentou o número de leitos no CAPC, os pacientes não mais deitavam na cama para fazer a avaliação espiritual, pois os quartos usados para fazer isso seriam usados no dia seguinte para receber os pacientes e deviam estar com lençóis limpos e prontos no final do dia. Assim, os pacientes ficavam sentados na cama e não recebiam mais o passe, de modo que o tempo de avaliação dessa equipe ficou muito mais rápido do que já era.

⁸⁵ Nem mesmo no NENL, onde se tratava das chamadas “doenças da alma” e cujo tratamento abria mão de exames mais específicos (embora algumas vezes um laudo psiquiátrico ou psicológico pudesse ser solicitado) havia a produção de diagnósticos, ou seja, não se verbalizava para o paciente que ele ou ela teria algum tipo de obsessão ou coisa semelhante, fruto de alguma dívida cármica ou algo assim. A proposta apresentada durante o tratamento era de que as pessoas deveriam assumir a responsabilidade pela sua cura física, psíquica, emocional e/ou espiritual, de modo que atribuir a outrem (espíritos) a responsabilidade pela perturbação figuraria como uma diminuição da tarefa de autocura do próprio sujeito.

tomando, se necessitavam ficar em camas com decúbito elevado, se eram hipertensos e se tinham quaisquer recomendações sobre cuidados específicos, sobretudo, se faziam uso de medicação com horário controlado. Essas anotações serviam para nortear o modo como os pacientes seriam dispostos nos quartos e os cuidados com administração de medicamentos controlados.

A terceira avaliação era feita pelos médicos. Um médico e uma médica atuavam neste dia e faziam as avaliações simultaneamente no mesmo espaço. Sua avaliação, tão rápida quanto às demais, consistia em novamente perguntar sobre o estado geral do paciente e fazer uma rápida anamnese onde era perguntado se a pessoa fazia uso de fumo, álcool, se tinha alguma doença cardiovascular, respiratória ou infectocontagiosa, se era alérgico a algum medicamento ou alimento, se tinha úlcera ou outro problema gástrico, se era alérgico a iodo e/ou esparadrapo e se era diabético e/ou hipertenso. Dali, os pacientes que se queixavam de algum problema gastrointestinal, alergias ou restrições alimentares, seguiam para avaliação com uma nutricionista.

Nesta etapa, cinco a sete pacientes sentavam em círculo ao redor de uma pequena mesa onde a nutricionista anotava recomendações especiais quanto à alimentação no prontuário de cada um e em um papel a parte que seria entregue às funcionárias da cozinha. Esta era a avaliação mais demorada, destoando às vezes do ritmo das avaliações anteriores, pois a nutricionista se demorava em dar dicas e orientações sobre alimentação. Todos os pacientes que ela atendia recebiam uma relação de sucos, cada um com uma finalidade terapêutica, energética e cromática, pois também estavam classificados por suas cores, e para os que desejavam perder ou ganhar peso, havia um material específico com uma dieta apropriada a cada caso.

Assim, o primeiro contato com o CAPC colocava a pessoa em relação direta com um modelo hospitalar muito similar ao observado nos espaços biomédicos. A exceção talvez do passe, que muitas vezes nem era percebido pelo paciente que estava com os olhos cobertos, todo o processo inicial de triagem, como era nomeado este dia, reproduzia o processo de internação em um hospital: o contato inicial com as enfermeiras, a observação de exames, o preenchimento de fichas e prontuários, as avaliações médicas, as orientações alimentares e uma longa espera, pois apesar da agilidade das equipes, as pessoas só eram liberadas perto das 18h depois de receber mais algumas orientações e as primeiras terapias que a casa oferecia.

Sobre os prontuários utilizados no CAPC, assim como nos espaços hospitalares, eles eram o modo preferencial de identificação dos pacientes e onde se anotavam todas as questões relativas ao tratamento: número de aplicações de cada terapia, local da cirurgia, datas de retorno, nome dos médiuns operadores, rubrica dos voluntários responsáveis pela aplicação de cada terapia, indicação de alergias, tudo isso era anotado nos prontuários (ver anexos). Além disso, a ficha prévia de atendimento feita no NENL também era anexada a esse documento. Nela geralmente estavam dados pessoais do paciente (nome completo, endereço, telefone, religião) e uma descrição sucinta das suas queixas relacionadas à doença (por exemplo: “paciente com diagnóstico de câncer de mama, fez cirurgia e quimioterapia, está tomando antidepressivos, diz que sofre de insônia e está desanimada. Irá iniciar radioterapia no próximo mês”). Junto a esses documentos eram afixadas ainda as cópias dos exames trazidos pelos pacientes. O conjunto desses documentos era colocado em pranchetas que eram penduradas no leito de cada paciente de modo que os médicos e demais voluntários podiam consultar os prontuários nas avaliações médicas e aplicação das terapias.

Posteriormente, em meados de 2010, os prontuários foram retirados dos leitos dos pacientes e passaram a ser acessados apenas pelas equipes médicas e de enfermagem. A justificativa para essa mudança foi de que alguns pacientes teriam sentido que os dados relativos a sua doença estariam expostos demais nas pranchetas afixadas nos leitos, de modo que, para proteger a privacidade dos pacientes e resguardar as informações médicas pessoais, os prontuários foram retirados dos leitos e as informações relativas às aplicações das terapias seria agora disponibilizada para os voluntários em uma folha a parte, deixada nos quartos. Isso demonstra o lugar de autoridade dos profissionais de saúde na instituição e o modo diferenciado com que suas atribuições são percebidas ali, pois a manipulação das informações médicas pessoais por eles não foi colocada em questão, já que se tratava de profissionais especializados e não de leigos, maioria no corpo de voluntários.

Finalizadas todas as avaliações médico-espirituais no processo de triagem, o paciente deveria aguardar no auditório para ouvir uma palestra do dirigente geral da casa, irmão Álvaro, onde um pouco da história do NENL/CAPC era exposta e o tratamento era rapidamente explicado. Geralmente o tema de sua fala estava ligado “às novas descobertas da ciência moderna sobre o poder da mente nos processos

físicos” ou “ao modo como somos afetados por nossas emoções” e de “que maneira a fé ajuda nos processos de cura”. Além disso, o tema da “evolução humana”, com constantes recorrências a Darwin e quase nunca ao espiritismo, era levantado para falar das mudanças “no modo como a humanidade vem tratando dos aspectos relacionados à saúde e doença”, e que hoje “não precisamos mais morrer porque estamos doentes”, pois a doença “não é para nos punir, não é um castigo de Deus, mas é um aviso da natureza para nos melhorarmos, nos tornarmos pessoas melhores”.

Enfaticamente ele sempre dizia que o paciente não deveria “jamais abandonar o tratamento tradicional”, ou seja, o tratamento médico alopático e que o tratamento ali oferecido não era substituto deste, mas complementar a ele, por isso “aqui não se faz e nunca se fez medicina alternativa, mas sim medicina complementar”. Sobre a cirurgia em si pouca coisa era dita, o que era frisado é que nenhuma terapia seria invasiva e que a cirurgia espiritual realizada ali não produzia cortes ou qualquer perfuração no corpo do paciente. Por fim, os pacientes recebiam as duas primeiras terapias que o CAPC oferece, o algodão energizado e a água fluidificada, e as orientações de como utilizá-las.

Na quarta-feira os pacientes chegavam para o tratamento às 08h e saíam às 18:30h. O mesmo acontecia na quinta-feira. No entanto, os dois dias tinham atividades diferentes. Na quarta-feira os pacientes eram recebidos pelas voluntárias (novamente formado em sua totalidade por mulheres), recebiam um crachá com seu nome, número do quarto e leito, e sua primeira atividade era escolher numa caixinha uma ficha que trazia a imagem de um anjo e uma palavra que era chamada de “energia”. Essa “energia” seria algo que estaria faltando naquele momento ao paciente e podia ser “cura”, “compaixão”, “equilíbrio”, “vontade”, “paz”, “luz”, “intuição”, “obediência”, “expectativa”, “honestidade”, etc. A palavra sorteada era anotada no crachá do paciente e seria tema de uma outra terapia de grupo que ocorre na sexta-feira, embora já na quarta-feira os pacientes recebessem a orientação para refletirem sobre a “energia” que receberam. Depois, todos eram reunidos no auditório e após a breve fala de uma voluntária eram conduzidos aos quartos para trocar de roupa.

A ida para os quartos envolvia uma atividade nomeada de “ritual do espelho” ou “ritual da troca de roupa”, também considerada uma forma de terapia. O termo utilizado pela pessoa que conduzia a orientação para a ida aos quarto era exatamente “ritual” porque a

intenção dessa troca de roupa seria dar um sentido de transformação do sujeito que estava adentrando o CAPC ou pelo menos de transformação no modo como a pessoa doente estaria vivenciando a sua enfermidade. Assim, para trocar de roupa, os pacientes dirigiam-se aos quartos, um grupo por vez e, neste trajeto cada um deles passava diante de um grande espelho diante do qual deveria parar alguns instantes e se observar. A voluntária que orientava os pacientes sobre a troca de roupa pedia que cada um se olhasse no espelho e visse como estava se sentindo: “que sentimentos você está carregando e que não estão te ajudando neste processo de cura”. Era sempre evidenciado que o ritual não deveria ser entendido como uma obrigação, mas como um convite para o início do tratamento. A passagem pelo espelho se tornava particularmente carregada de dramaticidade para os pacientes que estavam vindo pela primeira vez, especialmente aqueles que estavam com visíveis alterações físicas em decorrência da doença: carecas, inchados, em cadeiras de rodas, com muletas. Por isso, não raro a passagem pelo espelho era acompanhada de choro.

No quarto, as pessoas vestiam pijamas que eles mesmos traziam e uma gandola da instituição na cor branca era colocada por cima da roupa. Alguns ficavam apenas com a gandola. Era solicitado que os pacientes assinassem um termo de responsabilidade concordando com seu tratamento no CAPC e que estavam cientes de que o tratamento ali oferecido era complementar ao tratamento médico alopático. Não é preciso dizer que esse documento era uma maneira importante de se resguardar contra as iniciativas e possíveis consequências daqueles que por conta própria pudessem tomar o tratamento do CAPC como “alternativo” ao tratamento biomédico. Depois de trocarem de roupa e assinarem esse documento, os pacientes deitavam por alguns instantes e recebiam a próxima terapia, chamada de hidroterapia, um copinho com água a qual foram adicionadas algumas gotas de outras águas “dinamizadas” (mais adiante discutirei melhor essa terapia). Os pacientes eram então separados em dois grupos para uma roda de apresentações.

Antes, quando apenas 37 pacientes eram atendidos, um único grupo era formado, mas para manter o tempo de aproximadamente uma hora para realização dessa atividade, os pacientes passaram a ser divididos em dois grupos: um com os pacientes que estavam vindo pela primeira ou segunda vez, e outro formado pelos “veteranos” ou “pós-graduados em CAPC” como costuma dizer a voluntária que conduzia

um dos grupos. Nele estavam os pacientes que já tinham vindo ao Centro três vezes ou mais.

Nestas rodas de apresentação era dado um espaço para os pacientes falarem sobre as suas impressões diante do espelho, mas sem entrar em detalhes sobre a doença. O choro não era reprimido, ao contrário, era valorizado como forma de “expressar os sentimentos”. O choro era percebido como terapêutico e seria um momento para as pessoas “expressarem suas fragilidades sem medo”, mas sem vitimização. No entanto, depoimentos longos não eram estimulados no grupo dos novatos, pois todos deveriam ter a oportunidade de falar e havia um horário a ser cumprido.

No grupo dos veteranos, ao contrário, falava quem queria. Nesse grupo geralmente estavam presentes voluntários do CAPC ou NENL que por terem feito tratamento na casa, estavam esporadicamente realizando seus tratamentos de “reforço” ou tratando de recidivas e novas enfermidades. Esse grupo ficava a manhã inteira nessa atividade, pois como havia mais tempo para os pacientes falarem, a conversa se estendia, o clima de descontração era maior e o fato de alguns pacientes já se conhecerem de outras internações fazia com que o grupo apresentasse uma maior intimidade, ao contrário do grupo dos novatos onde as pessoas se mostram muito mais emotivas ou retraídas.

O primeiro grupo geralmente assistia também a palestra de uma das médicas da instituição que tratava quase sempre da “união entre ciência e religião” e que também será melhor detalhada adiante. A essa palestra seguia-se uma dinâmica de grupo com mentalizações e músicas e encerravam-se as atividades da manhã para o grupo de novatos. Os veteranos participavam apenas da roda de apresentações que por ter uma dinâmica mais aberta para as pessoas falarem se estendia por toda a manhã.

Todos esses procedimentos de conversas, passagem pelo espelho, rodas de apresentação, hidroterapia, palestras, etc., eram considerados “momentos terapêuticos” e formas de terapias que vão “abrir” o campo energético do paciente para criar nele uma disposição para o tratamento. Seria um momento para “romper com padrões externos” e proporcionar para o doente momentos para expressão de emoções e reflexão sobre a doença e o processo de cura. Deste modo, a acolhida neste dia recebia uma atenção especial diferente do processo verificado no dia anterior quando a pessoa que buscava o CAPC se via envolta em um processo mais burocratizado e formal de atendimento:

[O trabalho de quarta de manhã] o princípio dele é a interiorização, o silenciar, voltar pra casa do paciente, essa coisa de sair da demanda externa e voltar pro teu próprio ritmo, uma coisa bem de tranquilizar os pacientes, pra mim pessoalmente também é um energia muito boa (...) antes de ter a quarta de manhã era uma coisa de que os pacientes não tinham espaço pra falar, por exemplo, quando eu comecei como paciente lá nem tinha essa roda de apresentação, às vezes a gente era encaminhado pra um psicólogo, mas era uma coisa individual e eu sempre senti falta de um espaço em que as pessoas pudessem colocar suas questões e que isso pudesse ser conversado (Voluntária).

A manhã de quarta-feira foi para mim um dos dias mais importantes de contato com os pacientes, pois era neste dia que se ofereciam os importantes momentos de fala em meio ao silêncio generalizado que se buscava no CAPC. Embora essas falas fossem de certa forma “guiadas” pelas voluntárias que conduziam os grupos, elas eram ainda assim reveladoras da produção de sentidos em torno do câncer e das doenças degenerativas e, sobretudo, eram momentos privilegiados para a construção desses sentidos no momento em que emergiam no espaço das rodas de apresentação narrativas em torno da doença negociadas entre pacientes e terapeutas/voluntários.

As demais terapias complementares iniciavam-se na tarde de quarta-feira. Os pacientes, agora deitados nos leitos recebiam passes, crioterapia, cromoterapia, massagens nos pés, salinização, caulim, biogel, e outras terapias que serão melhor detalhadas adiante. As terapias eram divididas em duas etapas, de modo que todos os pacientes recebiam pelo menos duas terapias durante à tarde. Na quinta-feira a rotina mudava: os pacientes já iniciavam a manhã com as terapias e na primeira parte da tarde assistiam a uma palestra, seguida de mais terapias. A palestra da quinta-feira tinha um tom descontraído e até subversivo para os padrões de uma instituição espírita. O palestrante, um engenheiro eletrônico, umbandista, cromoterapeuta e radiestesista, tratava dos mesmos temas abordados ao longo da semana falando de saúde, emoções, fé, caridade e outras coisas, mas de uma maneira bem particular que incluía em sua fala brincadeiras que às vezes chocavam os mais desavisados. No entanto, suas palestras eram uma das mais apreciadas por pacientes e voluntários que diziam que o palestrante falava “com uma linguagem mais próxima da gente”. Segundo ele, sua performance seria intencional e era:

Para alcançar aquele pessoal mais intelectualizado que geralmente não tem uma experiência ou prática religiosa, mas na hora do aperto vem todo mundo pra cá! E também pra tirar essa pompa que a gente vê em muito centro espírita, essa coisa oohh, que parece que a rainha da Inglaterra tá vendo.

Sua palestra tentava, segundo ele mesmo “tirar essa visão transcendental da experiência religiosa e trazer para coisa prática, para o dia-a-dia (...) não é pra sair do planeta, a coisa é aqui mesmo”.

A sexta-feira constituía-se no ápice do tratamento, pois era o dia em que as cirurgias ocorriam. Neste dia, um grupo de pacientes, formado em quase sua totalidade pelos que estavam vindo pela primeira vez, eram convidados para participar de mais uma roda de conversas. Alguns pacientes que já haviam se internado antes no CAPC era convidados também, pois segundo a terapeuta que conduzia o grupo isso possibilitaria a troca de experiência entre eles ao unir “os veteranos” e “os novatos”. A conversa se iniciava com uma rodada de apresentações onde novamente o paciente dizia seu nome e informava que “energia” retirou da caixinha na quarta-feira pela manhã. Depois disso, as pessoas que haviam ficado com dúvidas sobre o significado da “energia” sorteada podiam falar e então se iniciava uma discussão na tentativa de conduzir a pessoa para compreensão do que essa energia significaria no seu processo de cura.

No entanto, segundo a terapeuta, uma pedagoga que hoje trabalha com terapias como constelações familiares e pathwork⁸⁶, o objetivo da conversa no grupo não era dar certezas sobre nada para os pacientes, mas deixá-los com dúvidas, fazê-los questionar padrões,

⁸⁶ As constelações familiares e o pathwork são modalidades de psicoterapia que consideram bastante os aspectos relacionados ao desenvolvimento espiritual em sua abordagem, mas sem remeter a questões de ordem religiosa. A primeira foi desenvolvida pelo terapeuta alemão Bert Hellinger que atualmente ministra cursos de formação dessa técnica em diferentes países, e a segunda foi criada pela austríaca Eva Pierakos que sistematizou em 258 palestras temas relacionados a noções de “autoconhecimento”, “transformação pessoal” e “espiritualidade”. Essas palestras teriam sido repassadas a ela por um espírito conhecido como “o Guia”. Apesar de possuírem uma abordagem que considera os aspectos espirituais para pensar questões emocionais/psicológicas, tanto os criadores dessas técnicas terapêuticas quanto seus praticantes afirmam que elas não estão relacionadas a nenhuma religião, sendo totalmente laicas e que demandam um processo de formação longo (em torno de três e cinco anos) para quem deseja atuar como terapeuta. Apesar da não exigência de formação em psicologia para se tornar um psicoterapeuta habilitado nessas técnicas, como ocorre também com os psicanalistas (embora algumas escolas de psicanálise possam exigir a formação em medicina ou psicologia), é muito comum atualmente encontrar psicólogos que trabalham com elas.

modelos de comportamento, conceitos:

Eu não quero que vocês aceitem tudo que eu falo aqui, não é para balançar a cabeça pra tudo que eu digo, vocês podem e devem sempre se perguntar, mas será? Vocês devem sair daqui com perguntas e não com respostas.

Durante a pesquisa de campo eu acompanhei sistematicamente essas rodas de conversas, pois ali também era um espaço importante para se ouvir a voz dos pacientes. Como todos na roda, eu também me apresentava e logo em seguida era apresentada pela terapeuta como uma pesquisadora da UFSC e, em tom de brincadeira ela sempre dizia que os pacientes deviam ficar atentos “pois vocês estão sendo pesquisados”. Eu também mencionava a “energia” que havia retirado da caixinha da quarta-feira ou poderia eleger uma naquele momento para uma integração com os pacientes na roda (“inspiração” e “clareza” eram as minhas preferidas, principalmente quando comecei a sistematizar os dados de campo).

Após essa conversa com alguns pacientes, todos eram direcionados para o auditório para participar de uma terapia coletiva denominada *terapia da oração*. Esta foi a terapia para a qual eu fui formalmente convidada a participar, como dito na introdução. Aqui os pacientes ficavam sentados num grande círculo, em total penumbra. Dois voluntários conduziam a terapia (eu geralmente controlava o som e dava os avisos gerais sobre a terapia⁸⁷) que era um exercício de mentalização realizado ao som de músicas suaves, sons da natureza, mensagens de cunho espiritualista, mantras, visualização de cores, lugares da natureza, células, órgãos e luzes, e uma ou outra oração que era tocada, mas não se pedia que fosse rezada em voz alta pelos pacientes que permaneciam o tempo todo de olhos fechados.

Geralmente a única oração ouvida era a Oração de Cáritas, muito conhecida entre as pessoas católicas mais idosas. Segundo os condutores dessa terapia, o objetivo dela seria “colocar os pacientes em

⁸⁷ Basicamente, esses avisos consistiam em falar que a terapia iria se desenvolver por aproximadamente uma hora e que ela consistia num exercício de relaxamento, meditação e introspecção. Eu mencionava ainda que apesar do nome, a terapia não tinha conotação doutrinária e respeitava a crença individual de cada um. Principalmente, era frisado que diante de qualquer desconforto os pacientes deveriam levantar a mão e que prontamente eles seriam atendidos por alguém da equipe de enfermagem que estaria presente no recinto da terapia. Essas informações me foram passadas pelos voluntários que conduziam a terapia.

estado de oração”, e não apenas fazê-los repetir orações como pode parecer à primeira vista, pelo nome que deram à terapia. Estar “em estado de oração” seria estar conectado pelo pensamento, através da meditação acompanhada de visualizações, ao “ser superior, ao criador, ao universo, à vida, ou qualquer outro nome que se queira dar aquilo que chamamos de Deus”. Menções a Jesus Cristo e Nossa Senhora eram feitas sempre, mas o foco maior estava em conduzir os pacientes “a um mergulho dentro de si mesmo, um encontro com sua essência divina”. Neste processo, os voluntários que conduziam a terapia se revezavam nas falas que estavam focadas em produzir imagens mentais e sentimentos: imagens de luzes “entrando no corpo, percorrendo células, órgãos, tecidos”, “luzes que purificam o corpo”, “limpando e eliminando as doenças”, “fortalecendo seu sistema imunológico” e “trazendo sentimentos de paz, amor e harmonia”.

Ainda na sexta à tarde os pacientes passavam por mais uma rodada de terapias nos quartos e começavam a ser preparados para cirurgia espiritual que acontecia logo após o jantar, servido pontualmente às 18h. Não irei detalhar agora os procedimentos da cirurgia espiritual realizada no CAPC, pois ela será tópico de um capítulo específico.

Por fim, no sábado ocorria a última etapa do tratamento. Os pacientes eram acordados às 7h ao som da oração de São Francisco cantada pelos voluntários, acompanhados quase sempre por uma gaita e, às vezes, por um violão. Esse momento era chamado de “Alvorada” e mobilizava todos os voluntários daquele turno. Em seguida, os voluntários iam de quarto em quarto cantando ao som de muitas palmas a música “É preciso saber viver” de Roberto Carlos, mais conhecida na versão do grupo Titãs. Eles entravam nos quartos cantando, abriam as janelas, cumprimentavam alguns pacientes e seguiam até passar por todos os quartos. Em seguida, o médico ou médica do plantão, que havia dormido no CAPC, passava em cada um dos quartos e avisava os pacientes sobre os cuidados que deveriam ter nas próximas 48 horas para que a cirurgia espiritual fosse bem sucedida, seus curativos eram revisados pela equipe de enfermagem e eles eram liberados para tomar o café da manhã. Apenas duas terapias eram feitas na manhã de sábado em decorrência do tempo menor, pois às 11h os pacientes deviam ser liberados.

No auditório, às 11h em ponto, os parentes e amigos dos pacientes já haviam assistido a uma palestra e aguardavam em pé junto

às paredes prontos para recebê-los. Os pacientes desciam a “rampa da esperança”, passando novamente pelo espelho, no qual deviam se mirar novamente, e depois que todos estavam reunidos ao longo da rampa, entravam no auditório em fila indiana e eram saudados pela audiência ao som da música “É preciso saber viver”, na versão dos Titãs, que era cantada por muitos em meio a lágrimas e muitas palmas, tornando esse momento de finalização da semana de tratamento espiritual carregado de uma emotividade compartilhada coletivamente por pacientes, voluntários e familiares.

De Medicamentos a Constelações Familiares: as práticas terapêuticas no CAPC

Dividi as principais terapias oferecidas aos pacientes com câncer e doenças degenerativa que buscam o CAPC propondo uma nomenclatura que envolva os termos utilizados por eles, mas também indiquem uma perspectiva analítica para discuti-las. Essa separação, portanto, tem um efeito puramente analítico e não classificatório como os modelos propostos pela OMS, por exemplo. Minha intenção é apenas oferecer uma dimensão dos processos terapêuticos que ocorrem no CAPC e como eles podem estar alinhados com as propostas mais gerais que envolvem o campo das terapias complementares na contemporaneidade. Não é preciso dizer que essa proposição analítica é arbitrária e a divisão das terapias em categorias não deve encobrir o fato, não é essa minha intenção, de que essa divisão não corresponde exatamente aos modos como elas são significadas nesses espaço onde ora se aposta na união entre mente e corpo, energia e espírito, ao mesmo tempo que essas categorias podem ser separadas quando, por exemplo, afirma-se que “os médicos cuidam do nosso corpo físico, os psicólogos do nosso corpo mental e aqui nós tratamos da sua alma” de modo a conciliar os campos da saúde e resguardar para o CAPC um lugar legítimo sem confronto com os demais.

Outro ponto importante a ressaltar é que, embora as terapias possam ser separadas em categorias distintas, todas elas são consideradas em alguma medida “terapias energéticas”, pois envolveriam a manipulação de “energias curativas” vindas da espiritualidade, da natureza e da própria pessoa que são associadas às técnicas terapêuticas mais diversas envolvendo aqui desde a imposição

de mãos, o uso da fala e de visualizações até a ingestão de substâncias, remédios e o uso de objetos/equipamentos.

Assim, a ênfase colocada na postura que os médiuns devem ter quando estão aplicando as terapias está associada a “boa circulação da energia” que vem do plano espiritual, é captada pelo médium e transferida ao corpo dos pacientes, sobretudo durante os passes que fazem parte da aplicação de várias terapias. Por isso, a atenção a postura corporal dos médiuns se torna fundamental: as pernas devem estar só um pouco afastadas para não “dispersar a energia”, as mãos voltadas para cima para “captar a energia” e os movimentos do passe são ora vigorosos, para “aplicar a energia no corpo do paciente”, ou lentos para “acomodar a energia” aplicada. Do mesmo modo, o algodão energizado e a água fluidificada não devem ser guardados próximos a aparelhos celulares e eletrônicos para que não ocorra uma “des-energização” ou “des-magnetização” do algodão e da água assim como o paciente tem que tomar certas precauções quanto a atitudes, pensamentos e comportamentos que podem influenciar “energeticamente” o tratamento dando-lhe maior eficácia ou, ao contrário, anulando seus efeitos.

Como já observado nos trabalhos de Soares (1994), Maluf (2005b), Camurça (2003) e outros, o termo “energia” seria uma categoria chave para compreender as cosmologias neo-espirituais e as práticas terapêutico-religiosas que fazem parte do universo da Nova Era. No entanto, esse conceito também está muito presente no espiritismo contemporâneo, sobretudo quando o termo energia é associado aos campos da física e da química para explicar os fenômenos espirituais-mediúnicos, algo que na verdade vem desde Kardec ao tentar aproximar a doutrina espírita da ciência produzida no século XIX. No NENL/CAPC esse conceito aparece com muito mais frequência, como já foi dito antes, do que o termo espírito, sobretudo para falar das terapias consideradas “físicas”, mas também como forma de oferecer uma compreensão das práticas que possua uma linguagem mais identificada com aspectos científicos e não místicos, sobretudo no CAPC onde não há trabalhos voltados especificamente para o tratamento de questões espirituais.

Energia também funciona como um conceito preferencial para apresentar as terapias aos leigos justamente por estar presente tanto no campo religioso quanto de maneira geral em várias concepções modernas da ciência. Nas minhas primeiras visitas ao NENL sempre era questionada pelas voluntárias encarregadas de me explicar as práticas da

casa sobre minha filiação religiosa e quando respondia que eu não era espírita elas geralmente diziam “então vamos falar de energias que é um termo melhor pra você entender o que acontece aqui”, abrindo mão da referência aos espíritos. No entanto, como veremos mais adiante, as categorias energia, espírito, mediunidade se confundiam e eram ora aproximadas ora afastadas nas terapias aplicadas no CAPC.

Outro ponto importante a ressaltar é que a noção de carma, muito importante para se pensar as doenças no espiritismo, especialmente as doenças hereditárias/degenerativas, não era acionada nas práticas e discursos observados no CAPC. O tom muitas vezes determinista evocado por esse conceito parecia retirar dos sujeitos a agência proposta pelo tratamento do Centro de modo que ele não figurava como modelo de compreensão para doença:

Antigamente se tratava o paciente de câncer da seguinte forma: você cometeu alguma coisa no passado e tem no futuro uma situação horrível de dor, de sofrimento e de morte, porque está sofrendo no presente pelo que fez no passado e o que acontecia? As pessoas ficavam num lado da cama e rezavam e entregavam nas mãos de Deus porque tinha muito pouco o que se fazer. A mudança que nós fizemos é uma mudança geral até na forma de se pensar. Pra nós o processo cármico existe, a lei cármica da causa e efeito é uma coisa que não tem dúvidas, só que as pessoas não herdam, as pessoas não trazem a obrigatoriedade de sentirem na carne o que proporcionaram na carne de alguém por quê? Porque isso é olho por olho, dente por dente. Então em vidas passadas eu fui um soldado e com uma espada eu cortei 50 cabeças, agora eu estou aqui com um câncer na garganta pelo efeito somático do que meu espírito programou e fez e eu vou ter que passar por aquele câncer. Então eu passar por aquele câncer, eu morrer daquele câncer é o suficiente para acabar com meu processo cármico? Enquanto isso meu espírito continua burro, continua sem amor, continua sem sabedoria, continua sem evoluir. A nossa forma de entender a lei cármica é exatamente o contrário (irmão Álvaro).

Deste modo, a noção do carma era deslocada no CAPC para se pensar a doença não em termos de uma punição ou resgate de faltas, mas de oportunidade de crescimento pessoal e espiritual, de aprendizado e redenção, de modo que a doença cármica não necessariamente deveria resultar num sofrimento constante ou numa morte dolorosa.

A tabela abaixo mostra as terapias oferecidas no CAPC e algumas terapias que são oferecidas no NENL para os pacientes tratados

no CAPC, como os grupos terapêuticos e os medicamentos fitoterápicos. Assim, o sinal (N) indica que a terapia é oferecida no NENL e não no CAPC. Apesar da disposição verticalizada na qual as terapias estão dispostas nesta tabela devo salientar que a relação entre elas se dá de forma mais horizontalizada. Por exemplo, as orações, os passes, a água fluidificada fazem parte de várias formas de terapia, as massagens nos pés podiam ocorrer durante uma salinização, uma mentalização ser feita na roda de apresentações e as músicas e mensagens gravadas ecoarem pelo CAPC de modo contínuo durante todos os dias de tratamento. Deste modo, apesar do ordenamento abaixo em uma tipologia específica, isso não significa que as terapias sejam de fato tão bem separadas e ordenadas na prática. Não descreverei todas as terapias, mas sim aquelas que formam o cerne do tratamento como um todo.

TERAPIAS				
Energética-Espiritual	Físico-Energética	Mente-Corpo	Interativa-Discursiva	Medicamentosa
Orações	Massagens ⁸⁸	Terapia do Espelho	Palestras	Água Fluidificada (N/C)
Passe de Câmara	Iodização	Terapia do Abraço	Rodas de Apresentação	Hidroterapia
Passe Carmativo	Salinização	Terapia da Oração	Roda de Conversa	SYG-Homeopatia
Algodão Energizado	Crioterapia	Mentalizações	Roda de Encerramento	Fitoterápicos em Geral (N)
Cromoterapia	Caulin	Mensagens-Músicas	Grupos Terapêutico (N)	Ipê Roxo
Aromaterapia	Biogel			Florais de Bach
Terapia Energética	Iodo-Podal			
Reiki	Prótese/ Colágeno			

Chamei de terapia **energética-espiritual** aquelas nas quais havia pouca ou nenhuma intervenção direta no corpo do paciente por parte dos voluntários. Considero que a principal terapia desse grupo são os passes que fazem parte de várias outras técnicas terapêuticas como veremos.

⁸⁸ Inclui massagem dos chakras e massagem nos pés.

Fundamental na doutrina espírita⁸⁹, o passe ocupa um lugar central nas práticas do CAPC, mas, assim como várias outras técnicas ali empregadas, foram desenvolvidas adaptações e novas modalidades para sua aplicação. O passe é considerado uma técnica de cura ancestral, praticada em várias épocas e religiões, através da qual o médium, com ou sem auxílio dos espíritos, transmite fluídos positivos para outrem. No material apresentado na escola de médiuns no NENL, o passe é definido como “uma transfusão de energia capaz de alterar o campo bioenergético e celular de quem o recebe” sendo esta energia direcionada pelo médium passista “através dos recursos da mente, que em conjunto com os mentores espirituais, promovem equilíbrio, harmonia e bem-estar”. Assim, o foco é colocado sobre a disposição mental do passista que deve estar concentrado para poder interagir com as energias salutares e transmiti-las ao doente.

O passe também seria uma forma importante de desenvolvimento da mediunidade e de exercício da caridade. O passista (nome que é dado aquele que aplica o passe) deve ser uma pessoa livre de vícios, emocionalmente equilibrada e que mantenha um bom nível de concentração no trabalho espiritual para que ela possa se tornar um canal de recepção e emissão de bons fluídos para aqueles que buscam conforto, alívio e bem-estar através do passe. No entanto, aquele que oferece o passe não necessariamente deve sentir alguma coisa (em termos mediúnicos), mas ele deve manter um nível de concentração que, se bem focado, lhe permitirá perceber e sentir as energias que transmite. Antes de iniciar o processo para me tornar uma voluntária do CAPC, questionei alguns voluntários sobre a necessidade de “sentir” a mediunidade para poder ser um passista, por exemplo, já que eu nunca havia sentido nada relacionado ao que poderia ser considerado uma habilidade mediúnica (a percepção e comunicação com o mundo espiritual), e todos me diziam que isso não era necessário:

Não precisa sentir nada, se você está concentrada, se você se disponibiliza para ajudar o teu próximo e coloca amor na emanção do teu pensamento, os bons espíritos vão estar agindo com você, mesmo

⁸⁹ É preciso lembrar que o passe também está presente em outros contextos religiosos nos quais também funciona como importante elemento de cura, a exemplo da umbanda. Em outras religiões encontramos formas semelhantes ao passe, mas com outras nomenclaturas e técnicas próprias, como o *johrei* que é praticado na Igreja Messiânica Mundial, fundada no Japão nos anos 1930. A palavra *johrei* resulta da junção de dois ideogramas japoneses: “joh” = purificar e “rei” = espírito.

que você não sinta nada. A maioria aqui não sente nada, ou melhor, sente sim, sente amor e isso é o mais importante (voluntário).

Durante o treinamento para os voluntários, uma das palestras tratava da mediunidade e o palestrante, ao explicar as várias qualidades mediúnicas (psicofonia, psicografia, vidência) encerrou sua fala dizendo que muitas pessoas não sentem a mediunidade, mas são grandes médiuns de cura, pois teriam uma grande capacidade de:

Ceder ectoplasma para cura, porém esses médiuns, que são maioria no NENL e CAPC, não incorporam, não ouvem, não veem nem sentem nada, mas fluidicamente estão hábeis para doar energia para cura (palestra de formação dos futuros voluntários).

Vale lembrar que na codificação de Kardec os médiuns curadores são classificados como:

“Os que têm poder de curar ou de aliviar pela imposição de mãos ou pela prece. Esta faculdade não é necessariamente mediúnica; pertence a todo crente verdadeiro, quer seja médium ou não”. (Kardec, 1994: 208).

A mediunidade expressa no NENL e no CAPC era classificada internamente como “não-ostensiva”, ou seja, não era permitida a incorporação ou qualquer outro tipo de manifestação que deslocasse o foco da atenção do paciente para um voluntário. Esse ponto será melhor tematizado no capítulo VI, mas por hora é preciso dizer que a incorporação era terminantemente proibida entre os trabalhadores das duas casas no âmbito dos tratamentos espirituais até mesmo durante a cirurgia espiritual, pois considerava-se que a comunicação espiritual prescindia do ato da incorporação. Os médiuns estariam “intuídos” pelos espíritos, poderiam ouvi-los ou mesmo vê-los, mas de forma alguma incorporá-los.

Esse exercício mediúnico “não-ostensivo” é próprio da doutrina espírita e faz parte do processo histórico de diferenciação do espiritismo em relação as demais formas de transe apresentadas nas religiões de matriz africana, por exemplo:

“Assim, em busca de diferenciação frente a essas manifestações, as formas mais polidas, mais cultivadas, mais instruídas e mais suaves de comunicação com o “além” pareciam garantir com maior segurança

aos médiuns e, conseqüentemente, ao espiritismo a posse permanente de um estado distintivo perante as demais manifestações similares do campo – uma espécie de projeção no campo religioso da sombra da posição social da camada portadora do espiritismo. Produzindo uma relação de sentido com o mundo e correspondendo qualitativamente às valorações de uma ética religiosa espírita, a mediunidade “consciente e educadamente” praticada inseria-se no processo crescente de racionalização e de sistematização dos bens de salvação espíritas” (Arribas, 2008: 202).

Cavalcanti (1983) menciona três tipos de mediunidade: a consciente, a semiconsciente e a inconsciente. A primeira seria a mais comum no seu universo de pesquisa e a forma desejável de comunicação com o mundo espiritual, pois “aproxima-se da intuição, que é também a *mediunidade do futuro*, quando todos os homens serão médiuns no sentido estrito do termo e se comunicarão diretamente com os Espíritos pelo pensamento” (idem: 119, grifos no original). No entanto, essa forma de mediunidade também podia levar os médiuns a dúvidas sobre o teor das comunicações, já que não haveria uma fronteira muito bem definida entre as ideias que seriam deles e aquelas que seriam dos espíritos. Já na mediunidade semiconsciente haveria um meio termo: o médium estaria ciente dos seus pensamentos, mas poderia agir ou falar por impulso ocasionado pela vontade do espírito. E na mediunidade inconsciente o deslocamento do espírito do médium seria total, ou seja, o espírito comunicante passa a controlar o corpo físico do médium e este não se recorda do conteúdo das comunicações que são geralmente repassadas pela psicografia (escrita) ou psicofonia (fala).

Desse modo, não sentir a presença de espíritos na aplicação dos passes e demais terapias era algo previsível e até desejável no CAPC, já que a ligação que se esperava que acontecesse ali entre encarnados e desencarnados seria de ordem mental, algo muito próximo do que apregoa o espiritismo kardecista mais ortodoxo. Além disso, o Centro se apresentava enquanto um espaço terapêutico que, embora marcado pelo elemento religioso, se pautava pelas evidências científicas das práticas ali aplicadas que não necessitavam estar ancoradas numa prática ainda hoje bastante estigmatizada como a incorporação⁹⁰. No entanto, como

⁹⁰ É preciso lembrar que a incorporação remete também à ideia de possessão, algo bastante estigmatizado historicamente dentro das religiões cristãs, especialmente no catolicismo e nas religiões pentecostais e neopentecostais, e também associada a desequilíbrios de ordem mental dentro da biomedicina. Deste modo, esquivar-se da incorporação seria tanto uma forma de

veremos adiante, a incorporação estava presente no NENL e no CAPC, mas jamais no âmbito dos tratamentos oferecidos na casa.

Voltemos aos passes. Um dos principais passes aplicados no CAPC e também no NENL era o *passo de câmara* que envolve uma série de movimentos e se constitui em um passo bem mais demorado que o *passo carmativo*, por exemplo, que é considerado um passo de limpeza, de dispersão de energias densas que estão na pessoa doente. O passo carmativo inclui uma série de movimentos circulares feitos com as mãos acima do corpo do paciente, sem tocá-lo, que vão da cabeça aos pés do paciente que estava sempre deitado no leito durante a aplicação do passo. Já o passo de câmara, que é iniciado com um carmativo, envolve equilíbrio dos chakras e teria também um caráter desobsessivo, sobretudo nos trabalhos para problemas espirituais no NENL. Seria um poderoso instrumento para “limpar, desintoxicar” e assim preparar o corpo do paciente para receber as demais terapias e por isso ele também era aplicado durante algumas outras terapias a fim de potencializá-las energeticamente.

Também fazem parte desse grupo de terapias as *orações* que ocorrem, sobretudo, aliadas a outras terapias como a cromoterapia que também faz parte desse grupo. A *cromoterapia* no CAPC foi desenvolvida, segundo a direção, num formato próprio, aliando algumas correntes que tratam dessa prática no universo mais amplo das terapias alternativas, mas sem ser exatamente igual. Ela envolve não só aplicação de luzes cromáticas, mas também passes, aplicação de um líquido elaborado com ervas que genericamente é denominado de *fitoterapia*, e é sempre finalizada com a oração do pai nosso, sendo essa a oração mais entoada no espaço do CAPC.

A *terapia energética* também era finalizada com um pai-nosso e consiste basicamente em um passo coletivo feito por quatro médiuns em cada paciente em seus leitos. Cada passista atuava em um chakra e um quinto aplicava sobre o órgão lesionado a fitoterapia, como acontece na cromoterapia. Ao finalizar essas duas terapias, um dos voluntários dizia “mão direita sobre o paciente, a Deus e a Jesus, a prece da cura” e o pai-nosso era rezado. Assim, a oração intercessória pode ser vista aqui não apenas como momento de afirmação da fé, mas, sobretudo, como verbalização do propósito da cura.



Passe de Câmara



Cromoterapia

Uma terapia particularmente interessante neste grupo é o reiki, que esporadicamente era aplicado nos pacientes no CAPC. Não havia uma rotina sistemática para aplicação do reiki e ele quase sempre era oferecido quando havia impossibilidade de realizar alguma outra terapia no paciente, seja por indisponibilidade de aparelhos, voluntários ou por limitações físicas de quem ia receber uma terapia. Assim, uma massagem nos pés podia ser substituída pelo reiki se o paciente tivesse algum problema nessa parte do corpo que a impedia de ser manuseada ou tocada. O reiki parecia competir com os passes, que eram muito mais valorizados enquanto uma terapia energética capaz de trabalhar também a mediunidade, embora não de forma ostensiva. Além disso, o reiki possui uma técnica mais demorada que não permite que seja disponibilizado a todos os pacientes de forma sistemática, pois seriam necessárias várias pessoas treinadas para tal, já que não basta ser médium para aplicar reiki, essa técnica é reconhecida como de domínio externo ao espiritismo e por isso as pessoas devem ter um curso para poder aplicá-la, diferente dos passes, que eram ensinados ali mesmo e aprendidos na prática.

Um segundo grupo de terapias seria as **físico-energéticas** que assim denominei porque interferem mais diretamente sobre o corpo do paciente. Nelas estão as massagens, que no CAPC eram feitas nos chakras e nos pés dos pacientes. A massagem nos pés, além do propósito de trazer relaxamento e tranquilidade para o paciente, era entendida como um gesto de humildade e de entrega do voluntário para o trabalho da caridade, muitas vezes sendo assemelhada ao ato de Jesus ao lavar os pés dos apóstolos. Essa terapia teria também o intuito de despertar no paciente essa percepção para humildade, para a caridade e o amor ao próximo, e de fato muitos pacientes ficavam impressionados com essa terapia e comentavam nos momentos onde podiam falar que não acreditavam como os voluntários tinham coragem de “pegar no pé de tanta gente”, ou brincavam dizendo que aquela era a melhor terapia da casa, pois “parece até que estamos num spa!”.

Outra terapia desse grupo que envolvia o toque nos pés era a *iodo-podal*, onde era aplicada uma solução de iodo na planta dos pés. Essa terapia envolvia um certo cuidado, pois não deveria ser aplicada em pacientes que tinham alergia ao iodo. Por isso, os pacientes eram questionados durante a triagem se eram alérgicos a essa substância e essa informação era afixada em seu leito por escrito em um pedaço de cartolina vermelho. Ainda assim, era comum questionar os pacientes

antes da aplicação para evitar qualquer problema. Um voluntário passava o iodo embebido em algodão no pé direito do paciente e uma voluntária no esquerdo. Essa disposição seria necessária para equilibrar os polos positivo (masculino-direito) e negativo (feminino-esquerdo) no corpo do paciente e por isso não havia dois homens ou duas mulheres aplicando o iodo, tinha que ser um casal. Essa terapia também era considerada uma espécie de limpeza do campo energético do paciente e era realizada em alguns dias da semana, mas especialmente no dia da cirurgia espiritual.



**Massagem do
chakra**

A *iodização* e a *salinização* são duas terapias que envolvem uso de aparelhos ligados na eletricidade e estão acoplados a vidros contendo, no primeiro caso iodo, e no segundo uma mistura, que segundo informações gerais e o material didático apresentado na escola de médiuns, é formada por 123 sais diferentes. Um anel ou placas de cobre estavam afixadas a fios que se conectavam nos aparelhos e eram colocados no corpo do paciente fixadas com esparadrapo. No caso da iodização um anel sobre o órgão afetado, no caso da salinização, cinco placas dispostas no pulso, na virilha, no fígado, no baço e no órgão afetado. Ambas eram acompanhadas de passes que podiam ser carmativo ou de câmara, dependendo do dia. A terapia tinha duração de uma hora e o paciente permanecia deitado. São terapias que, por sua ação desintoxicadora, auxiliariam na limpeza do organismo, principalmente dos pacientes que estavam fazendo ou já haviam feito quimioterapia ou tomavam medicação controlada que podia deixar resíduos no corpo.

Segundo alguns voluntários, os fios, os aparelhos, as placas utilizados nessas terapias não seriam de fato necessários, pois a atuação das propriedades químicas das substâncias poderia se dar “energeticamente” (os fios não conduziam corrente elétrica para o corpo do paciente). O cobre, no entanto, seria um bom material condutor para a energia desprendida no processo químico e uma forma de fazer com que o paciente elaborasse melhor a terapia. O fato de ter equipamentos ligados à eletricidade e substâncias sendo manipuladas agiria enquanto uma espécie de “placebo” (termo usado internamente por muitos voluntários), melhorando a disposição da pessoa para receber o tratamento ao sentir a interferência desses aparelhos no seu corpo, como ocorreria num hospital onde o paciente é conectado ao soro, por exemplo.



Iodo-podal



Salinização

O *caulin* e o *biogel* são terapias que empregam, respectivamente, argila e uma lama rica em enxofre que são aplicadas, separadamente, sobre a parte do corpo afetada pelo câncer, desde que

não apresente lesões. Às propriedades químicas dessas substâncias era associado novamente o conceito de energia, no caso a energia da própria terra em suas formas “magnética e telúrica” e essas terapias também eram associadas à limpeza de toxinas e impurezas. O biogel é rico em enxofre e por isso tem um odor muito forte. Seu uso prepararia o órgão afetado para receber a cirurgia espiritual e um aspecto importante ressaltado pelas pessoas que aplicavam essa terapia é de que quando a lama seca completamente após 45 minutos ou uma hora de sua aplicação seria porque o organismo está reagindo bem contra o câncer. Se a lama não seca, seria um sinal de que a pessoa já estaria em estado terminal ou com poucas chances de ser curada do câncer.

Por fim, temos a *crioterapia*, terapia feita através do aquecimento e posterior resfriamento da área afetada com uso de bastões de cobre gelados a fim de alterar o metabolismo nessa região do corpo e, com isso, provocar alterações celulares que interfiram na doença, especialmente os tumores. Contudo, por trabalhar com alterações de temperatura, essa terapia não se aplica a determinados órgãos como os pulmões. Geralmente esta terapia era aplicada em conjunto com a cromoterapia.

As terapias *colágeno* e *prótese* são na verdade procedimentos que fazem parte da cirurgia espiritual de alguns pacientes. A primeira era feita logo após a da cirurgia espiritual no “centro cirúrgico” quando uma porção de colágeno (gelatina incolor) era manipulada sobre o corpo do paciente sendo espalhada e esfregada sobre o local da cirurgia espiritual. Essa terapia/cirurgia era recomendada para pessoas que tinham doenças degenerativas relacionadas ao sistema nervoso central e para aqueles que tiveram problemas relacionados a tendões, nervos, ruptura de ligamentos nervosos ou que sofreram acidentes que lesionaram a coluna. Seria uma terapia voltada para recomposição desses ligamentos.

A prótese consiste na manipulação de uma porção de colágeno que foi anteriormente preparada e solidificada por resfriamento na geladeira. Era recomendada para agir energeticamente sobre os órgãos afetados pelo câncer. Essa gelatina era colocada sobre a parte do corpo afetada pelo câncer que era envolta em uma toalha. Similar ao colágeno, a prótese, no entanto, era aplicada nos quartos, quando os pacientes já passaram pela cirurgia espiritual, e a gelatina ficava em contato com o corpo da pessoa por uma hora. Considerando que a doença é vista como um desequilíbrio dos corpos energéticos que se materializa no corpo físico, essa prótese agiria no “buraco” que se forma no perispírito em

decorrência desse desequilíbrio, impedindo que as energias não saudáveis que lá se encontram atinjam o corpo físico novamente. Porém:

O efeito da prótese vai depender da fé, do processo de reforma íntima de cada um, das mudanças. Por isso, o efeito da prótese fica atuando por uns oito meses aproximadamente, pois esse é o tempo que vocês levam pra processar essas mudanças de atitude, para se autoconhecerem (voluntária, em explicação para os pacientes).

O processo, que é um dos poucos que são explicados mais detalhadamente aos pacientes no CAPC, era comparado à colocação de uma prótese normal, como prótese de mão ou perna: “é um novo órgão que vai substituir o órgão doente. É como se tivesse um buraco ligando o perispírito no corpo e a prótese interfere nesse buraco para que a doença não chegue no corpo físico”. A prótese era feita uma única vez durante os tratamentos no CAPC:

Como uma prótese normal, só é feita uma vez, é um processo de mudança energética, pois em volta do nosso corpo nós temos energias e esse local da doença é onde a energia está funcionando de maneira diferente, então a prótese é um bloqueio, um escudo para não deixar essa mensagem energética errada passar para o corpo físico. E no processo vocês têm que se concentrar porque vocês são coparticipantes no processo, são parceiros e a responsabilidade de vocês nesses 8 meses é de mudar a frequência energética, mudar os pensamentos, atitudes, aumentar a fé, o autoconhecimento, fazer boas leituras (explicação para pacientes).

Deste modo, a prótese não substitui exatamente a parte doente que foi extraída do corpo, mas funcionaria como um tratamento para as dimensões energéticas desse órgão que não são extirpadas pela cirurgia convencional, ao contrário, elas continuam a existir e por isso devem ser tratadas para se evitar novas “somatizações”. Nesse processo, o paciente é instado a estar atento aos pensamentos e atitudes que possam vir a interferir na ação da prótese, recomendação que acompanha de forma geral todo tratamento do CAPC.

As terapias do CAPC que chamei de **mente-corpo**, seguindo aqui um pouco a denominação da OMS e outros órgãos que tratam das MACs, são aquelas onde é privilegiado algum tipo de abordagem psico-imaginativa cujo objetivo seja “despertar sensações”, “expor sentimentos”, “produzir emoções”, “transportar o paciente” para outro

lugar, ou seja, aquelas que buscam causar algum tipo de impacto emocional a partir do uso de técnicas de visualização, meditação ou observância de mensagens que são geralmente de cunho religioso-moral com a finalidade de “desfazer bloqueios emocionais e/ou energéticos” que estejam no cerne da doença ou dificultando o processo de cura. Desse grupo, considero que o “ritual do espelho”, também chamado de “ritual da troca de roupa” descrito mais acima, e a terapia da oração eram as que melhor desempenhavam essas funções.

O ritual do espelho marcava a entrada do paciente no CAPC e sua imersão nos tratamentos, sua intenção era promover um momento de reflexão e uma transformação na percepção dos sujeitos sobre si mesmo e sobre seu processo com a doença. Seria o primeiro passo para a auto-observação, para o autoconhecimento. Nem todos internalizavam a terapia dessa forma e algumas pessoas (poucas) manifestavam seu desconforto por ter que passar diante do espelho e tirar desse ato algum sentido particular que posteriormente deveria ser verbalizado na roda de apresentação.

A *terapia da oração* era particularmente interessante, pois unia uma linguagem católica –, com menções a Nossa Senhora, Jesus Cristo, Oração de Cáritas ou de São Francisco e o “poder da fé”– a mensagens mais ao estilo Nova Era que abordam o “poder curador da Mãe Terra”, “a energia curadora do universo” e “o poder da mente e do autoconhecimento para proporcionar a cura”, indo de um polo mais religioso a outro mais psicoterápico e místico, mesclando visualização de órgãos, cores, luzes, lugares da natureza, tecidos, células, santuários e flores a mantras e músicas do repertório nacional que vão desde Padre Marcelo Rossi e Roberto Carlos a Lenine e Raul Seixas. O choro aqui também era bem valorizado, especialmente ao final da terapia, quando todos os pacientes em pé e de braços dados ouviam uma dessas músicas sendo “Emoções” de Roberto Carlos e “Compromisso” de Fábio Junior duas das mais tocadas.



Terapia da Oração

Embora guarde muitas diferenças com os processos imaginativos observados por Csordas (1996) entre os católicos carismáticos, os quais ele denominou de *performances imaginativas*, a terapia da oração também poderia ser pensada enquanto um processo imaginativo onde o enredo é direcionado pelos terapeutas, mas produzido pelos pacientes que escolhem as cores das luzes que irão visualizar no seu “santuário sagrado” assim como o lugar da natureza no qual irão se imaginar (mar, montanha, cachoeira, etc). Além disso, a terapia da oração tinha como foco produzir um certo impacto emocional na pessoa doente capaz de incitá-la à ação, despertar sua fé e transformar a experiência da doença ao dar-lhe uma ferramenta importante de conexão com o sagrado e com as potencialidades curadoras internas de cada indivíduo, acessíveis por meio da meditação, do silêncio e da introspecção.

Esse impacto emocional, no entanto, estaria aliado a um disciplinamento corporal de modo que a emotividade podia ser expressa através do choro, mas de forma alguma através de alguma manifestação que perturbasse a harmonia do espaço. Assim, além dos avisos de ordem geral relacionados ao funcionamento da terapia, um ponto frisado antes do seu início era que ali não seria permitido qualquer forma de incorporação. Era dito aos pacientes (e muitas vezes eu fui encarregada

de passar essa mensagem) que a terapia não tinha vínculo religioso, mas como ali era uma casa espírita e muitos pacientes eram espíritas ou tinham mediunidade desenvolvida, pedia-se que essas pessoas não dessem “passagem a qualquer tipo incorporação” e fizessem uso daquilo que na doutrina espírita era chamado de “disciplina mediúnica”, pois ali não seria o fórum adequado para tratar de questões de ordem espiritual. Nesse momento era feita uma brincadeira para descontrair alguns pacientes que visivelmente ficavam impressionados com a possibilidade de que ali pudesse ocorrer algum tipo de manifestação desse tipo. Era dito que se alguém incorporasse uma enfermeira especialmente treinada iria despir a pessoa e deste modo não haveria espírito que ficasse ali, “eles saem rapidinho!”

Assim, ao mesmo tempo em que a terapia da oração se propunha a ser um canal de ligação com o plano do sagrado (interno e externo aos sujeitos) e uma forma privilegiada de expansão da emotividade, por outro lado essa ligação não deveria ser expressa em algo mais contundente como uma incorporação nem a emotividade expressa deveria interferir no andamento da terapia como um todo. Isso nos remete ao que foi apontado por Champion (1990: 60 e ss.) sobre a valorização da emotividade nas práticas religiosas contemporâneas. Ao mesmo tempo em que essa emotividade é percebida como algo que confere certa autenticidade à expressão e à vivência religiosas, ela também estaria sujeita a formas de pacificação a fim de promover certo disciplinamento corporal entre alguns grupos religiosos e/ou dentro de práticas espirituais-terapêuticas.

As terapias que chamo de **interativas-discursivas** são aquelas onde os pacientes interagem de alguma forma com os terapeutas ou recebem informações de cunho médico-moral-religioso através, principalmente, das palestras que se constituem enquanto elemento básico para a formação doutrinária no espiritismo e estão relacionadas a um modelo considerado “científico” de argumentação teórica e persuasão, distanciado do modelo ritualístico sacerdotal. O termo médico-moral-religioso refere-se ao fato de que nessas palestras todos esses aspectos estavam interligados: ao falar de saúde ou do câncer, falava-se também dos “maus hábitos”, dos vícios, das compulsões, do amor de Deus, da fé no Cristo e em si mesmo, do cuidado de si e do respeito aos limites do seu corpo.

Nas manhãs de quarta-feira, uma das médicas voluntárias do Centro fazia uma palestra onde aborda “as novas descobertas da ciência

moderna” sobre a influência da fé e dos estados emocionais no processo de cura. Sua fala geralmente iniciava-se com a leitura de um trecho do Evangelho de São Mateus que trata da cura de um possesso que é levado aos discípulos de Jesus e estes não conseguem expulsar o demônio do seu corpo. Questionados pelos discípulos porque não puderam curar o possesso, Jesus responde: “é por causa da vossa incredulidade; porque em verdade vos digo: se tivésseis fé como um grão de mostarda, direis a essa montanha transporta-te daqui para ali, e ela se transportaria, e nada vos seria impossível” (Mateus, cap. 17, vv. 14 a 20). A partir disso, ela buscava fazer uma ponte entre religião e ciência recorrendo a uma citação atribuída a Albert Einstein que diz que “a religião sem a ciência é cega e a ciência sem a religião é paralítica”.

A palestra tinha variações, mas geralmente estava centrada em unir aspectos espirituais/religiosos e médico/científicos na compreensão da saúde e da doença. Para tanto, ela abordava desde a medicina exercida pelos antigos sacerdotes e xamãs, passando por Paracelso e Hipócrates que viam a medicina como ciência que cuida do ser em sua totalidade, e como essa visão holística do ser é resgatada nos séculos XVIII e XIX pela medicina. Ela também citava pesquisas médicas recentes que teriam comprovado que os pacientes que recebem orações se curam mais rápido e aqueles que têm religião, seja ela qual for, também apresentam uma recuperação mais rápida, pois a fé proporcionaria um equilíbrio emocional favorável ao fortalecimento do sistema imunológico. A psiconeuroimunologia era mencionada como ramo da ciência médica que pesquisa a relação entre as emoções e o sistema imunológico e que dentre os vários níveis da cura (física, mental, emocional e espiritual) a cura física seria a mais fácil de ser alcançada, mas as outras exigiriam maior atenção da pessoa doente, pois seria a partir dos aspectos mentais e emocionais, vistos como esferas ligadas à espiritualidade, que surgem as doenças. O livro *A doença como caminho* era sempre recomendado em sua fala como uma leitura proveitosa para a compreensão de como os estados afetivos podem gerar doenças e que a doença em si não seria um mal, “mas uma forma de crescimento e aperfeiçoamento do ser, podendo vir a transformar-se num bem”.

Embora as palestras do CAPC se distanciassem consideravelmente do repertório clássico espírita, já que a intenção não seria fazer daquele espaço “um lugar de doutrinação, mas um espaço terapêutico”, como gostavam de frisar, elas não deixavam de lado as

menções religiosas, de base quase que exclusivamente cristã, aliando-as ao repertório das terapias complementares, da biomedicina e às moralidades que todos esses campos envolvem ao tratar de saúde-doença. Lewgoy (2000: 262) ao analisar a eficácia das palestras no espiritismo diz que sua força estaria relacionada:

“(...) à sua legibilidade descontínua, ou seja, à capacidade dos enunciados das máximas sempre se encaixarem no tema geral escolhido ao acaso, mas também às múltiplas chances de uma audiência heterogênea identificar-se e construir um sentido geral com pequenos segmentos da palestra, sem a necessidade de tê-la compreendida por inteiro.”

Neste sentido, a palestra de uma médica que une fé, emoções, saúde e medicina numa mesma fala pode ser apreendida de formas totalmente distintas pelos diferentes pacientes que buscam o CAPC onde uns vão ressaltar o conteúdo religioso de sua fala e outros estarão mais atentos “às novas descobertas da ciência”. Indubitavelmente, a autoridade de alguém ligado ao mundo da ciência para falar de questões de fé e saúde pesa aqui como forte elemento retórico que não passa despercebido pelos pacientes. Um fato interessante relacionado a isso diz respeito a um livro que sempre era mostrado pela médica durante sua palestra no qual um cientista japonês (os dois adjetivos são também fortes elementos retóricos) teria comprovado como os pensamentos, palavras e sons afetavam a estrutura molecular da água. Imagens da experiência feita por esse cientista, mostrando cristais de água, eram exibidas aos pacientes numa demonstração de como devemos cuidar dos pensamentos e das emoções se considerarmos que 70% do nosso corpo é formado por água⁹¹.

⁹¹ Esse livro chama-se *Mensagens da Água* no qual seu autor, Masaru Emoto, argumenta que pensamentos, músicas e palavras escritas podem alterar a estrutura molecular da água de acordo com a beleza ou positividade/negatividade que carregam. Assim, ao escrever a palavra Hitler e afixá-la num vidro com água, os cristais produzidos são escuros e disformes, ao contrário do cristal produzido com a palavra Amor, que é uniforme e luminoso. Da mesma forma, uma sinfonia de Beethoven produziria lindos cristais ao passo que um rock pesado produz cristais irregulares. Fica evidente que as teses desse autor são colocadas em cheque no meio científico, pois conceitos como bonito, feio e harmonioso dependem de gosto pessoal e estão relacionados à cultura. Além disso, não fica claro como a água faria para determinar “a beleza” ou positividade de uma palavra escrita, já que isso vai depender também do idioma usado. Até mesmo no meio espírita esse autor causa polêmica. No encontro nacional da Associação Médico-Espírita do Brasil ocorrido em Porto Alegre, em 2009, em uma palestra proferida por um conhecido psiquiatra brasileiro, reconhecido no meio espírita por suas

As palestras eram momentos importantes nos quais os pacientes tomavam contato mais direto com as formas discursivas da *retórica terapêutica* produzida no CAPC. No entanto, era nas rodas de apresentação, roda de conversa e nos grupos terapêuticos que os pacientes podiam se expor mais, falar de seus problemas, fazer perguntas e interagir com os terapeutas e demais pacientes, algo não permitido nas demais terapias onde o paciente encontrava-se deitado no seu leito e com olhos vendados⁹². Como já mencionado mais acima, a dinâmica dessas rodas obedecia a certa sistematização, porém havia espaço para inclusão de novas dinâmicas influenciadas pelo modo como pacientes e terapeutas interagiam e que situações se apresentavam. Neste sentido, vejo os espaços das rodas e também dos grupos (embora não tenha acompanhado os grupos terapêuticos desenvolvidos no NENL⁹³), como espaços nos quais podemos observar a construção de enredos em torno da experiência da doença e do tratamento, algo próximo do que propõe Mattingly (1994) com o conceito de *therapeutic emplotment*.

Essa autora propõe que os encontros clínicos envolvem médicos e pacientes na criação e negociação de um enredo dentro de uma temporalidade clínica. Este enredo clínico daria sentido a ações

pesquisas sobre mediunidade, ele contestou a obra de Emoto assim como outras “baboseiras água com açúcar” que muitos espíritas estariam, segundo ele, adotando como verdade sem observar “os critérios científicos” delas.

⁹² Era sempre recomentado que os voluntários não conversassem com os pacientes nos quartos, nem se ativessem a dar informações sobre as terapias, solicitando sempre que o paciente se concentrasse “no tratamento e na sua cura”. Quando eles resolviam conversar entre si e se essa conversa era ouvida pelos corredores, era solicitado que eles fizessem silêncio “em respeito aos irmãos que estão concentrados”. A advertência era dada do modo mais amigável possível, sem tentar impor autoridade, mas buscando convencer os pacientes de que seria no silêncio que ele encontraria algumas respostas para suas perguntas.

⁹³ Quando iniciei a pesquisa tentei fazer parte de um desses grupos, mas como eles já haviam iniciado há algum tempo foi me dito que minha entrada naquele momento quebraria a dinâmica construída e poderia inibir novamente as pessoas que se veriam observadas por uma pessoa externa ao grupo. Depois de algum tempo, tentei novamente participar de um grupo voltado apenas para mulheres que trabalhava com danças circulares, porém ele acontecia no dia de outra atividade importante no CAPC. Com o avanço do trabalho de campo, percebi que o envolvimento com os grupos terapêuticos do NENL poderia se transformar em mote para uma segunda tese, tamanha a dimensão das atividades que eles envolvem e o tempo geralmente longo de participação (entre 2 e 6 meses) de modo que resolvi me contentar com as descrições de pacientes e terapeutas sobre a dinâmica dos grupos que envolvem abordagens que vão desde o pathwork, constelações familiares, as danças circulares e até uma roda de cura xamânica, que não trabalha diretamente com práticas xamânicas, mas com arquétipos retirados desse universo, como o líder, o guerreiro, o curador, o buscador da visão, para tratar do empoderamento do sujeito no processo de cura.

terapêuticas particulares ao situá-las dentro de uma estória terapêutica (*therapeutic story*) mais ampla. Na proposta de Mattingly a narrativa a ser analisada ocorre em tempo real, não é o relato de algo que ocorreu ao paciente ou à terapeuta e é recontado, narrado. A narrativa é criada na ação observada, o enredo é construído simultaneamente na relação entre médico e paciente situados no cenário do hospital. A autora analisa esta construção de sentido na narrativa considerando que ela se dá entre atores que têm perspectivas individuais, desejos e intenções diferentes e que, ainda assim, constroem um enredo em conjunto durante a terapia.

Neste sentido, a construção do tempo narrativo deve ser pensada enquanto uma ação que se desenrola dentro de processos de negociação que envolvem conflitos, lacunas, motivações, dramaticidade e cujo final é incerto. Mattingly observa ainda que na construção de enredo em situações terapêuticas estão também envolvidos processos de transformação do paciente que é chamado a transformar-se em sujeito ativo do seu processo de recuperação, algo bem próximo do que se observa no CAPC. Em outros trabalhos Mattingly (1998, 2000) reforça a ideia de que a narrativa não deve ser vista apenas como um evento *a posteriori* ou como uma forma discursiva distinta da ação social e da prática. Ao contrário, as narrativas devem ser observadas enquanto um aspecto integral da prática e de uma estrutura de temporalidade que faz parte do processo de construção social da realidade, o que ela chama de *narrativas emergentes*, ou seja, histórias que são criadas a partir de ações e não apenas de palavras. Desta forma, as produções narrativas não devem ser analisadas apenas enquanto modos (falados) de representação da realidade ou como textos que transcrevem fatos, mas enquanto formas de produção social do mundo vivido.

Assim, nas rodas de conversa, nas rodas de apresentação e, sobretudo, nos grupos, podia-se observar a emergência de narrativas que envolviam a perspectiva dos pacientes sobre a sua experiência com a doença que era posta em relação com as intenções dos terapeutas e incluía tanto o uso da palavra quanto ações direcionadas para despertar nas pessoas um processo reflexivo sobre a doença. As terapeutas que geralmente conduziam essas atividades detinham um repertório de conceitos e técnicas das quais se utilizavam para conduzir a experiência desses pacientes por um caminho mais ou menos pré-estabelecido, mas que se abria também para abarcar a dramaticidade, os imprevistos, as contradições e os conflitos que por vezes despontavam nessa interação, como pude observar algumas vezes nas rodas de conversa.

Certamente, as narrativas compartilhadas nesses espaços estavam marcadas por formas de representação sobre a doença que circulam em diferentes esferas sociais: na mídia, na religião, na biomedicina e aquelas produzidas na própria dinâmica terapêutica que fazia parte do CAPC. No entanto, o que estava sendo posto nesse compartilhamento narrativo não seria a mera reprodução dessas representações, mas uma construção contínua de sentidos para elas capazes de confirmar, negar, modificar ou contestar tais representações no momento em que elas são confrontadas com experiências concretas e individuais com a doença.

A proposta da terapeuta que conduzia a roda de conversa era “levar o paciente a fazer perguntas e não a encontrar respostas”, de modo que ela buscava inquietá-los ao apresentar visões pouco usuais sobre questões como saúde, doença, morte, bem e mal. Alguns dos pontos que inquietavam e, às vezes, incomodavam os pacientes, estavam relacionados à ideia de que devemos exercitar “o egoísmo ético”, ou seja, fazer primeiro por mim para depois poder doar aos outros, e quando se tratava da “aceitação sem passividade”, ao afirmar que “nada acontece por acaso”, de modo que por mais difícil que fosse a situação pela qual se estava passando devemos, mesmo com raiva, com dor, com medo, entregar a situação para “aquilo que é maior que nós” e dizer “eu também concordo que seja assim”, abrindo mão do controle, pois na “grande engrenagem da vida, está tudo certo”.

Para alguns pacientes a proposta do egoísmo ético parecia ir contra o que prega a doutrina espírita tão pautada na caridade, mas era um argumento mais fácil de ser contornado quando se retorna à retórica do cuidado de si. A metáfora do uso da máscara de oxigênio em uma pane área era um exemplo que a maioria entendia e aceitava como verdadeiro de modo que se reconhecia que não se podia ajudar o próximo se não se estava bem consigo mesmo. No entanto, quando se tratava do “eu também aceito que seja assim”, algumas contestações eram mais veementes, pois aqui surgiam questões não apenas relacionadas à doença onde o paciente pode “também aceitar que seja assim” e que ele apesar de bom pai, marido, esposa, trabalhador, honesto e caridoso, ficou doente. Pode ser uma experiência de aprendizado, ainda que com sofrimento. Porém, quando o tema era extrapolado para sofrimentos ocasionados não por uma doença, mas por terceiros, como atos de violência ou erro médico, muitas pessoas não concordavam que “também fosse assim”. Geralmente essa contestação aparecia

timidamente em forma de gestos, olhares, frases como “não sei se é bem assim”, ou mesmo pelo silenciamento das pessoas.

No entanto, houve momentos onde a contestação foi explicitada e em uma roda onde o tema desembocou para a questão da violência, alguns pacientes não aceitavam de forma alguma “que também podia ser assim” quando o filho de alguém era atingido por uma bala perdida, por exemplo. Geralmente, não havia uma tentativa da terapeuta em impor seu ponto de vista, mas esses momentos de confronto a levavam a elaborar argumentos e contra-argumentos onde ficasse evidente não quem estava certo ou errado, mas de que modo aquela conversa, mesmo atravessada por uma discordância, podia ser ainda terapêutica e dizer algo sobre o processo pelo qual a pessoa doente estava passando.

Por fim, elenquei sobre o nome de **medicamentosa** as terapias que envolvem a ingestão de alguma substância considerada como medicamento ou remédio⁹⁴ que podem ir desde água até remédios fitoterápicos.

Dentro da doutrina espírita a água aparece como substância privilegiada para receber os “fluídos salutareos” que podem ser transmitidos pelos espíritos e/ou pelos médiuns, e até mesmo por qualquer pessoa que esteja imbuída de bons pensamentos e intenção de cura em benefício do próximo. A água fluidificada não tem contraindicação e pode ser utilizada tanto para tratar doenças quanto fortalecer o organismo servindo como preventivo⁹⁵. O que se argumenta é que essa água transmite ao doente os fluídos salutareos capazes de revitalizar energeticamente o organismo, auxiliando nos processos de

⁹⁴ Diehl e Rech (2004: 149) fazem uma distinção entre medicamento e remédio. O primeiro seria entendido como uma substância ou preparação elaborada em farmácias ou indústrias farmacêuticas e que atende especificações técnicas e legais. O termo “remédio” seria utilizado em uma acepção mais ampla, sendo aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, como uso de plantas, benzeduras, rituais de cura. Aqui utilizarei os termos medicamento, medicamentoso ou remédio para tratar das substâncias ministradas no CAPC, pois essas substâncias ora são medicamentos se tomarmos a definição acima, como os fitoterápicos ou homeopáticos, ora são remédios, como os florais ou a água fluidificada. Além disso, considero que as terapias medicamentosas do CAPC descolocam essa conceituação ao se proporem enquanto substâncias de potencial curativo que sempre necessitarão ser aliadas a formas agenciadas e intencionais de cura por parte dos pacientes.

⁹⁵ É interessante notar que a água como fonte de cura não é algo presente apenas no espiritismo. Entre os católicos, a fonte do santuário de Lourdes, localizada na França, atrai milhares de fiéis e doentes do mundo inteiro em busca da sua água milagrosa. Em programas católicos e evangélicos de rádio e TV os fiéis são orientados a colocar um copo com água próximo ao aparelho para que ela seja abençoada e possa ser utilizada com diversas finalidades, inclusive para o alívio de uma doença.

cura. Porém, esse recurso não é utilizado isoladamente.

No CAPC, a água fluidificada era uma das primeiras terapias recebidas pelos pacientes. Eles recebiam o frasco com a água no primeiro dia e deveriam, em casa, misturá-la a um litro de água mineral. Essa água devia ser ingerida em pequenas doses três vezes ao dia, durante 30 dias. Como um litro de água não é suficiente para todo esse tempo, antes da água acabar o paciente deveria se dirigir ao NENL em São José para pegar um novo frasco de água fluidificada na farmácia do Núcleo e repetir o procedimento. No caso de pacientes de outras cidades e estados, eles são orientados a solicitar a água fluidificada em um centro espírita kardecista da sua cidade. Se isso também não fosse possível, já que alguns pacientes viviam na zona rural, a pessoa deveria acrescentar mais um litro de água à primeira mistura antes dela acabar, porém esse procedimento só deveria ser realizado uma única vez.

A água também estava presente em outra importante terapia do CAPC, a hidroterapia. No decorrer da semana, os pacientes tomavam a hidroterapia duas vezes ao dia. No entanto, a água utilizada nesta terapia, além de receber os “fluídos curadores” através da imposição de mãos de um médium, era acrescida de gotas de outras águas que foram extraídas de cristais, pedras preciosas, semipreciosas, água do degelo, água que ficou depositada no fundo do mar e depois foi trazida à superfície, enfim, águas que passaram por processos diferentes para “captar e dinamizar energias curadoras” presentes em minerais e em locais da natureza, como as montanhas e o mar. Segundo o dirigente geral do CAPC, a hidroterapia seria uma das principais terapias oferecidas, pois ela “prepara o corpo” do paciente para receber as demais terapias ao “abrir seus campos energéticos” através dos estímulos trazidos por essa mistura de águas que eram chamadas de por ele de medicamentos. A hidroterapia era feita de forma individualizada, não havia uma “fórmula padrão”, cada frasco era preparado a partir do prontuário do paciente e de acordo com seu “histórico clínico” que só podia ser devidamente analisado por uma pessoa treinada para manipular e ministrar essa terapia.

Até meados de 2009, duas terapeutas de florais de Bach acompanhavam a roda de apresentações que acontecia na quarta-feira pela manhã e selecionavam alguns pacientes para um segundo encontro chamado de “roda de florais”, no qual atendiam, em média, 20 pacientes escolhidos a partir do que era observado na roda de apresentações. Normalmente, as pessoas selecionadas para roda de florais eram aquelas

que se mostravam muito emotivas, que choravam ou falavam abertamente que estavam desmotivadas ou desesperadas diante do diagnóstico do câncer e do seu tratamento como um todo. Na roda de florais, as pessoas novamente eram instadas a se apresentar e falar sobre seus sentimentos, dizer que emoções estavam sentindo naquele momento e o que lhes afligia.

As terapeutas ouviam atentamente e complementavam anotações que já haviam sido iniciadas na roda de apresentações. Com base nessas anotações e na conversa desenvolvida na roda, que envolvia não apenas uma explicação sobre a terapia de florais, mas também aconselhamentos de ordem psicoemocional e moral-religiosa, as terapeutas manipulavam os florais que eram entregues gratuitamente aos pacientes. Posteriormente, a roda de florais foi extinta, mas as terapeutas continuaram acompanhando a roda de apresentações para identificação dos pacientes com “necessidade da terapia floral”. Como não havia mais o encontro coletivo na roda, elas se dirigiam ao leito de cada paciente selecionado para complementar suas anotações e manipular os florais.

Os florais de Bach eram apresentados como remédios que ajudariam os pacientes a “romper bloqueios emocionais”, “liberar emoções reprimidas”, “trazer mais conforto emocional durante o tratamento”, entre outras funções sempre relacionadas a aspectos emocionais. Um ponto bastante frisado era que os pacientes que estivessem sendo acompanhados por psiquiatras e/ou fazendo uso de medicação alopática para tratamento de transtornos psíquicos não deveriam abandonar seu tratamento e ficar só com a terapia floral, pois os florais seriam “complementares” ao tratamento alopático e não substitutos. Além disso, uma das terapeutas sempre enfatizava que o “floral sozinho não faz nada”, que a pessoa deveria estar atenta às suas emoções e disposta a mudar certas atitudes, pensamentos e comportamentos que talvez estivessem favorecendo seu adoecimento ou dificultando sua cura. Sem essas mudanças o paciente poderia “tomar baldes de floral” e não iria adiantar de nada.

Embora não fosse feita uma evangelização dos pacientes nem menções específicas ao espiritismo ou qualquer religião, a roda de florais era bastante marcada por uma “conversa” de feições religiosas, com menções a Jesus e onde sentimentos como raiva, tristeza, mágoa, perdão e culpa podiam ser tratados tanto a partir da ótica da psicossomática quanto do cristianismo e de preceitos da doutrina espírita, como o da reforma íntima. O floral era apresentado como “uma

ferramenta” de ajuda para o autoconhecimento, requisito necessário ao bom manejo dos estados emocionais e, conseqüentemente, da saúde física. A fé na cura também aparecia aqui enquanto elemento importante para potencializar não apenas o efeito dos florais, mas de qualquer medicação. O floral também era utilizado em uma inalação que os pacientes faziam minutos antes da cirurgia espiritual. A essência utilizada nesta inalação era a Rock Rose que na descrição dos florais de Bach seria “o remédio da salvação” (Bach, 2006: 75).

O NENL possui um laboratório onde produz cerca de 150 fitoterápicos com base na utilização de 209 ervas, e anualmente 100 mil unidades desses medicamentos são distribuídos gratuitamente em forma de cápsulas, líquidos, pomadas e unguentos (cf. www.nenossrlar.com.br) às centenas de pessoas que fazem tratamento na casa, incluindo os pacientes do CAPC. Neste laboratório trabalhavam cerca de 50 voluntários sob a supervisão dos três bioquímicos. Havia um controle estrito sobre a distribuição desses medicamentos para que eles não fossem utilizados por pessoas que não estivessem sendo acompanhadas em tratamentos da casa. Até mesmo os voluntários precisavam recorrer a autorizações específicas para poder solicitar esses medicamentos na farmácia do NENL que geralmente eram prescritos pelos médicos que trabalhavam na instituição ou por terapeutas que fizeram algum tipo de treinamento específico⁹⁶. Não haveria nesse processo interferência dos espíritos, de modo que os receitistas da casa não seriam necessariamente médiuns, e segundo o dirigente geral, alguns deles não seriam nem mesmo espíritas, mas sim pessoas “treinadas academicamente para prescrever fitoterápicos”.

As duas terapias medicamentosas mais importantes oferecidas pelo CAPC eram o Ipê Roxo (IR) e o SYG. Esses dois medicamentos eram produzidos em laboratório próprio nas dependências do CAPC. O primeiro é um fitoterápico produzido a partir de uma tintura extraída do Ipê Roxo e utilizado apenas pelos pacientes com câncer. Os pacientes não levavam o IR para casa como faziam com a água fluidificada ou os florais, eles ingeriam a medicação durante o período de tratamento no CAPC. Essa restrição se deu por conta da patente de uma substância

⁹⁶ Não acompanhei a distribuição de fitoterápicos no NENL aos pacientes do CAPC, porém conheci algumas voluntárias que trabalhavam nessa função. Elas receberam treinamento especial para conhecer e saber catalogar plantas e suas especificidades terapêuticas. Uma das voluntárias que trabalhava com os fitoterápicos no NENL disse ter feito um curso com duração de seis meses pela Herbarium, uma conhecida empresa de fitoterápicos no Brasil.

presente na composição do IR que, segundo o dirigente do CAPC, foi cedida por um laboratório da Inglaterra que os ajudou na formulação do medicamento sob a condição de proteção da fórmula.

Por fim, o SYG seria, nas palavras da voluntária que produz, distribui e orienta sobre a utilização desse medicamento, “a menina dos olhos” do CAPC. É o único medicamento homeopático da casa e que seria, segundo o dirigente do CAPC, “similar, mas completamente diferente” ao método Canova utilizado também para tratamento do câncer e doenças imunodepressoras, muito popular no Brasil, e que agiria sobre o sistema imunológico a fim de mobilizar as próprias defesas do organismo. Apenas alguns pacientes eram selecionados para tomar esse medicamento que consiste em cinco frascos com medicação líquida que deve ser ingerida em gotas, cada frasco em dias alternados e com número de gotas diferentes. O nome do remédio, SYG, é formado pelas iniciais dos três mentores espirituais do NENL/CAPC: Savas, Yura e Gabriel.

Nem o NENL nem o CAPC possuem licença oficial da vigilância sanitária para produzir e distribuir medicação homeopática ou fitoterápica, porém em mais de 30 anos atuando na cidade de São José e há 13 anos em Florianópolis eles só teriam enfrentado uma denuncia feita pelo proprietário de uma farmácia que se sentiu prejudicado pela distribuição gratuita de fitoterápicos no NENL. Segundo o dirigente geral, a situação se resolveu a partir da redução da divulgação desses medicamentos entre os pacientes e da implantação de formas mais restritivas para sua distribuição.

A utilização de medicamentos alopáticos também estava presente no CAPC, pois muitos pacientes faziam uso de medicação controlada que era trazida para o Centro durante a semana de tratamento. A equipe de enfermagem buscava se certificar de que o paciente não se esquecesse de fazer uso dessa medicação checando, em alguns casos, os horários de tomada do medicamento. Havia uma farmácia no CAPC, cujo acesso era restrito aos médicos e enfermeiros, com uma série de remédios alopáticos que eventualmente eram utilizados, especialmente analgésicos, porém, a recomendação era para que os pacientes trouxessem sua própria medicação alopática indicada pelo médico que acompanhava seu tratamento. Até mesmo para os voluntários, o uso da medicação alopática era restrito e devia passar pela avaliação do médico ou médica de plantão. Quando solicitei certo dia um Dorflex (analgésico e relaxante muscular) para uma das enfermeiras

por estar com dor de cabeça, ela só me forneceu a medicação depois de consultar o médico de plantão, embora eu tenha lhe assegurado que fazia uso dessa medicação regularmente por conta própria.

Historicamente, o uso de medicamentos nas práticas de cura do espiritismo foi um dos focos de tensão entre espíritas e médicos como vimos no capítulo I. Na primeira metade do século XX, a legitimação do espiritismo passou pelo gradual afastamento da mediunidade receitista nos centros filados à FEB, o que não significou sua total exclusão do seio da terapia espírita. Se os medicamentos podem ser vistos como “símbolos de saúde” (Lefèvre, 1983)⁹⁷, o fato deles aparecem de maneira tão forte e ao mesmo tempo diversificada nas práticas de cura do CAPC pode ser interpretado como uma forma particular da constante produção de semelhança e diferença impetrada pela doutrina espírita no Brasil com relação à medicina. No entanto, é preciso ter em mente que uma possível “medicamentalização” do tratamento espiritual ocorre numa via de mão dupla, o que sugere que há também uma “espiritualização” dos medicamentos que, sejam de que ordem forem, são capturados de maneiras polissêmicas e utilizados dentro de um contexto terapêutico onde o remédio (alopático ou não) por si só não pode ser considerado como agente fundamental, mas como elemento que agrega valor a um tratamento por ser capaz de *materializar* agentes curativos numa substância. Porém, o remédio dificilmente aparece como solução isolada para a doença nos tratamentos espirituais.

No CAPC as medicações estavam inseridas dentro de um tratamento mais amplo e não podem ser pensadas fora desse contexto maior, que envolve também o tratamento convencional contra o câncer. Muitas vezes o que se ressaltava era que com o tratamento espiritual o paciente se tornava mais calmo e confiante no processo de cura de modo que seu corpo respondia melhor e mais rápido às medicações utilizadas no tratamento alopático (ou “tradicional”, como os voluntários do CAPC costumavam dizer) contra o câncer, especialmente a quimioterapia. Por outro lado, o tratamento espiritual também podia ser visto como forma de diminuir o uso de medicamentos alopáticos:

Se o paciente está nervoso, está revoltado, está ansioso, com medo e infeliz, seu corpo não responde aos medicamentos, ao tratamento médico, o estresse é tamanho que a medicação é toda eliminada pelos suores, pela urina, o organismo não absorve, não processa

⁹⁷ Embora Lefèvre esteja se referindo aqui apenas aos alopáticos.

corretamente aquelas substâncias químicas. (...) Já há várias pesquisas que comprovam que os pacientes que também fazem um tratamento complementar/espiritual reagem melhor ao tratamento médico tradicional, precisam de menos medicamentos, menos analgésicos e se curam mais rapidamente. (dirigente geral em palestra para os pacientes).

Assim, ora o tratamento espiritual pode ser potencializador dos efeitos curativos das medicações alopáticas, ora pode ser um elemento capaz de reduzir seu uso, atestando com isso a validade do tratamento espiritual pela sua capacidade de interferir no tratamento convencional-alopático. Para os pacientes que se encontravam fora de possibilidades terapêuticas dentro da biomedicina, utilizar os medicamentos do CAPC seria uma maneira de objetificar a continuidade de um tratamento e de formas intencionais e renovadas de agência contra a doença quando os médicos já disseram que não havia mais nada a ser feito. Para outros que eram adeptos de longa data das medicinas alternativas, as medicações alopáticas seriam antes símbolos de doença e não de saúde, de modo que utilizar-se dos remédios fitoterápicos, homeopáticos ou “espirituais” que compõem o tratamento do CAPC era encarado como uma forma “natural” e menos agressiva de cuidar da saúde, embora a instituição apregoasse constantemente entre seus pacientes que o tratamento ali oferecido era complementar e não alternativo à biomedicina.

Neste sentido, no CAPC os alopáticos não eram criticados ou desvalorizados, ao contrário, o que se afirmava era que “se deve fazer de tudo para alcançar a cura” e se isso inclui medicamentos que sejam utilizados, fossem eles alopáticos, fitoterápicos ou homeopáticos. A introdução de outras substâncias medicamentosas como a água fluidificada e os florais, por exemplo, seriam formas de “medicar” áreas não alcançadas por esses medicamentos “tradicionais”, como os “campos energéticos” ou as emoções, ou de potencializar os efeitos do tratamento alopático, como vimos acima. Assim, ao mesmo tempo em que se resguardava um lugar para a biomedicina e seus medicamentos, a validade e necessidade do tratamento espiritual e seus remédios também era colocada em pauta, sendo estes muitas vezes caracterizados pelo poder de potencializar as formas medicamentosas alopáticas.

No entanto, a eficácia dos medicamentos utilizados no CAPC (até mesmo os alopáticos) não partiria da mesma lógica que faz do remédio alopático uma substância de ação independente da vontade do sujeito. Os florais, por exemplo, enquanto medicação que age sobre os

estados emocionais, precisaria da ação do sujeito para a real ativação desses efeitos. Do contrário, pode-se “tomar baldes de floral e não vai adiantar nada”. Assim, ao mesmo tempo em que o remédio tem “poder”, ele também pode ser apresentado enquanto substância quase inócua que depende da vontade do paciente para atuar, exigindo da pessoa um posicionamento ativo no seu processo de cura que envolve mudanças de atitudes, pensamentos e comportamentos. Neste sentido, tais medicações podem aparecer como formas importantes através das quais aspectos da doutrina espírita, como a necessidade da reforma íntima e do aperfeiçoamento moral, podem ser repassados aos pacientes sem o dogmatismo de uma doutrinação religiosa *stricto sensu*, mas sim baseados numa lógica terapêutica que inclui a biomedicina.

As medicações prescritas no CAPC também podem ser pensadas enquanto modos de extensão do tratamento espiritual para o espaço doméstico, o que envolve a adoção de certa rotina de cuidados e formas de vinculação com o processo terapêutico espiritual para além da instituição. Assim as gotinhas do floral e do SYG ou a ingestão da água fluidificada três vezes ao dia podem ser pensadas como formas estendidas do tratamento espiritual que demandam um compromisso com as orientações do Centro tais como manter os bons pensamentos, observar as emoções e ter fé no tratamento. Além disso, o uso desses medicamentos pode engendrar formas de agenciamento em torno da doença que envolve modos particulares de interação com essas substâncias para além da sua prescrição “medicamentosa”, podendo levar a formas ritualizadas de uso como fez uma senhora que disse ter inventando uma oração para rezar quando fosse tomar o SYG, embora essa recomendação não acompanhe a prescrição desse medicamento.

As Criações Terapêuticas no CAPC: indefinições das margens, busca de fronteiras

Ao aliar a pontualidade e austeridade do espiritismo com os rigores normativos dos espaços hospitalares, o CAPC produziu uma *rotina terapêutica* quase draconiana que, no entanto, como toda rotina, precisa ser constantemente renovada para incorporar os imprevistos que cotidianamente atravessam suas práticas. Esses imprevistos, no entanto, não desencadeiam necessariamente incertezas com relação à coerência do sistema como um todo sendo antes eventos a partir dos quais

emergem improvisações capazes de acomodar as ambiguidades e, assim, dar continuidade a essa rotina terapêutica que no CAPC se produzia através da ênfase na repetição padronizada de gestos e procedimentos tanto terapêuticos quanto administrativos.

Havia uma tentativa constante de fixar os gestos e as rotinas das práticas terapêuticas para que “ninguém fique inventando coisas por aí” e a exigência da participação na escola de médiuns para atuação terapêutica na casa seria parte das tentativas constantes de padronização das práticas e homogeneização da compreensão sobre elas. No entanto, a constante repetição das práticas longe de significar um processo mecânico e, portanto, não criativo revelavam-se como espaço potencial no qual os atores imprimiam, além de significações, um gestual particular que se expressava principalmente nos passes.

Como colocado por Ingold e Hallam (2007: 5), a cópia ou imitação de um padrão requer um complexo e contínuo alinhamento do modelo com a ação no mundo, e esse processo envolve todo um trabalho de improvisação. Assim, ao mesmo tempo em que as convenções padronizadas eram valorizadas, os modos de fixar essa “rotina terapêutica” eram constantemente marcados por mudanças que paradoxalmente não serviam para causar rupturas no sistema, mas para permitir sua continuidade em termos de maior eficácia.

Do mesmo modo, a construção de significados para as práticas, embora embasadas em um arsenal teórico advindo do espiritismo, da biomedicina e do universo das terapias alternativas era marcada pelo tensionamento constante das categorias aparentemente convencionalizadas que fazem parte desses domínios e era nesse processo que emergiam os sentidos para as práticas mais do que pelas tentativas frequentes de fixação de conteúdos. Vale lembrar que tanto os voluntários quanto os pacientes do CAPC vêm das mais variadas formações profissionais, confissões religiosas, classes sociais e trajetórias terapêuticas, de modo que as tentativas de fixação de sentidos para as práticas encontravam-se mediadas por essa pluralidade de sujeitos e suas experiências de saúde-doença e/ou experiências religiosas.

Apesar das percepções comuns que envolviam as terapias do CAPC relacionadas, como vimos, a noções como energia, espiritualidade, autocura ou emoções, permeadas por uma estética cristã e biomédica, os momentos terapêuticos dessa instituição eram marcados por tentativas de definições de fronteiras que partiam dessas categorias e

de outras que participam do campo da saúde e da religião. Ao mesmo tempo em que as margens entre certos conceitos eram rompidas na tentativa de se promover um tratamento “holístico”, por outro lado esperava-se que elas fossem fixadas a fim de se poder identificar precisamente onde incluir um ou outro evento ou prática no complexo rol de possibilidades terapêuticas que ali se apresentavam. Neste sentido, uma série de imprevistos emergia dentro do processo contínuo de construção dessa rotina terapêutica que acomodava em seu interior uma multiplicidade de práticas e discursos diariamente atualizados e criados pelos sujeitos.

Uma das terapias realizadas com os pacientes na quarta-feira era a *terapia do abraço*, realizada logo após a palestra da médica. Os pacientes eram convidados a caminhar pelo salão do Centro, na penumbra, ao som de uma música relaxante de acalanto. Em determinado momento, essa caminhada era interrompida para que os pacientes, de olhos fechados, tomassem contato com seu corpo e com “sua criança interior” através de um abraço em si mesmo. Neste momento, a terapeuta que conduzia o grupo pedia aos pacientes para:

Acolher essa criança que agora pode estar se sentindo sozinha e com medo, leve-a para passear no parque e diga que nunca mais vai deixá-la e ela vai acreditar, pois as crianças acreditam no que os adultos falam.

Depois de alguns minutos, os pacientes eram convidados a abrir os olhos lentamente e retomar o contato com o grupo e com o espaço do auditório. Por fim, a terapeuta perguntava, em tom de brincadeira, se “todos voltaram ou ficou alguém perdido por aí?”. Certo dia alguém não voltou.

Uma senhora continuou de olhos fechados e abraçada a si mesma. Expressava contentamento e ria bastante, parecendo estar muito feliz. Imediatamente algumas voluntárias foram até ela chamando-a pelo nome e pedindo que ela abrisse os olhos, ao que ela não obedecia. Os demais pacientes começaram a ficar confusos com a situação. Como não respondia aos apelos das voluntárias, a mulher foi levada para outro ambiente onde continuaram as tentativas de “trazê-la de volta”. Após muita insistência ela conseguiu abrir os olhos. A médica do plantão (a mesma que havia feito a palestra naquele dia) perguntou seu nome, ao que ela respondeu com voz infantil o próprio nome. A médica pediu o sobrenome também e ela muito feliz falou seu nome completo. Quando

questionaram quantos anos ela tinha respondeu muito animada: “cinco anos!”. A médica, então, continuou fazendo perguntas tais como em que mês e ano ela havia nascido e se ela sabia em que ano nós estávamos. Após algum tempo de argumentação entre a “paciente-criança” e a médica em torno da sua idade, ela subitamente compreendeu que não tinha cinco, mas sim 63 anos e rompeu em lágrimas. As voluntárias em torno dela a confortaram e disseram para não se preocupar com o ocorrido, estava tudo bem. A paciente, no entanto, dizia-se muito envergonhada e que isso já tinha lhe acontecido outras vezes, pois ela tinha facilidade de se transportar a outros planos em atividades como aquela que demandavam imaginação e mentalização de cenas: “eu realmente estava naquele parque como uma criança, eu tinha mesmo cinco anos e estava tão feliz ali, eu fui uma criança muito feliz”. Depois de acalmar-se, a senhora foi conduzida ao quarto.

Esse fato suscitou entre as voluntárias desse turno um debate sobre o que teria acontecido àquela senhora. Para uma delas (que não se identificava como espírita) “aquilo não tinha nada a ver com espíritos, foi algo psicológico ou psiquiátrico, coisa da cabeça dela” e seu argumento foi seguido por outra voluntária (que se dizia espírita), pois teria observado que a médica pressionou o plexo solar da paciente e ainda assim ela permaneceu no mesmo estado, porém “em caso de incorporação quando a gente pressiona esse ponto (e fez a pressão na altura do meu estômago) a entidade se desliga”. No entanto, para uma terceira voluntária, que chegou a dar um passe na paciente após o ocorrido, “isso é mediunidade mal trabalhada, tem que orientar ela a desenvolver esse dom”.

Vale ainda mencionar que essa paciente foi orientada a não fazer as demais terapias que envolviam visualizações e mentalizações e que ela não deveria “se concentrar demais” nas mensagens gravadas que constantemente tocavam no sistema de áudio do CAPC. Além disso, ela não deveria usar a venda nos olhos, tudo isso para evitar seu desprendimento, numa evidente contradição com o que se espera dos pacientes que era a concentração total em si, desde que isso não implicasse em estados modificados de consciência como aconteceu com ela, e que podia ter similaridade com a incorporação de espíritos, algo profundamente desvalorizado no CAPC como vimos.

Em outro momento, numa roda de apresentações, uma paciente disse que sentia vontade de chorar sem qualquer motivo aparente, pois sua doença estava controlada e sua família era muito atenciosa e

amorosa, de modo que ela não entendia o porquê daquela tristeza e da intensa vontade de chorar. Nessa roda, geralmente conduzida por uma voluntária com formação em constelações familiares e pathwork, a abordagem segue uma linha mais psicoterapêutica voltada para levar os pacientes a questionarem seus comportamentos e certezas diante do mundo e romper com “padrões sociais” considerados “corretos”, mas que podem estar na base para o surgimento das doenças, como a não expressão dos sentimentos. De modo que a terapeuta a orientou a buscar um dos grupos terapêuticos do NENL para “trabalhar essas questões emocionais e treinar sua família a ver a expressão dos seus sentimentos”.

Selecionada para ser atendida pelas terapeutas de florais, a abordagem dessa mesma paciente foi completamente diferente. Aqui, sua vontade de chorar sem motivo foi interpretada como sendo a “tristeza de outro ser”. A paciente disse ser voluntária em um centro espírita há 11 anos, porém nunca havia feito seu desenvolvimento mediúnico, embora tenha afirmado ver espíritos desde jovem e ter dado passagem a um espírito em uma das rodas do CAPC para comunicar algo a um senhor que tinha perdido a filha. Afirmou também que recentemente havia visto um senhor com traje bege na sua sala, mas ele não havia se comunicado com ela. A terapeuta de florais levou a discussão por esse lado e a incentivou a trabalhar com sua mediunidade, pois “essa tristeza não é sua, é talvez um chamado para a missão que a irmã tem que cumprir”.

Deste modo, as abordagens a um paciente podiam passar por diferentes esferas dentro do mesmo espaço terapêutico apesar dos padrões unificados que tentavam ser impostos. Por vezes, a padronização de algumas orientações repassadas aos pacientes quanto aos tratamentos esbarrava na cotidianidade das suas vidas, sobretudo, quanto às recomendações pós-cirúrgicas, o que gerava situações inusitadas de ajustamento entre recomendações espirituais, normas biomédicas e códigos de conduta que tinham que ser observadas pelos voluntários da casa.

Até meados de 2009, o CAPC atendia dois tipos de pacientes: aqueles nomeados de “externos”, que faziam um tratamento reduzido durante duas tardes na semana e cirurgia espiritual às quintas-feiras; e os “internos”, que faziam tratamento convencional de terça a sábado, com cirurgia na sexta-feira à noite. Assim, nas tardes de quinta-feira duas médicas faziam plantão para atender e avaliar os pacientes “externos”

recém-operados. O encontro era rápido e se destinava a saber se o paciente se sentia bem, reforçar as informações recebidas antes da cirurgia sobre os cuidados pós-operatório e informar a data de retorno para o próximo tratamento. Não raro, esses pacientes pediam atestados de comparecimento para si ou para seus acompanhantes para justificar faltas no trabalho ou na escola. Quando uma paciente requisitou à médica de plantão um atestado para justificar sua falta ao trabalho ela prontamente começou a preenchê-lo⁹⁸. Ao confirmar a data do dia com sua colega, também médica, para colocar no atestado, ela foi interrompida pela paciente:

Paciente: Tem que ser pra hoje e amanhã.

Médica: Mas amanhã a irmã não vai vir, sua cirurgia já foi feita hoje.

Paciente: Sim, eu sei, mas é que eu preciso do atestado pra dois dias porque aqui na recomendação do pós-operatório diz que tenho que ficar de repouso 48 horas, então eu não posso ir trabalhar amanhã.

A médica pousou a caneta, olhou para a colega e mencionou discretamente: “é mesmo, e aí?”, ao que a outra respondeu: “é, diz pra ficar 48 horas de repouso...”. Retornando a paciente que ouvia a conversa ela disse:

Médica: Não tem como dar um atestado para dois dias irmã, atestado de cirurgia espiritual? Como? Eles nem vão aceitar. Porque o atestado que a gente dá aqui é de que a pessoa compareceu ao tratamento, e a irmã compareceu hoje, mas não vai vir amanhã.

Paciente: Mas como eu vou fazer então? Não tem como? A senhora coloca que eu fiz a cirurgia e tem que ficar 48 horas de repouso.

Médica: Mas eu não posso, não existe atestado pra cirurgia espiritual, é contra o código de ética médica, não tem uma lei pra isso.

Paciente [estendendo o papel com instruções sobre o pós-operatório]: Mas aqui diz que tem que fazer repouso dois dias...

Médica: Eu sei, mas veja bem, a irmã trabalha sentada?

Paciente: É, eu fico sentada, quanto a isso não tem problema que eu não faço esforço...

Médica: Então, a irmã vai trabalhar, fica sentadinha, sem se aborrecer, tenta não se estressar com nada...

Paciente: Só que eu trabalho numa delegacia, e é bem do lado da cela dos presos, e como dizem pra evitar ambiente muito carregado,

⁹⁸ Os termos usados nesse tipo de atestado confirmam que a pessoa compareceu ao Centro e ali permaneceu para tratamento durante o período especificado.

lá né? É muito pesado...

A médica olhou novamente para colega, suspirou: “é irmã, mas não tem jeito, eu não posso dar o atestado pra amanhã, é contra o código. A irmã tenta não se aborrecer no trabalho, procura manter a serenidade...”. A paciente se conformou. Logo em seguida quis tirar uma dúvida de ordem médica. Ela já havia iniciado sua questão quando se interrompeu para perguntar: “a senhora é médica mesmo?”, ao que a médica de plantão respondeu que sim, “médica formada, eu digo?”, retrucou a paciente, “sim, médica formada”. Só então ela fez sua pergunta, iria fazer outra cirurgia em poucos dias e queria saber se poderia haver algum problema por ter feito aquela hoje, se uma podia interferir na outra. “Outra cirurgia espiritual?”, “Não, respondeu a paciente, uma cirurgia normal”, “Ah, uma cirurgia da Terra? Não, não tem problema nenhum, pelo contrário, até ajuda porque essa cirurgia que a irmã fez hoje preparou o corpo da irmã pra receber melhor a cirurgia da Terra, não tem problema nenhum, é até bom que junta as duas coisas! Pode fazer sua cirurgia tranquila”⁹⁹.

As relações entre sujeitos que estão imersos num espaço que reúne formas terapêuticas diversas como o CAPC são cotidianamente atravessadas por mediações onde aspectos tanto da medicina quanto do espiritismo ou das terapias alternativas/complementares são acionados, descontextualizados ou recontextualizados (Demian e Wastell 2007) o que permite que o trânsito de um sistema terapêutico a outro não se torne incoerente, mas aponte para espaços de ambiguidade produtiva que longe de invalidar a proposta terapêutica do CAPC, acomode em seu interior os imprevistos e as supostas incongruências dessa relação construída a partir da execução das práticas. A noção de *conexões parciais* de Strathern (2004) me parece uma forma interessante de analisar as cenas acima que escape de uma leitura meramente comparativa entre sistemas aparentemente distintos, aparentemente semelhantes que ao se apresentarem num mesmo espaço se tornam atravessados de ambiguidades na produção discursiva ou interpretativa dos sujeitos que ali estão.

⁹⁹ A realização das cirurgias apenas nas sextas-feiras amenizou esse tipo de demanda, pois o fim de semana contempla as 48 horas necessárias de repouso exigido pela cirurgia espiritual. Uma voluntária do NENL disse que eventualmente alguns pacientes conseguiam atestados com os médicos que acompanham seu tratamento alopático para justificar ausências no trabalho decorrentes do tratamento no CAPC ou no NENL. Porém, não encontrei nenhum paciente que tivesse feito uso dessa “estratégia” com auxílio de seu médico, embora não duvide dessa possibilidade.

Como já foi dito no capítulo I, a proposta de Strathern é pensar a heterogeneidade das configurações sociais não pela ideia de uma pluralidade difusa em um fluxo contínuo, mas através dos modos como os sujeitos conectam parcialmente entidades diferentes através de suas práticas a fim de produzir não um todo coerente através de soma, mas uma relação possível a partir da diferença. Com a ideia de *conexões parciais*, a relação entre parte e todo, entre prática e discurso, emerge de forma menos esquizofrênica que qualquer tentativa de generalização para pensar as práticas que se desenvolvem num espaço como o CAPC, que embora seja uma instituição, não é totalizante, pois sua pluralidade humana e retórica não lhe permite, tampouco é fragmentada, sua estrutura hierárquica e burocrática lhe impede de o ser. Assim, para dar conta de práticas que se dão em um espaço que vai além de si através dos sujeitos, mas que ao mesmo tempo contém esses sujeitos dentro de si, acredito que conectar parcialmente é uma boa proposta, pois nos permite deixar evidentes os cortes e as fissuras através das quais as próprias conexões são criadas e desfeitas continuamente e as diferenças tem um lugar tanto quanto as semelhanças.

A pergunta final da paciente, que procura confirmar a capacidade técnica da médica (espírita), aponta para a convergência de competências que se tornam necessárias aos terapeutas do CAPC onde é preciso entender das coisas da alma e do corpo e como ambos se relacionam. No caso específico dos médicos (e médicas) que trabalham na instituição, muitos deles médiuns da casa, enquanto sujeitos da ciência e sujeitos da religião eles são os elos que tentam pacificar esses espaços de conexão entre sistemas que se propõem ora radicalmente diferentes, ora possivelmente similares. Essa pacificação, contudo, não esconde, nem tenta esconder, as fissuras, as rachaduras e os cortes que fazem parte das conexões realizadas ali entre diversos sistemas terapêuticos. A rachadura aparece nas pausas da médica, no seu suspiro, no olhar indagador dirigido à colega, na insistência da paciente. Mas o corte não é fechado, o atestado não é dado. É o ponto onde fica claro que o tratamento espiritual não-é, embora possa ser também, uma medicina. E é porque há os espaços onde uma coisa não-é a outra que elas podem estar juntas no momento seguinte quando ficamos sabendo que a cirurgia espiritual preparou o corpo da paciente para a “cirurgia da Terra”. A extensão foi refeita, mas o corte permaneceu: “Atestado para cirurgia espiritual? Como?”.

Do mesmo modo, foi a médica quem pressionou o plexo solar

da “paciente-criança” que não desincorporou porque, espiritualmente falando, “isso deve ser coisa da cabeça dela mesmo”. Assim, o que permite que uma espírita entre em acordo interpretativo com uma não-espírita e não com sua companheira de “crença” é a aplicação de uma técnica por uma especialista, tanto médica quanto médium. Ora, é o plexo solar pressionado que me diz que “isso foi algo psicológico ou psiquiátrico” e não espiritual. Novamente, é o espaço do não-é que faz a extensão de um campo a outro, do espiritismo à psicologia, sendo a semelhança entre mediunidade e psique que a cena revela o fator que conduz ao esforço de diferenciação entre os sistemas: “foi psicológico, não espiritual”.

Assim, as *conexões parciais* feitas no CAPC entre vários sistemas terapêuticos não servem para colar coisas diferentes e fazer um todo harmonioso livre de conflito, mas para possibilitar os interstícios onde coisas criadas e reproduzidas de modos diferentes possam construir semelhanças e vice-versa como uma forma de fazer significado e não de produzir um consenso. A falta de consenso não significaria contradição, antes ela aponta para as extensões que permitem que as fronteiras de qualquer ordem possam ser vistas como zonas de contato e não de separação, sem a ilusão de uma comunhão perfeita entre as partes, mas apostando nas compatibilidades possíveis.

Neste sentido, é possível pensar as interações feitas entre medicina, espiritismo e terapias complementares presentes no CAPC como lugares de *invenção e convencionalização* cultural tal como apontado por Wagner (2010) ainda que o cenário desta instituição seja um ambiente no qual a invenção possa ser confundida com a “criação de algo novo” devido à peculiaridade de suas práticas que envolvem diversos domínios terapêuticos. No entanto, proponho pensar a invenção enquanto os processos através dos quais as pessoas constroem (inventam) a realidade social dessa instituição e como elas buscam fixar (convencionalizar) esses processos na busca de uma “continuidade” ou “rotina terapêutica” através de práticas rituais e de cura que, aparentemente, possuem códigos, modelos e sentidos pré-determinados e compartilhados por estarem relacionadas aos campos da biomedicina, da religião e das terapias complementares. Assim, as cenas que descrevo acima seriam momentos onde os termos convencionalizados nesses campos são tensionados a fim de permitir espaços de extensão de significado capazes de absorver os imprevistos que frequentemente ocorrem no mundo vivido das pessoas envolvidas com processos de

saúde e doença no CAPC.

A *convencionalização* de categorias (médicas e/ou espirituais) advindas de sistemas terapêuticos distintos é o elemento que permite a produção de significados envolvendo saúde e doença nesta instituição. No entanto, ao construir a relação entre essas categorias as pessoas estão na verdade produzindo significados em torno delas e realizando o que Wagner (2010: 80) chama de “extensão inovadora das associações” ao tentar a integração convencional de certos elementos simbólicos em contextos diferentes daqueles onde eles pretensamente teriam uma origem ou um sentido “primário”.

Entre os voluntários, na construção diária dos sentidos para suas práticas terapêuticas, os momentos de indefinição ou construção de fronteiras se apresentavam de modo contundente, por exemplo, quando se trata de definir se uma terapia era energética ou mediúnica. Assim, certa vez, no momento do lanche dos voluntários, em uma mesa se acendeu um debate sobre a diferença entre terapia energética e terapia mediúnica suscitada por um questionamento da pesquisadora. Eu tinha observado neste dia que um voluntário, que afirmava ter “perdido” sua mediunidade e por isso não desejava realizar as terapias mediúnicas no CAPC, como os passes, estava realizando a massagem dos chakras, atividade que eu supunha ser mediúnica também. Quando questionei se sua mediunidade havia voltado, ele disse que não e que a massagem do chakra era na verdade uma terapia energética, por isso ele tinha se disposto a realizá-la. Questionei então qual seria a diferença entre uma terapia mediúnica e outra energética. Basicamente entendia-se que a terapia energética não envolvia os espíritos, a pessoa trabalhava sempre com seu próprio magnetismo. Para outros voluntários, no entanto, não haveria diferença entre terapia mediúnica e terapia energética, pois “tudo que trabalha com energias trabalha com a espiritualidade”. O reiki foi então mencionado por uma pessoa que era treinada nessa técnica para mostrar que havia diferenças sim entre as duas coisas: “no reiki você usa a energia universal, não está diretamente trabalhando com um espírito como num passe”, ao que outra voluntária retrucou “mas energia universal não deixa de ser espiritual, eu acho que a massagem do chakra é espiritual e energética, não tem separação”. Para outro colaborador havia diferença, mas na ordem de sua eficácia, “dizem que o reiki é energético, mas eu não vejo diferença de um passe pra um reiki, só que eu acredito que o passe faz efeito porque a gente está trabalhando com a espiritualidade, já essa história de reiki, tenho minhas dúvidas”.

“Então - perguntei para o voluntário que dizia ter perdido a mediunidade - o irmão está trabalhando com terapias mediúnicas?”, ao que ele respondeu com um movimento de ombros como quem diz “quem sabe?”.

O reiki aparecia, como já mencionei, enquanto uma terapia menos importante diante das demais, embora pessoas treinadas na técnica fossem sempre bem-vindas. Sua similaridade com os passes, no entanto, gerava uma série de divergências entre os voluntários. Quando uma voluntária disse que não era aconselhável aplicar passes em casa, um outro questionou porque não já que o reiki podia ser feito em casa. “Bom, eu sei que a doutrina diz que não se deve aplicar passe em casa”, ao que o outro retrucou “mas você faz reiki em casa, não faz?”, “sim, eu sou reikiana”, então, retornou ele “qual a diferença? O reiki é a mesma energia do passe e se eu posso socorrer alguém com um reiki em casa porque não posso com um passe? O magnetismo é o mesmo”. Para uma das médicas da instituição, também espírita, não havia diferença alguma entre terapias energéticas e mediúnicas, pois ao se trabalhar com a mediunidade se estaria trabalhando com energias e, embora terapias como o reiki fossem consideradas sem vinculação com espíritos, algum grau de mediunidade era sempre trabalhado por aquele que aplica uma terapia energética de modo que “tudo que é energético é mediúnico, e vice-versa”.

Para outra voluntária, o reiki não lhe serviu como ferramenta terapêutica no CAPC, pois:

Meu magnetismo era muito grande e todos me chamavam para aplicar reiki nos pacientes e isso já estava causando certos problemas de ter uma preferência por mim e deixar as outras pessoas que aplicavam reiki de lado. E também porque eu tava preocupada comigo, a minha parte da vaidade, do orgulho, eu começar a me achar aqui dentro e a minha humildade ir pro chão e aí eu ia botar os pés pelas mãos.

Assim, as diversas terapias oferecidas no CAPC têm seus significados construídos na prática cotidiana, onde as conexões são feitas e refeitas para permitir tanto a acomodação dos imprevistos que surgem durante sua aplicação quanto na produção de conteúdos conceituais que possam ser compartilhados, ainda que dentro de um sistema de ambiguidades e contradições.

Seria muito ingênuo supor que, pelo fato de haver uma literatura vasta sobre os temas ali tratados tais como energia,

mediunidade e emoções, conhecida e lida por muitos desses voluntários, assim como os treinamentos oferecidos dentro da própria instituição, isso por si só poderia promover qualquer tipo de consenso generalizado sobre a compreensão das práticas. Deste modo, não apostei na interpretação dada exclusivamente pela literatura espírita para construir modelos para compreensão dos estados envolvendo saúde-doença porque compreendi que as práticas desenvolvidas no CAPC, embora embasadas em parte dessa literatura, aliada às teorias das MACs e da biomedicina, não tinham seus sentidos totalmente determinados por quaisquer modelos teóricos, sendo antes constantemente construídos através da ação cotidiana.

Certamente que os conteúdos discursivos e teóricos que envolvem as terapias complementares e espirituais no CAPC eram vistos como extremamente importantes para articular essa produção de sentidos, sobretudo para os voluntários. Na página do NENL havia vários artigos explicando de forma geral como agem e de onde vieram algumas das terapias que a casa oferece, sendo alguns desses conteúdos parte das aulas ministradas na escola de médiuns que, recentemente, teria se voltado para sistematização desses conhecimentos de modo que haja um certo “padrão de entendimento” por parte dos voluntários sobre as funcionalidades e os modos de atuação das terapias.

É importante dizer que quando fiz minha pesquisa de campo nem todos os voluntários do CAPC frequentavam a escola de médiuns, mas ainda assim podiam atuar em várias terapias da casa se tivessem feito os procedimentos para ingresso na instituição como voluntários, o que veremos com mais detalhes no capítulo VI. A escola de médiuns atuava ainda muito próxima do modelo espírita clássico com foco no estudo das obras do espiritismo, embora também dedicasse espaço para tratar das práticas terapêuticas da casa. No entanto, o que se dizia era que o aprendizado das terapias acontecia mesmo era “na prática”, no dia-a-dia da instituição.

No entanto, no decorrer daquele ano a escola de médiuns ganhou feições mais “acadêmicas” com a proposta de ser transformada em uma universidade espírita. O conteúdo das aulas voltou-se com mais ênfase para o estudo sistemático das terapias da casa. A partir de 2010 e com mais ênfase em 2011, todos os voluntários foram praticamente “intimados” a fazer parte da escola de médiuns como requisito fundamental para atuar nas terapias tanto do NENL como do CAPC. Aqueles que não pudessem por algum motivo participar da escola

seriam afastados das atividades terapêuticas, podendo auxiliar apenas em atividades específicas que exigiam menos preparo teórico, como a já mencionada massagem nos pés. Uma turma da escola de médiuns foi aberta aos domingos para possibilitar a participação dos voluntários que não podiam comparecer às aulas durante a semana e o objetivo dessa formação maciça seria padronizar o conhecimento sobre as práticas da casa e aprimorar o conhecimento dos voluntários sobre as terapias, pois:

“Não basta oferecer-se, doar, suar a testa, é preciso fazer o ótimo. E o ótimo a ser feito não é do jeito que muitos fazem, mas do jeito que todos devemos fazer em uníssono, segundo um aprendizado que é padrão e que dever ser melhorado pouco a pouco, aperfeiçoado pouco a pouco; a vida não para” (trecho de texto publicado no informativo do NENL em 2011 convocando os voluntários a participar da escola de médiuns e dos seus cursos de capacitação).

Essa tentativa de padronização sempre existiu de certa forma, pois o aprendizado “na prática” não excluía a execução de procedimentos padrões na aplicação das terapias, muito calcadas na repetição dentro de uma rotina terapêutica rígida que, no entanto, como toda rotina, era marcada por espaços de imprevistos e improvisos que conduziam os voluntários a desenvolver modos mais ou menos próprios de atuação dentro do padrão especificado, e com isso percebia-se a produção diversificada de sentidos envolvida nessas práticas.

Com relação à “teoria” por trás das práticas, quase todas as vezes em que tentei coletar explicações mais detalhadas sobre o modo como as terapias agiam no corpo dos pacientes me vi confrontada com uma curta e simples resposta, tanto por parte dos pacientes quanto dos voluntários: “eu não sei dizer como funciona exatamente”. Quase sempre os voluntários ensaiavam uma explicação que eles mesmos reconheciam como incompleta e me orientavam a falar com os dirigentes ou com um ou outro voluntário conhecedor do assunto, especialmente aqueles que atuavam profissionalmente com terapias complementares fora do CAPC. Porém, a maior parte esboçava uma explicação geral que eles afirmavam ter deduzido, normalmente relacionada com as noções de “limpeza”, “desintoxicação” e “equilíbrio energético”. A ênfase maior sempre era colocada no procedimento correto de aplicação da terapia, na sua técnica, e não na sua teoria. Assim, na minha primeira fase de pesquisa de campo a ênfase maior estava sobre a prática e a padronização delas era algo que deveria se

aprender praticando.

É certo que aprender praticando também envolve a formação de um conhecimento teórico sobre a prática em si, porém a ênfase colocada posteriormente na formação dos voluntários na escola de médiuns diz respeito às formas de profissionalização buscada por muitos adeptos e praticamente das terapias e medicinas complementares como forma de conferir legitimidade a suas práticas (Tavares, 2003). Historicamente, a prioridade dada ao estudo como meio de formação e capacitação dos médiuns também está presente no espiritismo desde a criação da escola de médiuns na FEB, ainda no século XIX, durante a gestão do médico Bezerra de Menezes e considerando o alto valor dado ao estudo e à palavra escrita dentro da doutrina espírita (Lewgoy, 2000).

No entanto, durante a pesquisa de campo percebi que para a maioria dos voluntários mais importante que saber como uma terapia funcionava “teoricamente” era saber como ela deveria ser feita para proporcionar a melhor eficácia para o paciente. Por outro lado, essa eficácia estava também relacionada a uma disposição para ajudar ao próximo (no caso dos voluntários) e na capacidade de se entregar ao tratamento (no caso dos pacientes) e não exatamente a um tipo de compreensão racionalizada sobre as práticas, embora isso fosse desejável não no sentido da simples captura da teoria por trás da prática, mas da mensagem que o tratamento como um todo pretendia passar e que envolvia toda uma retórica do cuidado de si que estava relacionada ao manejo das emoções, a formas de pensamento, comportamentos e atitudes que podiam interferir, positiva ou negativamente, no processo de cura.

Mesmo nas terapias mais “materializadas”, aquelas que utilizam fios, placas, substâncias químicas e medicamentos, o consenso sobre seus modos de operação era marcado por aspectos técnico-espirituais diversos. Depois que formalizei minha condição de voluntária no CAPC comecei a aplicar as demais terapias da casa e, além da massagem nos pés, fui treinada para fazer a salinização. Nessa terapia é preciso que de tempos em tempos um feixe de laser seja aplicado sobre as placas de cobre que se encontram dentro dos vidros com os sais diluídos em água, a fim de provocar uma mudança química na substância que está ali dentro. Isso geraria um “excedente atômico” que será transmitido ao corpo do paciente para equilibrar os sais do seu corpo¹⁰⁰. Essa terapia

¹⁰⁰ Essa seria uma versão muito resumida e menos técnica do que a que me foi dada no CAPC, com uso de termos como “padrão geométrico, estrutural tridimensional”, “sistema entrópico”,

era feita por duas pessoas e quando eu estava sendo treinada uma das voluntárias me disse que eu deveria lançar o feixe de laser sobre cada plaquinha e contar até 10 para cada uma delas (há 12 vidros, 8 deles com duas placas e 4 com uma placa, num total de 20 placas). Minutos depois, uma segunda voluntária também veio me orientar sobre o laser e na sua explicação eu deveria apontar o laser para cada plaquinha e rezar um pai-nosso para cada delas.

A explicação técnica para condução da terapia tinha como foco a aplicação do laser por um determinado período sobre as placas para promover a reação química desejada, mas a operação em si poderia ser potencializada pela oração que além de ser usada como forma de estar concentrado na atividade terapêutica e de conexão com o sagrado seria também uma forma de marcar o tempo¹⁰¹. Assim, uns vão preferir contar até 10 (como eu) e outros podem escolher a oração como forma de medir o tempo, sendo que para alguns a prece na salinização seria “a parte mais importante desse tratamento”, enquanto para outros o importante seria o feixe de luz que desencadeia a reação química e outros consideravam que as duas coisas eram fundamentais.

Uma das características das terapias oferecidas no CAPC é que boa parte delas, embora tenha nomes idênticos às terapias complementares largamente oferecidas atualmente, como a cromoterapia, o reiki e a hidroterapia, foram criadas ou adaptadas para atender as necessidades do trabalho feito naquela casa. Segundo o dirigente geral:

Todas as terapias que acontecem em Nosso Lar, o nome é conhecido, você vai encontrar em qualquer literatura, mas a prática daquela terapia é completamente diferente. Por exemplo, nós temos a hidroterapia, se você falar pra alguém da hidroterapia, ela vai logo imaginar que é o tratamento a base da água ou banhos, banhos de imersão, massagens, tomar água, mas hidroterapia pra nós é uma coisa completamente diferente. A gente colocou assim para justamente evitar especulações (...) Cromoterapia, se você pegar todos os livros você vai ver que a cromoterapia pregada a todas as pessoas é completamente diferente da nossa cromoterapia. ‘Ah, mais ai vocês estão fazendo diferente, estão fazendo errado, estão criando algo

“padrão arqueométrico” assim como as fórmulas químicas que aparecem no material didático da escola de médiuns usadas como referencial teórico para tratar dessa terapia.

¹⁰¹ Também na massagem dos pés alguns voluntários medem o tempo ideal por orações, geralmente três pais-nossos para cada pé.

diferente?’ Não, nós não queremos na verdade é criar especulação, por isso nós não criamos nomes estrambólicos, nós usamos esses nomes normais.

Essa política de nomeação pode ser encarada como uma forma de se evitar questionamentos tanto por parte do aparato legal do Estado quanto dos praticantes das MACs, pois ao se usar denominações largamente convencionalizadas evitam-se as demandas por legitimação dessas práticas, já que elas (ao menos em termos de nomenclatura) se encontram definidas e socialmente reconhecidas. Por outro lado, essa convencionalização é tensionada no CAPC quando essas práticas são modificadas internamente abrindo margem para novas construções prático-discursivas sobre elas.

Por fim, ao mesmo tempo em que se dizia que as terapias eram repassadas ao dirigente geral pelos mentores espirituais que orientavam sobre sua execução e prática, se afirmava que todas elas eram também “testadas cientificamente”, deveriam possuir um embasamento científico para serem utilizadas no CAPC. Esse valor científico das práticas empregadas no Centro foi particularmente explorado quando uma notícia foi veiculada no Jornal Nacional (JN) sobre uma pesquisa que estava utilizando o Ipê Roxo para o tratamento do câncer. Logo após essa notícia, na página do NENL foi colocado um link para o vídeo da reportagem e uma nota que dizia que o NENL/CAPC já reconhecia, pesquisava e utilizava o IR devido a suas propriedades no tratamento do câncer desde 1995, oferecendo a terapia a cerca de 1200 pacientes por ano, gratuitamente. Em entrevista com o dirigente geral do NENL/CAPC, ele se manifestou sobre a matéria do JN dizendo que:

Nós pesquisamos o ipê roxo durante 13 anos e há 12 anos atrás nos chegamos a conclusão que a Rede Globo mostrou agora faz mais ou menos 6 meses que eles divulgaram um trabalho científico feito no nordeste brasileiro. Na verdade esse trabalho foi feito pela nossa equipe, e o que essa equipe fez foi misturar o ipê roxo a uma outra erva que não existe no Brasil, muito mais como um despiste, para despistar e não levar novamente as pessoas aquela loucura contra a árvore ipê roxo e o ipê roxo condicionado, modificado em laboratório, ele é um grande aliado contra o câncer e é isso que nós aplicamos no CAPC atualmente.

Ele não entrou no mérito das patentes, embora tenha afirmado que a pesquisa realizada pelo NENL (junto com um laboratório inglês)

era anterior àquela apresentada pela Rede Globo. Ao contrário, disse que havia várias pesquisas sendo feitas com o IR e que o importante para o CAPC não era ter a patente, mas poder continuar oferecendo o remédio gratuitamente aos pacientes. O que foi ressaltado a partir dessa reportagem, tanto entre pacientes quanto voluntários do CAPC, foi o fato da matéria “comprovar cientificamente” as propriedades anticancerígenas do medicamento Ipê Roxo, algo que no NENL/CAPC já se sabia há muito tempo. O discurso científico-biomédico foi assim acionado como instrumento de legitimação para as práticas do CAPC, autorizando-o a se posicionar mais uma vez enquanto uma instituição terapêutica com fundamentação científica.

Por fim, considero que divisão aqui proposta como forma de organizar as terapias oferecidas no CAPC serve apenas como meio de facilitar sua análise, de modo que é preciso estar atento para o fato de que as fronteiras entre as terapias, os modos como elas são investidas de significados, as mudanças que constantemente reposicionam tais práticas no interior da instituição são coisas construídas através da ação e da interação cotidiana entre os sujeitos e na sua relação com a instituição, e não exatamente determinadas *a priori*. Esse raciocínio também pode ser útil para pensar a experiência dos sujeitos que buscam o tratamento espiritual e que não podem ter essa experiência cristalizada nem suas motivações padronizadas em modelos que reifiquem os contínuos agenciamentos que fazem parte da vida do doente crônico. Como veremos no capítulo seguinte, a adesão ao tratamento espiritual pode ser melhor analisada em termos de uma disposição processual e da ideia de uma *práxis terapêutica* do que em termos de determinações alimentadas por conceitos como representação, crença ou conversão.

Capítulo V

O Paciente:

(des)construindo a pessoa doente nos tratamentos espirituais

Neste capítulo traço uma análise sobre as pessoas doentes que buscam tratamento espiritual no CAPC. Longe de querer apontar para um conjunto fechado de motivações que conduzam a pessoa doente a buscar esses tratamentos e/ou construir um perfil para esses pacientes, minha intenção é justamente ressaltar o caráter heterogêneo da clientela atendida no Centro e a diversidade de elementos que fazem parte das disposições dessas pessoas ao buscar essa forma de tratamento. Obviamente, a doença em si deve ser tomada como um elemento comum à experiência dos que buscam o CAPC, considerando-se que tanto o câncer quanto as doenças degenerativas e autoimunes lançam para essas pessoas incertezas quanto à continuidade da vida, a gestão do cotidiano e os usos do corpo. Porém, as formas de vivenciar a enfermidade e os tratamentos em torno dela podem tomar diferentes perspectivas que teriam suas dinâmicas empobrecidas por uma tentativa de generalização.

Argumento ainda que a adesão ao tratamento espiritual não poderia ser percebida aqui enquanto algo determinado por uma disposição internalizada *a priori*, algumas vezes cristalizada na ideia de “crença”, ou nos termos de uma conversão religiosa, muito menos balizada pela ideia de carência assistencial ou econômica, como afirmam algumas análises antropológicas e concepções do senso comum. A disposição de elementos religiosos no contemporâneo e a relação entre estes e o campo da saúde têm permitido à pessoa doente incorporar certas ações religiosas em busca da cura sem que isso necessariamente resulte em uma adesão aos princípios religiosos de determinado grupo. Antes, poderíamos pensar em termos de uma *conversão terapêutica* através da qual elementos religiosos/espirituais são ressaltados para se pensar os estados de saúde/doença e formas de cuidado. Tendo por base essa perspectiva, o capítulo aponta para as limitações de algumas análises sobre as práticas de cura no espiritismo por entender que a dinâmica social que move esse universo apresenta formas complexas e criativas que dificilmente pode ser encerradas em modelos previsíveis de ação.

O espiritismo está sedimentado sobre três pilares: a mediunidade, o estudo e a caridade (Cavalcanti, 1983). É através da mediunidade que os seres encarnados podem manter contato com os seres desencarnados, os espíritos, e receber deles orientações e ensinamentos. Por outro lado, a mediunidade “mal trabalhada” pode ser motivo de transtorno para o médium, tanto físico quanto psíquico, sobretudo se o médium se utilizar de seu dom em proveito próprio, como meio de ganhar dinheiro ou se mostrar superior perante outros. Assim, é pelo estudo que os médiuns devem aprender a administrar a mediunidade e a utilizá-la em benefício do outro e como meio de evolução pessoal. O estudo é uma das marcas distintivas do espiritismo e valor central dentro da doutrina, pois é através do estudo que o adepto reuniria o conhecimento necessário sobre a filosofia e ciência espíritas e, conseqüentemente, o desenvolvimento da capacidade de utilização de sua mediunidade. Estudo e mediunidade, no entanto, não devem servir a interesses particulares e exclusivos dos médiuns, o objetivo de ambos é a preparação para o exercício da caridade, terceiro e principal pilar do espiritismo¹⁰².

A máxima de Kardec é que “fora da caridade não há salvação”. Assim, o projeto evolutivo proposto pelo espiritismo é individual em sua aparência, pois depende de cada um, através do livre-arbítrio, realizar as escolhas e tomar as atitudes pertinentes para seu desenvolvimento espiritual e moral, mas ela de fato só se realiza através do outro na prática da caridade. Essa prática vai desde as preces, os passes, a desobsessão e orientação dos espíritos sofredores, o ensinamento da doutrina, o atendimento fraterno¹⁰³.

¹⁰² A centralidade do estudo é a grande marca impressa por Kardec na doutrina espírita. Discípulo do pedagogo Johann Pestalozzi, que era admirador da filosofia de Rousseau, Kardec via na educação laica, obrigatória e gratuita, o princípio fundamental para o desenvolvimento humano. Estatisticamente, os espíritas no Brasil aparecem como aqueles com maiores níveis de escolaridade quando comparados a outras filiações religiosas e historicamente é tida como uma religião composta pelos estratos letrados dos grandes centros urbanos (Giumbelli, 1997a). No entanto, essa classificação diz mais sobre aqueles que se auto-identificam enquanto espíritas, mas não exatamente consiste num dado preciso sobre as pessoas que participam da cena espírita brasileira e, conseqüentemente compõe suas práticas, ainda que não se identifiquem enquanto espíritas. Para mais detalhes sobre a influência de Pestalozzi na formação de Kardec e seus reflexos no espiritismo ver Aubrée e Laplantine (2009) e o documentário “Allan Kardec – o Educador”, direção de Edson Audi (2005). Para importância do livro e da escrita na doutrina espírita ver Lewgoy (2000, 2004a, 2004b).

¹⁰³ O atendimento fraterno consiste numa conversa ou entrevista onde a pessoa com problemas de qualquer ordem (saúde, relacionamentos, mortes na família, desemprego, etc.) é ouvida individualmente por um membro do centro espírita que não está incorporado e nem deve dar

No Brasil, no entanto, a caridade espírita se aproximou das obras assistenciais voltadas para amenização de carências materiais de várias ordens e, especialmente, para ação terapêutica que se tornou o vértice de conhecimento e divulgação da doutrina espírita mais influente no país. Como apontado por Giumbelli (2006), a noção de caridade no espiritismo brasileiro foi capaz de comportar diferentes formas de práticas e atividades que podem incluir ou não a atuação mediúnic, formando-se assim formas “mais espirituais” ou “mais materiais” de prestação de auxílio.

Há várias instituições espíritas assistenciais como asilos, creches, orfanatos, escolas, cursos profissionalizantes, centros de reabilitação para dependentes químicos, etc., espalhados por diversas cidades brasileiras. A prática da caridade através da assistência social foi um dos pontos-chaves no processo de legitimação jurídica e social do espiritismo brasileiro. Se por um lado os espíritas eram perseguidos por suas práticas terapêuticas, por outro foram valorizadas as iniciativas de assistência social prestadas à população, sobretudo numa época onde o Estado pouco atuava frente às adversidades sociais que emergiam nas recém-formadas metrópoles brasileiras (Camargo, 1961; Giumbelli, 1997a; Aubrée e Laplantine, 2009). Assim, era em centros espíritas que muitos encontravam uma assistência médica e odontológica gratuita, além de distribuição de roupas, remédios e alimentos. A exemplo da FEB e do NENL/CAPC, muitos centros espíritas brasileiros são considerados instituições de utilidade pública o que lhes garante algumas subvenções, além de reconhecimento e legitimação social.

Essa assistência, pautada no ideal da caridade cristã, se configurou ao longo de sua história como uma assistência aos necessitados que podiam ter as mais diversas necessidades (materiais, morais, espirituais), mas que corriqueiramente eram vistos como os desvalidos sociais, sobretudo, os materialmente desprovidos, e caberia aos espíritas não só prover certo conforto das necessidades materiais, mas também levar o conforto espiritual e promover seu desenvolvimento moral. Deste modo, tornou-se comum ver a caridade espírita como uma relação entre espíritas e pobres:

conselhos sobre o problema da pessoa, a fim de não interferir no seu livre-arbítrio. Sua função é ouvir e, no máximo, dar orientações com mensagens morais de coragem, fé, perseverança, perdão, paciência, etc. Essa prática faz parte das atividades do NENL, mas não existe no CAPC.

“De um lado estão os espíritas que ‘dão’, ‘esquecem-se de seu eu’, dedicando-se ao *Bem*, e ao fazê-lo ajudam não só o outro como a si próprio, ‘ganham pontos’ para outra encarnação. De outro lado, estão os pobres que ‘recebem’ não só a ajuda concreta como a oportunidade de tornar aquela existência de provações o início de sua redenção” (Cavalcanti, 1983: 66).

Essa relação com os pobres fica muito evidente nas obras assistenciais como distribuição de alimentos, atendimento médico-odontológico, doação de roupas e medicamentos, construção de creches e orfanatos, oferta de cursos profissionalizantes que se observam em grandes instituições espíritas a exemplo da Federação Espírita do Estado de São Paulo que dispõe de uma ampla rede de assistência social. No entanto, mesmo os centros muito pequenos buscam desenvolver atividades sociais onde a caridade enquanto princípio máximo do espiritismo possa ser desenvolvida.

Provavelmente os que buscam esses auxílios assistenciais através de instituições espíritas são pessoas menos favorecidas economicamente. No entanto, no que diz respeito à terapêutica espírita em si, embora no início da expansão do espiritismo pelo Brasil sua clientela tenha sido formada em sua maioria (porém não exclusivamente) pelas pessoas que tinham pouco ou nenhum acesso à medicina oficial, hoje é difícil afirmar que são unicamente (ou mesmo majoritariamente) os desvalidos ou desassistidos economicamente que a buscam, embora esse seja um argumento corrente não apenas no senso comum como na análise de alguns autores que estudaram a prática da caridade espírita voltada para saúde.

A larga utilização de práticas terapêuticas espirituais em um país de dimensões continentais conduziu vários pesquisadores, nacionais e estrangeiros, a formular interpretações socioantropológicas para explicar o sucesso e expansão do espiritismo no Brasil. O argumento utilizado por alguns desses pesquisadores é resumido, geralmente, a dois fatores: a falta de assistência médico-social e/ou a falta de possibilidade terapêutica para uma doença incurável, terminal ou que não teve sua origem esclarecida pela medicina alopática nem seus sintomas aliviados por ela. Neste caso, a doença pode ser diagnosticada como de origem “espiritual” e não uma doença de origem “física” de modo que não será sanada pela “medicina da Terra”, mas tão somente pela “medicina do Astral”. Esse argumento, recorrente mesmo entre os espíritas, denota uma tentativa de separar capacidades de atuação terapêutica que envolve

uma valoração hierárquica das medicinas possíveis, com a biomedicina ocupando um lugar hegemônico e aparentemente incontestado, porém não exclusivo, para tratar dos estados de aflição e sofrimento¹⁰⁴.

A esses dois fatores, geralmente acrescenta-se um terceiro, qual seria, a crença generalizada nos espíritos que seria uma marca do “*ethos* nacional”, produzindo no Brasil uma “cultural religiosa” dentro da qual os elementos de uma “tradição brasileira” da arte de curar, oriunda das populações rurais e pautada no poder dos santos, espíritos, fantasmas e outros seres em afetar os vivos, encontraram espaço nos meios urbanos e modernos, especialmente durante a formação das grandes metrópoles (ver Warren, 1984, 1986). Da sociogênese brasileira teríamos herdado as terapêuticas europeia, africana e indígena, todas elas perpassada pelos aspectos místico-religiosos de cada cultura, e fortemente arraigadas no recente Brasil urbano dos séculos XIX e XX.

Por essa perspectiva, o espiritismo teria possibilitado à população das cidades elaborar sentidos para as novas e distintas relações que se formavam no contexto urbano e a prática terapêutica da religião seria um dos modos de absorção e renovação desta “marca cultural” brasileira que incluía a relação com espíritos e santos (Warren, 1984; Greenfield, 1999).

Se essas argumentações, ora sociologistas, ora culturalistas (Giumbelli, 1997a), puderam compor interpretações plausíveis para pensar o momento de expansão do espiritismo e suas práticas terapêuticas nas primeiras décadas do século XX, elas dificilmente se sustentam hoje para uma análise sobre a permanência dessas práticas curativas na contemporaneidade.

Certamente, ainda temos no Brasil um sistema público de saúde deficiente que impede o acesso de milhões de pessoas às técnicas biomédicas bem como doentes crônicos que não encontram na biomedicina a solução final para suas aflições no decorrer de suas vidas com a doença. No entanto, o que se percebe é que longe de ser um

¹⁰⁴ A separação entre “doença espiritual” e “doença física” utilizada dentro das religiões mediúnicas (espiritismo, umbanda, candomblé) pode ser analisada enquanto uma tentativa desses grupos em separar domínios terapêuticos a fim de resguardar um lugar de atuação para todos e, embora possa haver uma desqualificação da terapêutica espiritual por parte daqueles investidos de poder pelos aparatos oficiais de saúde, para seus praticantes seu valor está em ir além e alcançar espaços limitados à biomedicina. Deste modo, a terapia espiritual teria um valor intrínseco e ocuparia um lugar insubstituível no campo das possibilidades terapêuticas considerando a sua competência específica para tratar as “doenças espirituais” (ver Montero, 1985).

componente que vem suprir uma falta ou carência de atenção médica, as terapêuticas ditas espirituais, e também as alternativas, passaram nas últimas décadas a integrar os quadros de sistemas terapêuticos possíveis a serem utilizados por pessoas das mais variadas classes sociais e condições econômicas e que podem partilham ou não dos valores morais ou religiosos que fazem parte do espiritismo, pois assim como muitos que buscam a medicina alopática desconfiam ou não “creem” totalmente nos seus curadores – os médicos –, também a “crença” dos que buscam outros sistemas terapêuticos é mediada e faz parte de um processo relacional do doente com a técnica e seus terapeutas construído mais no decorrer do tratamento do que determinada por uma disposição internalizada *a priori*.

Assim, para investigar o campo de possibilidades terapêuticas do contemporâneo e aqueles que formam sua clientela, antes devemos ver como a terapia espírita e as ditas medicinas alternativas foram interpretadas de modo a se construir em torno delas um modelo discursivo que ainda hoje perdura em certas instâncias sociais. Com isso, procuro não apenas abrir uma crítica a essas interpretações, que podem ter sido válidas para pensar o momento histórico no qual se desenvolveram, mas apontar para as limitações que tal esforço analítico coloca para pensar essas práticas hoje.

Quanto ao termo *paciente* que recorrentemente tenho utilizado nesta tese, devo dizer que ele remete não apenas a uma terminologia biomédica que largamente foi incorporada aos espaços de cura não-biomédicos, mas também revela o poder da teia discursiva do sistema médico oficial que foi “naturalizado” entre aqueles que se pensam enquanto sistemas de tratamento que exigem da pessoa doente uma postura menos passiva (paciente) que aquela definida pela biomedicina. As pessoas doentes que buscam o NENL e o CAPC tornam-se “seus pacientes” e esse era um termo regularmente usado entre os voluntários para se referir às pessoas em tratamento, embora na relação com os doentes os termos “irmão” e “irmã” fossem os mais usuais, o que não exclui o caráter de (des)identificação da pessoa doente similar ao que pode ser observado com o uso do termo paciente. No entanto, esses termos conferem à relação entre “irmãos” que cuidam e “irmãos” que são cuidados uma proximidade e afetuosidade que não se daria nos espaços biomédicos, além de produzir uma situação de anonimato que não desqualifica o sujeito, mas valoriza seu cuidado independente de quem ele seja (pobre, rico, católico, evangélico, estrangeiro, empresário,

pescador, etc).

Brasil: um país de “espíritas inconscientes”, “pobres abandonados” e “hipocondríacos inveterados”?

Camargo (1961) aponta para a “inoperância da ‘medicina oficial’ brasileira”, cujas técnicas implicavam um gasto excessivo para o trabalhador médio, como um dos fatores que impulsionaram o sucesso da terapêutica espírita tanto da umbanda quanto do kardecismo. No entanto, o autor reconhece que o fator econômico não deve ser exagerado para explicar sozinho o fenômeno, visto que a classe média também procurava as práticas espirituais com finalidade terapêutica. Assim, seu argumento recorre à valorização “de uma tradição terapêutica ‘sacral’”, que seria preponderante na zona rural, e que numa metrópole como São Paulo, palco de sua pesquisa de campo, “formou mentalidades aptas a aceitarem com facilidade os tipos de explicação dos fenômenos patológicos e a terapêutica indicada por umbandistas e espíritas” (idem: 94).

Dentro da sua análise funcionalista, Camargo afirma que a função terapêutica das religiões espíritas, pensando aqui sua ideia de *continuum mediúnico*, adéqua-se perfeitamente a sua função de ajudar a adaptação das pessoas à sociedade urbana, já que a etiologia das doenças dentro do *continuum* apresenta-se relacionada, por exemplo, ao ajustamento do doente que deve “trabalhar sua mediunidade” para se curar. Isso exigiria uma série de submissões rituais baseadas em preceitos morais que são demandadas ao futuro adepto, a fim de alcançar e manter sua cura, ou ainda a aceitação de uma situação de enfermidade a partir da compreensão da natureza cármica das doenças.

Assim, para Camargo, a busca pela terapia espírita, que seria a prática que mais atrairia clientes e futuros adeptos para as religiões espíritas, estaria pautada na certeza de uma cura, e a ela se uniriam outros aspectos das religiões mediúnicas capazes de habilitar os sujeitos “pelo menos a suportar – quando não se integrarem perfeitamente – o estilo de vida de uma sociedade urbana”, sendo assim uma alternativa “*possível no processo de adaptação das personalidades às exigências da vida urbana*” (ibid: 97, grifos no original).

Deste modo, na análise de Camargo, o espiritismo, em seus diversos gradientes, possibilitaria através da função terapêutica um

ajustamento social do sujeito no meio urbano já que conjuga em seu escopo tanto elementos de uma “tradição religiosa”, como a crença nos espíritos e seres intermediadores entre o homem e o sagrado, assim como elementos da modernidade representados, sobretudo, pela ligação que o espiritismo busca construir com a ciência, além da valorização do estudo como meio de crescimento espiritual que conferiria certo *status* aos adeptos do espiritismo, notadamente entre os chamados kardecistas.

É interessante perceber que, no discurso médico-psiquiátrico do início do século XX a questão do (des)ajustamento social como fator para explicar a rápida difusão do espiritismo nos centros urbanos também é levantada, mas para deslegitimá-lo. Para a maioria dos psiquiatras que estavam se formando no Brasil naquela época o espiritismo seria, ao lado do alcoolismo e da sífilis, um dos grandes fatores de alienação mental à qual estavam sujeitos, sobretudo, os indivíduos desajustados socialmente, oriundos das camadas “pobres e ignorantes” e herdeiros do “misticismo bárbaro” que ainda assolava a sociedade brasileira. Para psiquiatras como Juliano Moreira, Oscar Pimentel e Henrique Roxo a “degeneração genética” do brasileiro propagada pela mistura racial teria promovido o terreno fértil para que as “crendices e superstições propaladas pelo espiritismo” encontrassem adeptos e seguidores no Brasil.

Para Pimentel, que defendeu sua tese em psiquiatria em 1919 sobre o espiritismo, o Rio de Janeiro seria um lugar privilegiado para o desenvolvimento do “curandeirismo espírita” graças ao grave quadro social que envolvia a cidade e boa parte de seus habitantes que eram analfabetos, pobres, mal alimentados, doentes, desiludidos e frustrados e, portanto, vulneráveis às práticas do espiritismo que ofereciam soluções e explicações para os seus problemas. Na análise de Pimentel e de muitos dos seus colegas psiquiatras do início do século XX, essas pessoas nada mais conseguiam através do espiritismo do que o agravamento desses problemas que culminavam com a alienação mental e a histeria. Assim, para a jovem psiquiatria brasileira, o espiritismo seria fator de desajuste social e perigo para saúde pública¹⁰⁵.

Outros autores discutindo o espiritismo e a umbanda, também analisam a busca pela medicina espiritual, considerada enquanto um ramo da medicina popular, a partir da ideia de carência assistencial ou ainda dos conflitos nas relações médicos-pacientes nas quais estariam se

¹⁰⁵ Para mais detalhes sobre os embates entre psiquiatria e espiritismo no Brasil ver Gama (1992), Giumbelli (1997a), Isaia (2008a, 2008b, 2008c) e Jabert (2008).

refletindo valores de classe. Esse argumento aparece especialmente em Montero (1985) que embora tenha realizado sua pesquisa na umbanda, pode ter sua análise estendida ao espiritismo. A precariedade dos serviços médicos oferecidos à população de baixa renda aliadas ao modo autoritário e desigual como geralmente se estabelece a relação entre médicos e pacientes permitiria, segundo Montero, “compreender melhor por que os centros umbandistas e espíritas, como também os cultos pentecostais, têm atraído, de maneira crescente, as demandas terapêuticas desses grupos” (idem: 255). Além disso, Montero vê uma relação de oposição entre medicina oficial e medicina popular-espiritual no que diz respeito aos modelos explicativos de cada sistema, onde o primeiro por seu caráter técnico exclui causalidades afetivo-sociais acionadas pelos sujeitos para o entendimento da doença, enquanto o segundo as incorpora sendo capaz de articular várias dimensões dessa experiência. No entanto, a autora afirma que a umbanda longe de negar totalmente a medicina oficial se relaciona com esta ao afirmar sua superioridade diante dos casos não resolvidos pelos médicos e, embora os curadores espíritas separem as doenças em materiais e espirituais a fim de resguardar domínios específicos para cada sistema de cura, ao final a medicina espiritual prevaleceria sobre a oficial nos discursos, “posto que a causalidade última das doenças é uma causalidade espiritual”(ibid: 254). Deste modo, Montero argumenta que os espaços e atores que fazem parte da medicina popular-espiritual de certa forma subvertem a lógica médica e criam espaços de resistência aos modelos culturais hegemônicos a partir do campo terapêutico. Assim, o que estaria em jogo na análise dessa autora, além da busca da cura de uma doença, seria uma disputa por legitimidade de ação e atuação terapêuticas atravessadas em seu cerne pelas relações de classe.

Especificamente com relação às cirurgias espirituais, o trabalho de Sidney Greenfield (1992, 1999) consegue reunir a um só tempo interpretações extremamente sociologizantes e culturalistas para tratar das curas espirituais, e ainda tenta alavancar explicações “racionais e científicas” para fazer seu leitor compreender como uma pessoa pode ser operada com uma faca enferrujada, sem anestesia, e não sentir dor ou ter sérias complicações. Um ponto que permeia vários dos ensaios do seu livro *Cirurgias do Além* é a relação de clientelismo que o autor observa entre os pacientes e os médiuns espíritas. Para Greenfield, a relação que muitas pessoas passam a ter com o curador espírita refletiria uma nova relação de patronagem e clientelismo tal como a observada

nas relações entre patrões e empregados na zona rural brasileira, que teriam sido dissolvidas com a impessoalidade do trabalho assalariado nas grandes cidades. Ao curar uma enfermidade sem cobrar nada por isso, o paciente tornava-se devedor do curador de alguma forma. Essa dívida poderia ser revertida em votos para curadores que se candidatam, em apoio moral contra investidas judiciais, em presentes valiosos dos pacientes mais ricos ou ainda reverter em caridade que o paciente presta a terceiros quando solicitado pelo curador. Segundo ele:

“muitos dos novos líderes religiosos urbanos funcionam como patrões para seus fiéis-clientes (...) Os espíritos – e deidades – que eles recebem se revelam patrões sobrenaturais que convalidam e reforçam a aceitação social dos médiuns-curadores. Os desesperados e desamparados clientes urbanos aceitam a ajuda dos novos patrões” (1999: 139-4).

Para o autor, “os pacientes tratados pelos médiuns brasileiros são, em sua maioria, pessoas desligadas e desassistidas que têm que enfrentar a crescente insegurança e incerteza da vida no desorganizado e anômico Brasil urbano” (idem: 57).

No entanto, ele reconhece que a clientela desses médiuns curadores também se encontra entre uma classe média letrada, inclusive alguns médicos, pois embora alguns não acreditem a princípio na doutrina espírita, a ela recorrem “depois de esgotadas todas as outras opções” (ibid: 203) e, se curados ou aliviados de seus problemas, passam a integrar a rede de patronagem ao emprestarem seu prestígio ou riqueza material para o médium curador prestando a caridade a terceiros quando solicitado por este. Por outro lado, o espiritismo também exerceria atração sobre “as perturbadas classes médias brancas” brasileiras ao unir ciência moderna e elementos das tradições afro-brasileiras, fornecendo-lhes “um sentido terapêutico que em muitos casos produz a cura, a conversão, e o sentido de segurança e salvação que quase sempre acompanha os que pertencem a um grupo religioso e com ele se identificam” (ibid: 57).

A análise sobre as relações de patronagem poderia até se revelar interessante para pensar as relações entre os médiuns espíritas e seus pacientes se Greenfield não tivesse construído essa analogia de forma apressada e generalista, reduzindo os agentes sociais e suas práticas a meras representações de outra ordem determinadas pela “sociedade” ou “cultura”. O autor resume muitas vezes a relação entre os atores a um

aspecto utilitarista esvaziando as especificidades da prática terapêutica espírita, que continua sendo marca característica desse universo religioso a despeito das formas contemporâneas de organização social no meio urbano nas quais o argumento simples e direto de substituição do modelo rural clientelista não encontraria mais o reflexo tão intenso que Greenfield apostou ter encontrado na época de suas pesquisas.

Além disso, Greenfield trata o Brasil como um todo compacto, falando reiteradas vezes da “cultura brasileira” como se houvesse um *ethos* totalizante da percepção dos sujeitos, sobretudo, quando trata da formação religiosa do país, o que deixa transparecer sua visão simplificada da complexa rede de disputas políticas, ideológicas e simbólicas que envolvem o campo religioso no Brasil:

“A cultura brasileira, em contraste com a nossa, ensina, reforça e premia a fantasia. Crianças (e adultos) que dizem ver a Virgem Maria, São Francisco, outros santos, ou outros seres como Xangô, Iemanjá, o preto velho (o espírito de um antigo escravo sábio e serviçal), o caboclo (o espírito de um índio), *não somente não são punidos ou levados a um psicólogo – como aconteceria na Europa e na América do Norte – como são premiados e incentivados*” (1999: 138, grifos meus).

Não só a crença em espíritos seria algo próprio da “cultura brasileira” como também um nível profundo de hipocondria, o que auxiliaria, segundo ele, a compreensão do sucesso das terapias espíritas, já que:

“a preocupação com a doença é uma epidemia no Brasil. Qualquer um que tenha passado algum tempo no Brasil e tenha conhecido um pouco os brasileiros, independentemente de sua posição social ou naturalidade regional, é consciente de que em geral eles ou estão doentes, ou acreditam que estejam, ou temem ficar doentes, ou estão envolvidos com a doença de algum amigo ou parente” (idem: 49)¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Curiosamente, Laplantine (2004: 236) diz o mesmo dos franceses ao analisar a onipresença das preocupações médicas na França: “Nos demos conta, depois de alguns anos (e essa é uma das razões que nos levaram ao empreendimento desta obra), que era praticamente impossível em nossa sociedade ter uma conversa amigável ou familiar com qualquer pessoa sem que, repentinamente, viéssemos a falar num momento ou outro da doença e, conseqüentemente, da medicina. A busca da segurança – que, contrariamente ao que pretendemos habitualmente, não é talvez mais forte aqui e agora que alhures e em outra época – assume entre nós a aparência da segurança vital do indivíduo, e as preocupações concernentes à saúde são tão importantes que acabam por se transformar em objetivo, fim e valor da existência”. Está certo que enquanto

A argumentação culturalista de Greenfield está presente no trabalho de outros autores sobre o espiritismo brasileiro, já analisados na obra de Giumbelli (1997a), onde a principal crítica se dá a essa pretensa identidade e unicidade da “cultura brasileira”. Não pretendo reproduzir a análise pertinente de Giumbelli, mas tão somente apontar para o fato, a princípio óbvio, de que essa visão culturalista se apoia na produção de um discurso sobre a singularidade da sociedade brasileira e sua capacidade de harmonização de antagonismos que historicamente permeia parte da produção das ciências sociais do país. Algumas análises sobre a difusão do espiritismo no Brasil estão ancoradas nessa visão algo romântica, mas ainda recorrente, de que a “cultura brasileira” seria uma “cultura da mediação, que nunca opõe duas entidades (como as dualidades de que os europeus são tão ciosos), mas procura, ao contrário, reuni-las” (Aubrée e Laplantine, 2009: 225).

O campo religioso brasileiro, por sua pluralidade (o que não significa integração), é referência nesses discursos sobre a nação e a identidade nacional, servindo de base empírica para justificar a argumentação dessa “síntese” que caracterizaria o Brasil ao mesmo tempo como uma nação marcada pelas desigualdades, mas harmônica e integrada, relegando a um segundo plano a análise processual das disputas inerentes ao campo religioso brasileiro e aos modos particulares nos quais as “identidades religiosas” são ou não acionadas pelos sujeitos¹⁰⁷.

Por fim, outro entrave na obra de Greenfield é tentar a qualquer custo apresentar uma explicação “lógica”, “racional” e “científica” para as cirurgias espirituais como se essa fosse uma condição necessária e indispensável para o seu reconhecimento por parte dos adeptos ou pudesse justificar incondicionalmente sua continuidade na tessitura social. Para ele:

Greenfield fala de uma “preocupação com a doença”, Laplantine enfoca a “preocupação com a saúde”, porém entendo que esses são pares opostos inseparáveis, de modo que falar de saúde implica em falar de doença e vice-versa. Para uma crítica à excessiva valorização contemporânea da saúde ver Sfez (2008) e Nogueira (2001). Este último desenvolveu o conceito de higienomania para analisar a obsessão com a saúde nas sociedades contemporâneas que, ao contrário do que postulou Greenfield, não é uma característica particular dos brasileiros.

¹⁰⁷ Um exemplo simples para pensar que a pluralidade religiosa não significa necessariamente síntese e integração no campo religioso brasileiro pode ser visto no estudo de Débora Diniz, Tatiana Lionço e Vanessa Carrião (2010) sobre o ensino religioso no Brasil onde as autoras constataam o predomínio nos materiais didáticos da valorização das religiões de base cristã e a sub-representação das religiões afro-brasileiras e indígenas, apresentadas muitas vezes como crenças “primitivas”.

“O início do que se pode considerar uma explicação científica dos fenômenos aqui relatados, acredito eu, deve ser encontrado nos limites da ciência médica, na assim chamada medicina alternativa, ao lado de outros campos em franco desenvolvimento dentro da medicina, como a endocrinologia, a neurologia, a imunologia e a psiconeuroimunologia” (ibid: 129).

No entanto, é sobretudo à ideia de hipnose que ele recorre para tal explicação, afirmando que os médiuns seriam hipnotizadores bastante hábeis e, por outro lado, os pacientes, como bons brasileiros treinados e ensinados a fantasiar, “são capazes de imaginar e acreditar no que imaginam” e ainda afirma que a cultura brasileira tem padrões sociais de relacionamento que “se assemelham às [relações] existentes entre o hipnotizador e seu cliente” (1999: 139) de modo que no Brasil, todos seriam de certa maneira propensos a entrar em “estados alterados de consciência” com uma facilidade não encontrada em outras culturas. Deste modo, o prestígio do médium, aliado a “habilidade fantasista e o apetite imaginativo do brasileiro, contribuem significativamente para aumentar a probabilidade de um cliente-paciente entrar num estado de alta sugestibilidade ou de transe hipnótico” (ibid: 90) o que explicaria a ausência de dor durante as cirurgias espirituais acompanhadas de cortes como as realizadas pelo Dr. Fritz¹⁰⁸.

Greenfield não hesitou em recorrer a mágicos de palco ou hipnotizadores para construir tal “explicação científica”. Na busca por esclarecer a eficácia da terapêutica espírita, ou pelo menos a falta de complicações decorrente das cirurgias que investigava, Greenfield reduziu a análise social desse fenômeno a uma interpretação pseudo-clínica, já que ele mesmo reconheceu que como antropólogo não tinha as ferramentas para investigar a fundo os efeitos físicos de tais cirurgias. Assim, a investigação antropológica é implicada por uma necessidade, a meu ver desnecessária para análise do fenômeno social em si, de “provar cientificamente” o que está por trás da cirurgia espiritual, e com isso resume a dinâmica criativa dos atores e os processos sociais a ideias de hipnose, sugestão ou carência econômica.

Até agora minha análise se deteve basicamente sobre os tratamentos espirituais, mas no campo que aqui analiso também estão incluídas as terapias ditas alternativas ou complementares. No capítulo III discutimos mais atentamente a constituição desse campo na

¹⁰⁸ Veremos mais detalhes sobre o Dr. Fritz no capítulo VII.

atualidade, mas para os objetivos que competem a esse capítulo cabe-nos lembrar como, historicamente, os tratamentos alternativos, hoje muito mais regulados, diversificados e profissionalizados, constituem-se enquanto parte da formação do campo da saúde no Brasil e como os pacientes aparecem dentro desse campo de medicinas em complementaridade e disputas.

Neste processo de busca por legitimidade e delimitação de campos, os discursos que avaliam tais tratamentos enquanto paliativos para os que não têm acesso à moderna medicina científica e seus terapeutas como enganadores da fé pública são atualizados. Em 2010, o médico Dráuzio Varella, famoso por suas séries televisivas sobre questões de saúde, causou polêmica ao afirmar em uma entrevista que o programa de fitoterápicos adotado pelo governo federal no sistema público de saúde era uma “medicina para os pobres” os quais ele também classificou de “ignorantes” que estariam sendo enganados pelos defensores da fitoterapia, já que muitos desses remédios não passavam por “pesquisas científicas sérias”. Imediatamente, várias organizações profissionais ligadas às medicinas tradicionais e complementares, homeopatas, pacientes, farmacêuticos, órgãos públicos, médicos comunitários e fitoterapeutas se manifestaram em repúdio às afirmações de Varella acusando-o de estar sendo financiado por setores da indústria farmacêutica que já estaria sentindo os impactos do programa de fitoterápicos adotado pelo SUS¹⁰⁹.

A entrevista de Dráuzio Varella atualizou na mídia a querela que nunca chegou ao fim entre representantes da biomedicina e outros sistemas de cura na disputa para delimitar e legitimar campos de atuação. Dentro desta briga, a pessoa doente se torna o alvo da disputa e sobre ela se formam conceitos. A noção de que as pessoas que buscam tais tratamentos espirituais ou complementares são aquelas não atendidas pela biomedicina, seja por falta de acesso ou por

¹⁰⁹ Além da entrevista publicada pela Revista Época (<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI162899-15230,00-ERVAS+MEDICINAIS+OS+CONSELHOS+DE+DRAUZIO+VARELLA.HTML>, acessado em 06/06/2011), Varella conduziu em 2010 a série “É bom pra que?” no programa Fantástico da Rede Globo de Televisão onde apresentou casos de pacientes que tiveram suas doenças agravadas quando decidiram pelo uso de tratamentos alternativos, especialmente os fitoterápicos e ervas em geral, em detrimento da medicina alopática. Entre algumas entidades que responderam e questionaram o posicionamento de Dráuzio Varella com relação aos fitoterápicos estão o Conselho Federal de Farmácia, a EMBRAPA e a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais.

impossibilidade de cura, ou as que creem ou compartilham dos valores religiosos/espirituais que fazem parte de algumas dessas práticas, nunca deixou de ser parte do senso comum e figurar entre algumas argumentações utilizadas na academia (especialmente na área da saúde) para tentar explicar por que as pessoas continuam recorrendo à terapêutica espiritual/complementar a despeito de todo avanço tecnológico da biomedicina.

No entanto, vejo que esses argumentos dificilmente poderiam compor uma forma de generalização a ser acionada para se analisar a continuidade das práticas terapêuticas espirituais e alternativas/complementares na contemporaneidade. Especificamente no meu campo de pesquisa, o que observei foi a presença de pessoas das mais variadas classes sociais, formações profissionais e filiações religiosas cada vez mais interessadas nas possibilidades terapêuticas que esses sistemas oferecem e elas se utilizam deles tanto quanto da medicina alopática. Para os sujeitos o que estaria em jogo na busca da cura não é tanto uma eficácia maior de um sistema sobre o outro, mas as formas como todos eles podem ser utilizados para proporcionar bem-estar, alívio e conforto, o que em alguns casos não está diretamente relacionado a uma cura no sentido biomédico do termo, qual seja, a supressão total dos sintomas de uma doença.

Também não poderia dizer que esses outros sistemas terapêuticos refletem as disputas de classe da sociedade mais ampla através do campo da saúde, como colocado na análise de Montero (1985). Sem negar essa possibilidade, vejo, no entanto, que ela não pode ser generalizada para se pensar os sistemas terapêuticos religiosos contemporâneos considerando sua multiplicidade e o fato de que o pertencimento de classe não necessariamente reflete valores contraditórios expressos na busca pelo tratamento espiritual. No CAPC muitos dos que buscam tais tratamentos vem dos mesmos estratos sociais dos médicos, por exemplo, e com eles compartilham uma série de valores.

Steil (2007: 22-23) aponta para o fato de que a presença recente de algumas “religiões brasileiras” (especialmente as afro-brasileiras e pentecostais) em outros contextos nacionais tem exigido que os cientistas sociais brasileiros reconsiderem algumas interpretações que recorrentemente foram utilizadas como ponto de partida para pensar o nosso campo religioso. Ao se fazerem presentes em outros cenários nacionais, não apenas a visão “localista” e “exotizante” dessas formas

religiosas seria questionada como também a pertinência dos modelos explicativos que interpretavam essas práticas como resultantes de estruturas sociais, políticas e históricas nacionais. Penso que essa análise de Steil bem pode ser aplicada ao campo das curas espirituais, pois sua forma religiosa-terapêutica tem perdurado para além das transformações sociopolíticas nacionais bem como atravessaram fronteiras e estratos sociais. Certamente não estou negando as especificidades do campo religioso brasileiro no qual se inserem as práticas terapêuticas espíritas, mas questionando certa “padronização” e “exotização” que perpassa algumas análises que, ao tomarem “a cultura brasileira” como algo homogêneo e sedimentado sobre determinantes de ordem histórico-social, invisibilizam tanto as disputas políticas envolvidas nesse campo como simplificam sobremaneira a experiência dos sujeitos e seus agenciamentos.

Neste sentido, é preciso repensar os modos como os tratamentos espirituais e os elementos que compõe a retórica terapêutica dessas práticas são acionados no contemporâneo considerando a heterogeneidade dos sujeitos que fazem parte desses contextos de cura. Embora por vezes ainda estejam presentes categorias e estereótipos utilizados historicamente para caracterizar pacientes e curadores e explicar os sistemas de saúde não-biomédicos, creio que devemos nos ater aos modos como essas categorias são produzidas, acionadas e postas em relação, sem tentar produzir modelos e padrões que reifiquem e tentem homogeneizar a experiência dos sujeitos e suas motivações pela busca do tratamento espiritual.

Fé e o “efeito placebo”: atualizações da noção de “crença” no tratamento espiritual

Quando apresentei minha pesquisa sobre o CAPC em uma turma de psicologia da UFSC fui surpreendida pelo relato de uma aluna, já formada em enfermagem, que disse ter se submetido a uma cirurgia espiritual do Dr. Fritz em Curitiba anos atrás. Uma amiga teria lhe dito que o Dr. Fritz estaria operando em determinado lugar da cidade, mas que ele não iria operar todas as pessoas que fossem ao local. Seriam escolhidas algumas pessoas, especialmente aquelas que “teriam fé” no tratamento espiritual. Essa aluna tinha um pequeno cisto na pálpebra inferior do olho esquerdo, algo que poderia ser facilmente resolvido com

uma intervenção cirúrgica convencional, mas ela disse que resolveu buscar o Dr. Fritz “para ver o que era aquilo, porque fé eu não tinha mesmo, isso eu garanto”.

Sua intenção era observar o trabalho do médium, pois como se dizia sem fé nos poderes do espírito do Dr. Fritz, estava quase certa que não seria escolhida para ser operada. O paradoxo da sua afirmação parece evidente, pois embora ela tenha dito não acreditar no poder do médium-espírito em curar, de certa forma parecia acreditar na capacidade deles em “perceber” se ela tinha fé ou não. Assim sua “descrença” estava marcada por um certo tipo de “crença” na capacidade de percepção do médium-espírito, o que não significa crer ou dar crédito aos seus propalados poderes de cura.

Seu relato ao mesmo tempo cômico e dramático merece ser destacado:

Tinha muita, muita gente ali e eu disse vou ficar aqui o dia todo pra nada porque eu não tenho fé nesse negócio, e eu não tinha mesmo! Mas fui, e era muita gente, e eu lá. Aí de repente veio uma mulher na minha direção, segurou no meu braço e disse 'você tem fé? Você tem fé, diga?!' E eu já fiquei assustada, eu disse que sim, mas pensava comigo 'eu não tenho fé nenhuma!' e ela me pegou e disse que eu ia ser operada e me colocou em uma fila onde o Dr. Fritz estava operando. Eu fiquei apavorada porque eu pensei que ia dar tudo errado pra mim porque todo mundo me dizia que funcionava para as pessoas que tinham fé e eu não tinha e o que eu tava fazendo ali? E eu via aquele homem vindo, chegando mais perto e só via ele passando o bisturi nas pessoas e não limpava nem nada, cortava um, cortava outro, e eu pensava 'é agora que vou pegar AIDS!'. E quando ele chegou em mim, ele pegou no meu olho e meteu aquilo ali, aquele bisturi todo sujo de sangue, até hoje eu sinto o cheiro daquilo, era um cheiro de sangue podre, de coisa podre, meu Deus! Eu senti uma coisa quente e molhada, e sangue escorreu e eu pensei 'vou ficar cega! Eu perdi meu olho agora!' e doeu muito! Daí ele disse pra eu ter fé que eu ia me curar e foi um segundo e ele já estava cortando outra pessoa do meu lado. Meu olho ficou doendo e eu disse pra uma mulher lá da equipe dele que estava doendo muito e então ela me mandou tomar analgésico por três dias pra dor, e só. Bom, eu não fiquei cega (risos). Eu também fiz um exame de HIV porque eu tinha quase certeza que tinha pego AIDS ali porque não tinha higiene nenhuma! Mas o cisto sumiu, eu não tive nada. Aí eu te pergunto, como é que você explicaria isso, como pôde ter dado certo se eu não tinha fé, se eu não acreditava?

À sua pergunta tão complexa respondi com outra aparentemente mais simples: “você faria uma cirurgia desta novamente?” Ao que ela respondeu: “Eu não sei, eu fiquei com muito medo e eu senti dor, eu não sei se faria de novo. Talvez.” Essa narrativa inesperada em sala de aula me pareceu particularmente rica para discutir as questões envolvendo a noção de “crença” tão presentes no universo das curas espirituais, muito utilizada para se analisar a eficácia desses tratamentos tanto por parte dos grupos religiosos quanto dos opositores destas práticas de cura assim como de muitos cientistas sociais que investigam esse universo.

A noção de “crença” aparece como um elemento necessário e explicativo para a adesão a esses tratamentos, assim como para explicar a sua eficácia em determinados casos. Em termos analíticos, o sentido dado à “crença” seria o de um conjunto de representações associada a um capital cultural e simbólico. Análises centradas nesta ideia tratam da eficácia do rito de cura enquanto resultado do compartilhamento das representações envolvendo os símbolos rituais, da crença no poder do curador e de um consenso sociocultural com relação às práticas de cura, a exemplo do clássico texto de Claude Levi-Strauss (2008a), *O Feiticeiro e sua Magia*. Aqui Levi-Strauss traz a história de Quesalid, um jovem xamã do povo Kwakiutl que se inicia nas práticas de cura tão somente para desmascarar os demais curadores, pois afirma não acredita nas práticas xamânicas. Apesar disso, Quesalid se torna um hábil curador bastante requisitado. Pode-se dizer, assim, que neste caso específico, o curador não compartilhava exatamente dos valores do grupo. No entanto, o fio condutor da análise geral de Levi-Strauss é de que:

“a eficácia da magia implica a crença na magia, que se apresenta sob três aspectos complementares: primeiro, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; depois, a do doente que ele trata ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e, por fim, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam continuamente uma espécie de campo de gravitação no interior do qual se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça” (idem: 182).

Neste sentido, a explicação para a eficácia de um tratamento espiritual ou xamânico estaria na ideia de que existe um campo organizado de práticas e representações no interior do qual o especialista religioso manipula um conjunto dado de símbolos para produzir a cura e

para que isso ocorra é preciso que esses símbolos “sejam compartilhados pelo curador, o doente e sua comunidade de referência; usualmente, toma-se como pressuposto este compartilhar de símbolos e significados entre os participantes do processo de cura” (Rabelo, 1993: 316).

Vários são os autores que criticam esta ideia de consenso cultural e da “crença” como elementos que organizam os ritos de cura e a experiência daqueles que participam destes rituais em busca da restauração de sua saúde. Langdon (2007b) aponta duas limitações que a leitura semântica dos ritos de cura apresenta. A primeira diz respeito à natureza das representações compartilhadas e aos limites das representações coletivas. Retomando as críticas a Levi-Strauss, Langdon (2007b) chama a atenção para o fato de que a linguagem xamânica, por exemplo, nem sempre é compreendida, portanto, compartilhada, por todos os membros do grupo social. Esta linguagem estaria carregada de metáforas e modos de expressão que nem sempre são acompanhados pelos doentes durante o ritual de cura. A segunda limitação seria o viés psicanalítico adotado nestas análises que enfatiza a resolução de doenças psicossomáticas reduzindo a eficácia dos ritos às doenças consideradas de fundo emocional ou psíquico.

Good (1994) irá discutir a questão da crença presente nos estudos de antropologia médica, analisando como se apresenta a relação crença-conhecimento nos estudos antropológicos e também na visão biomédica. O autor discute o caráter fundamentalista da crença comparando a crença na medicina ou nos sistemas médicos com as crenças religiosas, onde ambas tem um caráter salvacionista. Good vê uma relação próxima entre ciência, biomedicina e fundamentalismo religioso a partir do conceito de crença. Uma das propostas da biomedicina seria acabar com as “falsas crenças” relacionadas à saúde e doença e levar os pacientes a crer na biomedicina como o sistema realmente eficaz para se pensar o adoecimento e as possibilidades de cura dado o seu caráter centrado no conhecimento empírico das doenças, um conhecimento formal e codificado que seria “o espelho da natureza”, pois é através desse conhecimento que se traduziriam as doenças, analisadas sob a luz da objetividade científica (o conhecimento desta “verdade” se aproxima bastante do discurso fundamentalista de muitas religiões). No entanto, o que Good afirma é que a própria medicina se constitui num sistema cultural, também permeado por crenças no sentido que é preciso crer nesta linguagem e neste modo de construção

das doenças colocados pela biomedicina, de modo que para haver o conhecimento também é necessário existir a crença naquilo que se acredita conhecer.

O autor analisa, então, a oposição formada no ocidente entre crença e conhecimento: essa dicotomia colocada por um modelo empirista relega à *crença* um lugar inferior em relação a *conhecimento*, afirmando mesmo que a crença seria um estado mental e não um conhecimento baseado em “fatos observáveis”. Good, entretanto, afirma que essa visão constrói-se a partir do Iluminismo e se configura como um elemento que se torna parte das relações de poder ao categorizar as crenças como um erro, desconsiderando que elas não são fábulas irracionais, mas fazem parte do sistema de conhecimento de mundo das pessoas, sendo, portanto, válidas para se conhecer o sistema simbólico que opera em suas vidas, pois “se é parte da visão de mundo, é parte do conhecimento, e não crença” (idem:17).

Good, analisa ainda como as palavras crença, crer e acreditar podem assumir diferentes conotações dependendo de quem fala e de quem interpreta e cita o caso de uma pesquisadora que só depois de algum tempo compreendeu que quando seus informantes perguntavam se ela acreditava nos espíritos não estavam questionando se ela acreditava na existência deles, mas sim naquilo que eles diziam e aconselhavam, o que é uma outra questão. Não estavam questionando a existência dos espíritos, mas sim a relação que poderia se estabelecer com eles. Também Cardoso (2009) observa em sua análise que a “descrença” dos macumbeiros nos médiuns incorporados diz respeito não a uma possível simulação da incorporação por parte do médium, antes a descrença seria quanto a habilidade de determinadas entidades falarem as coisas certas e dar bons conselhos quando incorporadas nos médiuns.

Pacheco (2004: 164) na sua crítica a noção de “crença” utilizada para pensar a participação em formas de tratamento religiosas afirma que “a adesão a um determinado agente terapêutico ou a uma determinada forma de tratamento emerge do modo como as pessoas respondem às aflições, e não a sua aceitação cognitiva de um conjunto de princípios cósmicos ou proposições abstratas sobre saúde, doença e perturbação”, ou seja, não existiria necessariamente uma disposição *a priori*, baseada em um suposto consenso cultural ao qual possam ser reduzidos os agentes que participam de um rito de cura e que os motiva na busca por tais tratamentos. O autor lembra que o verbo crer comporta

pelo menos dois significados:

“(...) a crença como representação (“acredito que...”) e a crença como confiança (“acredito em...”). Ao usarem termos como *crenças* ou *crendices*, ambos parecem estar se referindo à primeira acepção da palavra, estabelecendo uma cisão entre conhecimento (dos médicos) e crença (dos pajés e seus clientes), cisão acompanhada por uma dissociação entre aspectos “supersticiosos” e “empíricos” dentro de um mesmo conjunto orgânico de práticas. O conceito de crença aparece como uma espécie de marco que sinaliza as fronteiras entre um conhecimento objetivo (*ciência, medicina*), da qual ambos se apresentam como representantes, e o domínio da subjetividade (*as crenças, a nossa cultura, a crendice*), ao qual pertence a pajelança”(Pacheco, 2004: 162, grifos no original).

No seu estudo sobre a pajelança maranhense, Pacheco entende que mais que crer nos tratamentos as pessoas doentes dão crédito aos curadores estabelecendo com estes uma relação de confiança que não se baseia em representações internalizadas e escolhas racionalizadas, mas em ações pragmáticas em torno da cura. Deste modo, pode-se não acreditar no tratamento, mas dar crédito a ele. Crer aqui não repousaria na ideia de um conteúdo internalizado, anterior ao evento de adoecimento, mas um elemento que faz parte da construção da trajetória da pessoa doente na busca da cura de modo que “se existe de fato algo semelhante a uma crença, ela parece ser criada ou mantida – e não apenas expressa ou demonstrada – pela performance, e não o contrário” (ibid: 168).

É neste sentido que a ideia de “crer” e “acreditar”, ou mais precisamente de “ter fé” no tratamento espiritual, aparece no CAPC, como uma disposição que precisa ser criada ou mantida e aqui fazemos uma passagem da noção de “crença” como uma categoria analítica para pensar seus usos em termos nativos que mais comumente remetem à ideia da fé (em variadas instâncias: de Deus, santos e espíritos à medicina, em si mesmo, nos poderes de cura de terceiros, etc).

A fé é um elemento bastante acionado na retórica terapêutica não apenas do CAPC, mas de várias formas religiosas de cura. Embora crença e fé não signifiquem exatamente a mesma coisa, essas categorias são acionadas de formas semelhantes quando se trata de pensar os tratamentos espirituais e sua eficácia. A fé dos doentes em sua cura foi muitas vezes utilizada como argumento de defesa dos espíritas contra as acusações de práticas de curandeirismo:

“Era preciso descriminalizar a mediunidade, convencer médicos, legisladores, jornalistas e policiais que se as pessoas se curavam nas sessões espíritas, isso se dava em razão de sua fé, e não pelas *falsas promessas de cura* (Montero, 2010: 133, grifos no original).

O recurso ao elemento da fé poderia ser uma forma dos espíritas dissociarem suas práticas dos ritos mágicos atribuídos aos cultos mediúnicos de matriz africana a partir do momento que afirmavam que, embora os espíritos possam ajudar, é a fé das pessoas que cura e neste aspecto podia-se até mesmo recorrer a Bíblia para citar a passagem na qual Jesus diz a uma mulher que se curou apenas tocando suas vestes que foi a fé dela que a curou (Mateus, 9: 20-22), pois ele não havia direcionado a ela qualquer ato intencional de cura. Deste modo, os espíritos ou os espíritas não prometiam a cura, mas o auxílio necessário para alcançá-la entre aqueles que tivessem fé.

Na codificação espírita, a fé aparece como elemento inato aos seres humanos, que não deve ser imposta, mas sim desenvolvida por meio da razão e expressa pela ação. A “fé cega” é considerada um tipo de fé capaz de repousar no erro e no engano sendo, portanto, improdutiva. A fé verdadeira seria aquela que busca sua base num conhecimento sólido e profundo das relações entre o mundo visível e invisível capaz de ser comprovado empiricamente. Assim, os milagres, enquanto expressão da fé, foram associados ao magnetismo presente em algumas teorias físicas da época podendo ser logicamente explicados:

“O magnetismo é uma das maiores provas do poder da fé posta em ação; é pela fé que ele cura e produz esses fenômenos estranhos que, outrora, eram qualificados de milagres. Eu repito: a fé é humana e divina; *se todos os encarnados estivessem bem persuadidos da força que tem em si, se quisessem colocar sua vontade a serviço dessa força*, seriam capazes de realizar o que, até o presente, chamou-se de prodígios, e que não é senão *um desenvolvimento das faculdades humanas*” (Kardec, 1981: 250, grifos meus).

Assim, a fé seria um elemento que credita aos humanos um poder de ação e demanda deles um posicionamento ativo com relação ao sagrado, sendo um poder que emana da pessoa em benefício de si mesma. Ter fé no poder dos passes seria dar crédito ao mecanismo de sua ação, entendido nessa citação como o magnetismo que emana das pessoas e/ou da espiritualidade e que pode ser mobilizado

intencionalmente quando se tem fé.

Se para os grupos religiosos a fé aparece como elemento dotado de grande poder de intervenção na relação com o sagrado e na produção de realidades materiais (curas, milagres, auxílios), para aqueles que se colocaram enquanto opositores das práticas de cura não-biomédicas, especialmente os médicos, a fé ou crença (considerada neste caso sempre ingênua ou enganosa) também é capaz de efetuar curas, mas em virtude de processos explicáveis a luz de teorias psicológicas como o hipnotismo e a sugestão (ver Giumbelli, 1997a: 150 e ss.) ou teorias da psicossomática, por exemplo.

Esses argumentos foram e ainda são utilizados por muitos médicos para explicar especialmente a ausência de dor e infecções nas cirurgias espíritas que fazem uso de cortes sem qualquer anestesia e assepsia. Neste caso, os médiuns são considerados pessoas muito hábeis em hipnotizar seus pacientes que já viriam aos centros espíritas sugestionados pela esperança de uma cura, como vimos acima no argumento de Greenfield (1999). Aqui a crença é pensada como elemento que deve estar internalizado naquele que busca esse tipo de tratamento, pois caso contrário não surtiria qualquer resultado já que mentalmente a pessoa estaria bloqueada para ação hipnótica do médium (como acreditava nossa aluna de psicologia que sentiu dor, mas não teve infecções nem foi contaminada pelo vírus da AIDS).

Assim, os médicos e outros profissionais de saúde continuam creditando grande poder à mente (seja do curador ou do paciente) e de certa forma se aproximam do discurso religioso ao dizer que não são os espíritos que curam, mas a “crença” do paciente naquele procedimento e a sua fé no poder de Deus ou dos espíritos. Como na citação de Kardec, muitos médicos entendem que aquilo que se chama de “prodígios” nada mais são do que “um desenvolvimento das faculdades humanas”.

Assim, o efeito placebo aparece frequentemente para explicar como algumas pessoas podem ser curadas nos tratamentos espirituais ou alternativos. Aqui novamente a crença aparece sob a forma de sugestão ou influência psicológica sobre os estados físicos, o paciente “crê” que está tomando um medicamento quando na verdade está ingerindo farinha, mas ainda assim se cura. O efeito placebo de certa forma reconhece uma habilidade do corpo em curar-se sozinho, algo bastante preconizado entre os adeptos das terapias alternativas/complementares. No entanto, não se pode dizer que o placebo é valorizado pela medicina enquanto uma forma de autocura, porém ele se apresenta como um

elemento que de certa forma reafirma um poder de ação da mente sobre o corpo e com isso aproxima correntes terapêuticas aparentemente antagônicas.

É interessante perceber como a mente (ou o cérebro) aparece como ponto de consenso entre as argumentações religiosas e médicas para explicar a eficácia de alguns tratamentos espirituais. A fé e o efeito placebo seriam os dois lados da mesma moeda, aquela que credita à pessoa doente certa atuação sobre o corpo físico a partir da mente. No entanto, enquanto a fé aparece como condição de agente curativo ou potencializador das ações terapêuticas, o placebo figura como argumento médico para desacreditar a eficácia terapêutica de práticas ou substâncias não-médicas que teriam sua ação explicada pela “crença do paciente” e efeitos de sugestão, e não pela existência de qualquer propriedade medicinal ativa do tratamento empregado, especialmente quando se trata de medicamentos.

É interessante ressaltar que no CAPC o termo “placebo” era utilizado por alguns voluntários como forma de explicar esse poder inato da mente em agir sobre o corpo. Neste sentido, muito da imagética biomédica do Centro e de suas práticas me era explicada enquanto “uma forma de placebo” que fazia o paciente se sentir tratado seriamente, confiar no tratamento e com isso acionar suas próprias habilidades de cura. O efeito placebo era explicado como uma capacidade terapêutica inata das pessoas que precisava ser ativada pelo recurso consciente da fé, do autoconhecimento e da mudança de pensamentos a fim de permitir que agentes exteriores pudessem auxiliar a pessoa doente, pois se apenas o recurso da mente fosse suficiente para a cura a atuação dos espíritos, de Deus ou das terapias em si seriam completamente dispensáveis. Assim, o efeito placebo “não é enganação”, como gostava de frisar irmão Álvaro, mas seria uma forma de “alterar a frequência de pensamento da pessoa doente” para que seu corpo tenha possibilidade de agir na promoção da sua autocura com o auxílio da espiritualidade e das técnicas terapêuticas empregadas no tratamento da casa.

Ter fé ou crer no tratamento e na cura são fortes apelos retóricos utilizados no CAPC e comuns em qualquer espaço religioso de cura. No entanto, não se pode dizer que essa fé seja um modo de compreensão e aceitação de preceitos espíritas ou que ela envolve algum tipo de consenso cultural. Embora a simbologia biomédica seja aqui acionada enquanto representativa de um modelo de cuidado com a saúde que é compartilhado por todos que ali estão, por outro lado há uma série de

práticas, discursos, ações e outros símbolos que fazem parte desse espaço que não necessariamente são compartilhados por todos aqueles que buscam o CAPC.

Uma terapia que particularmente via como interessante no CAPC era a terapia da oração porque ela reunia a um só tempo vários elementos simbólicos que ecoavam de modos muitos distintos nos pacientes. Enquanto a Oração de Cáritas emocionava um velho pescador que de forma alguma conseguiu se concentrar na atividade de meditação proposta pela terapia, o mantra fazia eco na experiência de uma budista que não se reconhecia como cristã. Assim, alguns conteúdos eram compartilhados por uns, mas não por outros, o que não impedia o engajamento das pessoas naquela atividade e o compartilhamento de suas experiências.

Obviamente não estou negando que há em certo grau um compartilhamento de valores e significados pelos os sujeitos que buscam os tratamentos do CAPC, pois a participação e a ação das pessoas que compõem esse espaço se baseiam em uma comunicação que se torna efetiva a partir de um conjunto mínimo de símbolos e valores *convencionalizados* (Wagner, 2010) que podem ser compartilhados. No entanto, essas premissas compartilhadas não dão conta de explicar o processo dinâmico de produção de sentidos para essas práticas que, se não partem do zero também não estão determinadas por algum tipo de consenso sobre elas.

Além disso, até que ponto ter fé em um tratamento espiritual significaria compartilhar dos valores que fazem parte da comunidade religiosa-terapêutica no qual esse tipo de tratamento se insere ou uma conversão a ele? Será que ter fé não pode ser pensado enquanto uma forma dinâmica, instável, momentânea e heterogênea de engajamento com formas de tratamento diversas? E quando a cura não vem, que caminhos pode tomar a fé e o engajamento no tratamento espiritual? Essa é uma questão que novamente envolve concepções heterogêneas sobre os elementos que fazem parte dos espaços terapêuticos religiosos nos quais a cura adquire um caráter polissêmico difícil de ser fixado num conceito e que não define por si só a adesão ou abandono do tratamento espiritual.

Em busca da cura: as relações no hospital espiritual

Os pacientes do CAPC são pessoas oriundas das mais variadas formações profissionais, classes sociais e confissões religiosas. São professores universitários, agricultores, médicos, pescadores, donas de casa, empresários, ativistas, bancários, estudantes, funcionários públicos, policiais, artistas plásticos, militares, artesãos, católicos, espíritas, luteranos, umbandistas, sem religião, espiritualistas, agnósticos e até um ou outro evangélico. Possuem acesso ao sistema oficial de saúde, público ou privado, e o utilizam, salvo algumas exceções. Alguns vêm de outras cidades do estado, de estados vizinhos e também do exterior, sobretudo, da Argentina. Muitos eram os que estavam fazendo tratamento na casa há dois, três, quatro, cinco, dez anos. Uma senhora afirmou fazer tratamentos no NENL/CAPC há 25 anos para várias enfermidades e mesmo quando estava bem de saúde fazia “um reforço” pelo menos uma vez por ano.

No CAPC encontramos apenas os pacientes com câncer e doenças degenerativas ou autoimunes. Mas o NENL recebe pessoas com depressão, estresse, ansiedade, problemas de coluna, insônia, alergias, desvio de septo, artrite, pedra nos rins, lesões musculares e tantas outras. Lá, eu assisti a cirurgia espiritual de uma menina de uns seis anos que estava operando seu braço quebrado, já engessado. Enquanto a equipe cirúrgica agia silenciosamente prestando assistência à médium que operava, esta conversava com a menina que lhe contou que quebrou o braço porque caiu de um cavalo. Muitas são as crianças que passam pelo NENL, elas são, assim como os mais idosos, as primeiras a serem operadas. Vê-se desde bebês de colo até adolescentes que passam tanto pelos tratamentos ditos físicos quando os espirituais/emocionais. A maioria dos pacientes são mulheres, mas os homens também estão presentes em número expressivo e em todas as faixas etárias nas duas casas¹¹⁰.

¹¹⁰ No CAPC não há crianças, talvez porque a incidência do câncer entre elas é menor, mas também pelo fato de ser difícil dirigir a elas parte das terapias que ali existem e que não encontrariam sentido na experiência de uma criança, sobretudo, as que tratam dos aspectos emocionais da doença. Assim, as crianças com câncer são tratadas no NENL. Porém, vemos no CAPC adolescentes a partir dos 14-16 anos, sempre acompanhados dos pais que tomam parte na rotina da instituição e também de algumas terapias, como as rodas de conversa.

Longe de formar um padrão, o que parece caracterizar as centenas de pessoas que buscam os tratamentos oferecidos pelo NENL/CAPC é a sua pluralidade. De fato, aquilo que as unifica é a queixa relacionada a uma doença ou perturbação (Duarte, 1986), pela qual estão passando ou já passaram e o fato de buscarem variadas formas de cuidado e tratamento. Especificamente com relação aos pacientes do CAPC, essa busca ocorre na maior parte das vezes independentemente de suas religiões, do estágio da doença ou do sucesso que estão obtendo ou não com o tratamento médico alopático. De modo que o Centro recebe desde pessoas que são consideradas pacientes terminais pela biomedicina até aqueles que, segundo eles mesmos e seus médicos, já estão curados.

A maioria dos pacientes chega à instituição por indicação de amigos, parentes, vizinhos ou porque já acompanharam alguém aos tratamentos. A rede de divulgação do CAPC funciona basicamente no boca a boca, pois, apesar de terem um site e serem reconhecidos publicamente enquanto uma instituição de utilidade pública, eles não investem em divulgação maciça¹¹¹. O grande fluxo de migrantes e imigrantes em Florianópolis também é outro fator que leva a divulgação do CAPC para outros estados e países, o que explica em parte a procura do Centro por pessoas de outras cidades. O contato com outros pacientes, em consultórios e hospitais, também é um modo das pessoas tomarem conhecimento sobre o CAPC e em alguns casos são os próprios médicos, enfermeiras e fisioterapeutas que tratam dos pacientes nos espaços biomédicos que indicam o CAPC para os pacientes com câncer, frequentemente ressaltando que ali eles farão um tratamento emocional complementar ao alopático. Em alguns casos, esses profissionais têm colegas trabalhando no CAPC, sabem, portanto, que ali há uma equipe médica e de enfermagem em trabalho constante junto aos pacientes e que eles enfatizam a importância de se manter o tratamento alopático.

¹¹¹ Eventualmente a mídia local, que conta com simpatizantes e ex-pacientes da instituição, publica matérias sobre as duas casas. (ver ensaio fotográfico sobre o NENL e CAPC publicado pelo jornal Diário Catarinense em <http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense/jsp/default.jsp?newsID=DYNAMIC%2Cgaleria.GalleryDelivery%2CphotosGalleryXml&template=3816.dwt&pg=1&groupid=487&galeriaid=15231&uf=2&local=18§ion=Fotos#>, acessado em 16/03/2011). Em 29.05.2011, o NENL/CAPC foi matéria do programa televisivo local Estúdio Santa Catarina, apresentado aos domingos pela filiada local da Rede Globo. Ainda neste ano, o NENL criou um informativo impresso que traz basicamente o mesmo conteúdo do site.

Assim, não haveria concorrência entre esses profissionais e os médiuns-terapeutas do CAPC. Ao contrário, às vezes se formam alianças já que para uma corrente médica os pacientes que estão “emocionalmente menos estressados” com seu quadro clínico respondem melhor a qualquer tratamento alopático. O tratamento espiritual/emocional atuaria como um facilitador para a adesão do paciente ao tratamento biomédico assim como acredita-se que pode potencializar a ação deste tratamento a partir do momento que o paciente se engaja no seu processo de cura. Desde modo, encontrei pacientes que chegaram ao CAPC por indicação de seus médicos ou de outros profissionais de saúde que teriam sugerido o tratamento da casa por considerarem que ele oferecia ferramentas emocionais para o paciente enfrentar o tratamento alopático, especialmente a quimioterapia.

Não foram poucas as pessoas que conheci que negociavam abertamente com seus médicos a participação nos tratamentos do CAPC, algumas vezes ajustando agendas de consultas, quimioterapia e radioterapia para poderem participar também do tratamento espiritual. Assim, muitas vezes o paciente chegava atrasado ao tratamento espiritual porque tinha ido tomar a quimioterapia pela manhã ou, ao contrário, adia uma consulta médica para semana seguinte para não perder um turno de tratamento no CAPC.

Havia, obviamente, os pacientes que nem sequer comentavam com seus médicos que estavam fazendo tratamento espiritual porque temiam ser criticados ou ridicularizados. Porém nas interações que observei no Centro e em parte das minhas entrevistas, uma boa quantidade de pessoas afirmou que conversava com seus médicos sobre o tratamento espiritual e que, se não eram estimulados a fazer esse tipo de tratamento também não eram criticados por fazê-lo, desde que o tratamento espiritual não significasse o abandono do tratamento alopático.

Deste modo, arrisco dizer que a relativa aceitação do CAPC pelo campo médico local estaria ancorada no fato do Centro possuir tanto uma equipe médica e de enfermagem como também incorporar procedimentos biomédicos como a exigência de exames, a organização em enfermarias, o acompanhamento por prontuários que ordenam o histórico do paciente, a presença de profissionais de saúde entre seus voluntários, enfim, todo um aparato hospitalar e burocrático que o aproxima dos espaços da biomedicina, mas sem tentar competir com ela

e seus profissionais. Ao contrário, o estímulo dado ali aos pacientes era de que eles deveriam sempre continuar com seu tratamento junto à medicina “tradicional” (biomedicina).

Ao adentrar o CAPC pela primeira vez, o paciente geralmente tem uma noção muito vaga do que vai acontecer com ele ali. Mesmo os que já conheciam o local por acompanhar outros pacientes em tratamento não conhecem os procedimentos internos da casa. O vídeo apresentado no primeiro dia durante a triagem e a palestra do dirigente geral ofereciam um pequeno resumo da proposta do tratamento e como ele iria ser conduzido, mas não era feita uma explicação da rotina terapêutica como um todo nem do modo como cada terapia atuava no tratamento da doença. Ao paciente não era revelado tudo, porque ele iria descobrir não *porque*, mas *para que* estava ali. O retorno para novas internações era visto como uma forma da pessoa “entender o que veio fazer ali”, de modo que para muitos pacientes e terapeutas seria só na segunda ou terceira internação que “a ficha caia”.

“Cair a ficha” seria entender que o propósito do tratamento oferecido no CAPC envolvia uma ideia de cura que ultrapassava a ausência de tumores no exame. A própria cura seria “um estado de compreensão”, nas palavras do dirigente geral, que demanda tempo, trabalho e esforço por parte da pessoa doente. Essa compreensão não seria construída apenas no CAPC, mas na vivência da pessoa doente a partir do seu diagnóstico. O projeto de cura era assim aproximado de alguns valores centrais do espiritismo, como a ideia da reforma íntima, do aperfeiçoamento moral e a responsabilidade envolvida na produção de uma evolução espiritual do ser. Esses elementos, no entanto, apareciam sob formas e *retóricas terapêuticas* e não através de modelos doutrinários, como já foi dito.

A cura no CAPC se tornava mais que um motivo, uma motivação para permanência e engajamento em um processo que passa a ser encarado como a tarefa de uma vida que é a busca e manutenção de um eterno equilíbrio dos corpos físico, mental, espiritual e emocional, aliados ao conhecimento de si e, na medida do possível, do outro, ao considerar que a doença é sistêmica e diretamente ligada ao modo como nos relacionamos com o mundo e as outras pessoas.

Aderir a essa forma de tratamento e a continuidade proposta pela noção ampliada de cura, não necessariamente passava pela adoção de uma religião, mas pela adoção de uma certa postura terapêutica-espiritual diante do mundo que ao final fazia eco tanto nas propostas

mais religiosas de se pensar a cura quanto naquelas mais relacionadas a um universo pretensamente laico direcionado para a saúde, como as terapias complementares e a biomedicina. Deste modo, os pacientes do CAPC eram confrontados com um espaço terapêutico polissêmico que não era exatamente médico nem religioso, mas também médico e religioso. Dentro de uma instituição marcada por regras, normas, silêncio, burocracia, horários que em tudo lembravam os espaços hospitalares, os pacientes se deparavam também com preces, choros, músicas, odores, mensagens e conceitos que colocavam em questão algumas premissas tanto religiosas quanto biomédicas para se pensar a cura.

Durante o tempo em que fiz minha pesquisa de mestrado sobre grupos de mulheres com câncer de mama (Aureliano, 2006) acompanhei um grupo virtual hospedado na página do Yahoo. Foi lá que fiz meu primeiro contato com uma paciente do CAPC, embora sem o saber. Quando me mudei para Florianópolis essa mulher já havia falecido em decorrência do câncer, mas ao mencionar seu nome para uma das voluntárias do CAPC, ela se recordou dela e me confirmou se tratar da mesma pessoa que eu só conheci virtualmente. Meses depois, usei uma de suas mensagens, compartilhadas no grupo virtual, para fazer o trabalho de uma disciplina do doutorado. A mensagem era uma resposta a pergunta de um participante sobre o uso de terapias alternativas para o câncer. O demandante tinha uma cunhada com câncer de mama e trazia as dúvidas dela para o grupo. A resposta enviada a ele dizia o seguinte:

Não sou expert no assunto, mas tenho alguma experiência com tratamentos alternativos, mas veja bem: JAMAIS DEIXEI DE FAZER O TRATAMENTO DO MÉDICO, OU SEJA, A QUIMIOTERAPIA. Eu fiz uso do Método Canova e para mim acho que funcionou muito bem, pois atenuou alguns efeitos colaterais como enjojo e dores musculares, muito embora eu também tenha feito uso dos anti-eméticos e de um outro para dor. Já tomei o chá de graviola e só não continuei por pura indisciplina. No momento tomo chá verde que dizem também ser benéfico. Já tomei também a famosa Babosa e me sentia bem. Sendo que essa que eu tomava era feita num centro espírita que tem todo um trabalho. Fitoterápico de confiança.

Já me indicaram o Noni suco, mas não quis, como também o Cogumelo do Sol. Particularmente acho muito caro esses dois e passei a olhar esses benefícios com certa reserva. Não tenho nada contra, mas penso que há muita exploração diante do câncer e, se tem mesmo resultados, porque precisa ser tão caro? O avelóz, até onde sei é

tóxico, embora haja uns glóbulos do mesmo à venda aqui em Santo Amaro da Imperatriz e manipulado pela farmácia do Frei Hugolino.

Por último há um mês um amigo muito querido nos deu uma cultura de um tal de Kombuchá, uma alga que tem inúmeros poderes, até câncer [sic]. Bom, eu e meu marido (que tem psoríase) fomos atrás de páginas na internet e "fabricamos" o tal K-chá. Eu não tomei, pois resolvi seguir a minha intuição e não sei até onde aquilo poderia afetar fígado etc. Os relatos não me convenceram e até entrei num grupo virtual de kombuchá. Acabamos jogando fora a cultura, porém no tal grupo os relatos são impressionantes. Creio que uma boa opção e que também contribui para a imunidade é uma receita básica que a Lúcia faz sempre: ela tritura um monte de verdes, congela e bate no suco de laranja todos os dias. Se eu retornar ao tratamento na casa espírita onde sempre me tratei provavelmente tomarei algum fitoterápico.

Uma vez o meu onco me disse que tomando tantas coisas eu não saberia o que me fez bem. Continuo dizendo que não importa o que ajudou, importa que ajudou, mas atualmente faço ressalvas, pois vi que a exploração cresceu muito quando se trata de câncer. Já me recomendaram também tomar uma colherinha de Geléia Real em jejum, ainda não comprei. Bom Paulo, aqui acho que cada um vai colocar a sua experiência com as medicações alternativas, mas o mais importante é não suspender a QT [quimioterapia]. Combiná-las ajuda sim, mas também é importante conversar com o onco que a está acompanhando e ficar de olho na toxicidade no organismo.

O centro espírita ao qual ela se refere na mensagem é o NENL/CAPC e o relato de sua experiência com tratamentos alternativos se aproxima da experiência de muitos pacientes que conheci no CAPC que passaram a ter contato com o universo das chamadas terapias alternativas, mas que de forma alguma pretendiam descartar a medicina alopática ou opor uma forma de tratamento a outra. Esses pacientes não necessariamente buscavam uma nova forma de tratamento se o sistema atual que estavam utilizando falhava, mas combinavam diversas formas de cuidado e a cada uma conferiam uma importância e valor diferenciados que se somavam. Tanto o tratamento complementar/espiritual como o alopático podiam ser limitados e não trazer a cura, mas o que importava era a busca desse cuidado e no processo dessa busca construir sentidos para a doença que se tornara parte da biografia do sujeito e deu a ela novos rumos, outras possibilidades.

Durante minha pesquisa de campo, alguns colegas e conhecidos

me questionavam se eu havia observado melhoras junto aos pacientes atendidos no CAPC, se eu faria o acompanhamento de alguns pacientes para avaliar seu quadro clínico depois da cirurgia espiritual ou se eu já tinha notícia de alguma cura miraculosa de alguém “desenganado” pelos médicos. Atestar a eficácia dos tratamentos oferecidos no CAPC nunca foi o objetivo da minha pesquisa, no entanto, se assim o fosse, seria uma tarefa muito complexa de ser realizada, pois salvo raras exceções eu não encontrei um número expressivo de pacientes que estivesse realizando tratamento apenas no CAPC e pudesse, assim, possibilitar uma avaliação isolada dos tratamentos que o Centro oferece. Quando não estavam também realizando tratamento alopático concomitantemente ao tratamento espiritual/complementar, esses pacientes estavam utilizando outras terapias complementares e religiosas, além daquelas recebidas no CAPC, a exemplo do relato exposto acima. A maioria não estava percorrendo um caminho linear para cura ou alívio da doença, mas antes construindo esse caminho através de várias possibilidades, entre elas o tratamento espiritual.

Eu diria que a ideia de itinerário terapêutico, tomado enquanto uma unidade de eventos sucessivos, estabelecidos por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem (Alves e Souza, 1999), pode ser ampliada para se pensar os modos como os pacientes que buscam o CAPC agem durante seu processo de cura. Mais que percorrer pontos do itinerário, fazendo escolhas e avaliações que permitam a adesão ou não a um sistema de tratamento, eu diria que muitos pacientes justapõem (e não exatamente sobrepõem) as linhas (e não os pontos) que formam esses possíveis trajetos terapêuticos, evidentemente avaliando e descartando algumas possibilidades que não confere sentido a sua experiência, porém não dentro de uma lógica utilitária que inviabilize a permanência ou retorno a uma linha de tratamento quando ela não atinge seu objetivo último, que a princípio seria a cura de uma doença através da supressão dos vestígios biológicos dela.

Para os pacientes com câncer e doenças degenerativas que buscam o CAPC, esse espaço, assim como os espaços biomédicos, são linhas a serem percorridas na trajetória de incertezas que sua enfermidade aciona. Deste modo, alguns pacientes que chegavam ao CAPC e ouviam de seus parceiros de enfermaria mais antigos que eles estavam ali pela segunda, terceira, quarta ou décima vez, a princípio podiam pensar que aquele tratamento “não funcionava”, pois a pessoa continuava vindo ao Centro, continuava fazendo cirurgias espirituais,

portanto, continuava doente. O milagre não aconteceu. Alguns confessavam essa impressão abertamente e diziam esperar fazer uma única internação e ter seu problema resolvido.

No entanto, esse “milagre” em lugar de fórmula mágica, passava a ser encarado como construção a partir do momento que o tratamento espiritual era percebido como um ponto do qual se parte, e não um ponto ao qual chega. Entendo que essa “compreensão” na falta de uma palavra melhor, não era fruto unicamente de uma retórica absorvida durante o tratamento no CAPC, mas antes seria parte dos agenciamentos construídos em torno da doença e das significações que cada tratamento adquiriu ao longo do processo, seja ele alopático ou complementar.

No CAPC conheci muitos pacientes considerados incuráveis/crônicos dentro da racionalidade biomédica e outros que ainda apresentavam sintomas e sinais de tumores, mesmo depois de submetidos a vários tratamentos, inclusive ao do CAPC, sendo considerados, portanto, pessoas doentes. Essas pessoas não colocavam em questão a eficácia do tratamento espiritual (tampouco do biomédico), não porque acreditassem firmemente numa possibilidade remota de cura, mas antes porque buscavam formas viáveis de trazer alívio e conforto para seus sofrimentos e encontrar maneiras de viver com e para além da doença.

O conceito de saúde e cura tal como apresentado pelas instâncias médicas era ampliado por esses pacientes e envolvia a capacidade de administrar uma patologia de forma a se manterem autônomos a despeito das limitações do corpo, sendo vistos como produtivos social e intelectualmente, e participativos quanto às decisões terapêuticas que a enfermidade exigia. Essa era uma postura adotada, sobretudo, pelos pacientes com doenças degenerativas.

Pra mim estar no CAPC é como tomar uma overdose que sempre, sempre me dá uma harmonizada energética e isso sempre faz bem. Como eu te falei eu não vou ali esperando pegar meu exame zerado, sempre fui ali porque eu sempre me senti bem e me senti melhor mais rápido (paciente com doença crônico-degenerativa, há quatro anos em tratamento no CAPC).

O que eu busco ali [no CAPC] é um equilíbrio psicológico, porque quando a pessoa tá com um laudo que não é conclusivo, mas a princípio é degenerativo e que não tem cura, tu tem que ir atrás de

que? De qualidade de vida e se você consegue chegar a esse ponto de qualidade de vida tu acaba ganhando mais vida, vivendo mais. Então é isso aí que eu tô correndo atrás, mas eu não vou ficar me iludindo, eu tenho que ser otimista, mas com o pé no chão (paciente com doença crônico-degenerativa, há três anos faz tratamento no NENL/CAPC).

Em um primeiro momento, a noção de “crença” ou da aceitação dos valores do grupo terapêutico pode aflorar aqui para explicar a continuidade de adesão a um tratamento que aparentemente não estaria surtindo efeito, já que a pessoa continuava apresentando sintomas da doença. No entanto, a questão é mais complexa que isso e se torna particularmente difícil de ser encaixada numa forma de explicação simplificada pela noção de crença quando pensamos a heterogeneidade de abordagens terapêuticas que faz parte do CAPC. Mesmo em casos onde os pacientes se mostravam afinados com a retórica terapêutica da casa, isso não significa uma convergência com seus valores religiosos ou mesmo uma apreensão inequívoca dos sentidos em torno da cura e dos meios de alcançá-la através do tratamento espiritual.

No meu primeiro dia de trabalho de campo no CAPC fiquei perdida no processo de triagem, vagando de um ambiente a outro do Centro na ânsia de absorver em uma tarde o turbilhão de processos que se desenvolvem nesse dia. Vencida a ansiedade inicial, concentrei-me nas consultas dos pacientes com os médicos que transcorriam rapidamente. O comentário de um enfermeiro com uma das médicas que atendia chamou minha atenção. Ele lhe entregou um prontuário e disse que ela devia dar uma atenção especial àquela paciente porque ela não queria fazer a cirurgia convencional, desejando tratar-se apenas no CAPC. A consulta dessa paciente durou quase meia hora, em contraste com os três minutos que geralmente são dispensados nessa etapa a cada paciente.

Entre a paciente e a médica se travou um debate em torno de conceitos como cura, saúde, medicina e a totalidade do ser. Essa paciente apresentava um exame pelo qual ela teria um tumor de tamanho considerável em uma das mamas e indicações de um tumor menor na outra. O médico que a acompanhava teria dito que as características do tumor indicavam malignidade e que se confirmada a suspeita de câncer ela deveria iniciar imediatamente o tratamento quimioterápico para reduzir o tumor e depois realizar uma mastectomia bilateral. Ela não aceitava essa indicação de tratamento e não havia feito a biopsia para confirmar se os tumores eram malignos. Dizia-se chocada com a postura

do médico que considerou “isso aqui”, e apontava a mama, como “descolado do meu todo”. A médica do CAPC, que era também médium da casa, no entanto, insistia que ela deveria fazer a avaliação física necessária para confirmar se o tumor era mesmo maligno e neste caso, a cirurgia deveria ser a opção a ser seguida, juntamente com a quimioterapia. Porém a paciente seguia firme na sua argumentação:

Eu não acredito nessa medicina agressiva, veja esses hospitais, o que é isso? É absurdo! Como eu posso acreditar que vou ficar boa com um tratamento que agride meu ser, que não me enxerga de forma completa, na totalidade do meu ser? Eu não tenho confiança nessa medicina e por isso eu não quero passar por essa agressão.

A médica argumentou que havia muitos médicos que viam sim o paciente de forma holística e que a medicina já havia se aberto muito para novas formas de tratamento considerando a “totalidade do ser” e a paciente disse querer encontrar um médico com essa visão, mas o que ela via nos hospitais não era isso. Disse ter sempre se tratado com homeopatia “desde que me entendo por gente”, que sabia muito bem o que tinha ocasionado o câncer (embora ainda não houvesse feito a biopsia para confirmar isso) e o que ela precisava trabalhar para ficar curada. A médica seguiu com sua argumentação, tentando minar sua resistência à ideia da mastectomia e da quimioterapia. Um ponto de sua argumentação foi o de que a cura possuía “várias nuances, vários estágios, temos a cura física, a cura mental, a cura emocional e a cura espiritual” e imediatamente a paciente retrucou: “e por acaso a cura física esta separada das demais? Podemos separar físico, mental e espiritual, não é tudo uma coisa só?”

A paciente estava muito tranquila e confiante nos seus argumentos que na verdade vêm ao encontro da filosofia do CAPC de ver o ser humano como uma integração dos corpos físico, mental, espiritual e emocional e de que a cura passa pelo equilíbrio de todos esses corpos, sendo que o desequilíbrio que gera as doenças origina-se primeiramente fora do corpo físico, nos corpos sutis. Porém, o modo como ela estava utilizando essa integração a fim de se contrapor à medicina alopática colocava um dilema para a médica que não podia corroborar com tal visão de cura se ela afastava a paciente do tratamento alopático, o que não é recomendado pelo CAPC. A médica, então, lembrou que a cura “às vezes leva mais de uma vida, a cura pode ser algo para mais de uma vida não é?” A paciente concordava. Depois de

idas e vindas de argumentos, a médica desistiu, mas disse que esperava que algo ali naquela conversa tivesse tocado a paciente e que ela levasse algo para pensar, pois talvez a cura que ela iria encontrar ali estava relacionada com a quebra de certas resistências e certezas, provavelmente uma alusão a objeção notadamente política que a paciente apresentava com relação à biomedicina.

Na sexta-feira, logo após o jantar dos pacientes, encontrei com essa mulher no corredor e conversei com ela rapidamente. Ela disse ter percebido que eu prestei muita atenção em sua conversa com a médica e eu expliquei um pouco da minha pesquisa. Perguntei como estavam sendo os tratamentos ali no CAPC, se eles tinham lhe explicado algo sobre as terapias ao que ela respondeu que não, “pois aqui eles trabalham com o modelo biomédico, né? Eles aqui seguem esse modelo, então são como os médicos que chegam e vão fazendo os tratamentos sem explicar muita coisa”. Porém, ela disse estar bem impressionada com o CAPC, pois toda a sua vida esteve “no caminho da saúde relacionada à espiritualidade e a bioenergética”, e que estava começando a fazer as pazes com a medicina alopática, embora a visse ainda como “uma agressão”.

A simbologia médica apresentada por alguns voluntários do CAPC como uma forma de “placebo” que dava segurança aos pacientes, não fazia eco positivo para essa mulher. No entanto, isso não invalidou sua boa impressão sobre o tratamento como um todo, ainda que ela não tivesse uma explicação sobre as formas de atuação das terapias.

Meses depois entrevistei essa paciente em sua ONG voltada para crianças e adolescentes em situação de risco social. Com 49 anos, solteira e sem filhos, ela disse sempre ter se tratado com terapias naturais e alternativas evitando ao máximo a medicina alopática. Apesar de uma história de militância e ativismo político onde predominaria certo ceticismo, ela sempre se sentiu “acolhida pela espiritualidade”, embora não tivesse religião. Sua postura crítica com relação à alopatia viria justamente dessa herança “marxista, leninista, anarquista e anárquica” que questiona as estruturas de poder, incluindo-se aqui a biomedicina que ela várias vezes chamou de “máfia branca”.

Adepta das terapias naturais e energéticas, o CAPC aparecia na sua trajetória como mais um lugar de tratamento que se somava ao uso da babosa, dos fitoterápicos elaborados por uma “freira rebelde” que também utilizava radiestesia, do reiki, da meditação, da biodança, da terapia comunitária e tantas outras práticas de cura que ela vinha

utilizando ao longo de sua vida. De modo que a ida ao CAPC não teria despertado nela algo novo, pois a filosofia do Centro já fazia parte do modo como ela dizia ter escolhido pensar a saúde e não as doenças. O que teria lhe causado certo impacto foi ter percebido ali a possibilidade de “sair disso”, referindo-se ao diálogo que teve com a médica.

Durante o ano de 2009 encontrei essa paciente algumas vezes no CAPC. Em todas elas, ela me confirmou sua postura ainda cética quanto à medicina alopática e assumiu a responsabilidade por estar buscando os tratamentos nos quais tinha confiança, independente dos resultados que pudesse obter. Essa postura, porém, era negociada no contato com os demais voluntários da casa, pois um posicionamento mais rígido de sua parte talvez resultasse numa recusa do Centro em continuar seu tratamento, já que recorrentemente se afirmava no CAPC que os pacientes devem estar sendo tratados também pela medicina alopática para poderem continuar seu tratamento espiritual. Deste modo, ela frequentemente apresentava os exames exigidos pelo CAPC, pois estava monitorando seus tumores e penso que talvez esse acompanhamento tenha sido considerado como uma forma de “controle biomédico” por aqueles que a atendiam na casa. Embora relutante com relação à realização de uma mastectomia, a intervenção cirúrgica foi cogitada em algum momento, ainda que numa remota possibilidade:

Não sou fechada, às vezes eu posso parecer radical, mas não, na hora que eu perceber que talvez eu precise realmente caminhar por uma intervenção cirúrgica ou alguma terapia até mesmo alopática, farei. Mas até o presente momento eu me sinto muito bem, muito fortalecida.

Essa paciente foi um dos poucos casos de pessoas que encontrei no CAPC que estavam fazendo uso do tratamento espiritual como alternativa ao biomédico. Sua postura, no entanto, não poderia ser tomada enquanto uma aceitação ou crença irrestrita nos tratamentos da casa, mas antes enquanto uma forma consciente e intencional de se posicionar também politicamente frente a questões envolvendo saúde, doença e sistemas médicos. O que quero ressaltar em sua história, no entanto, é que o fato de que uma pessoa compartilhar de certos aspectos terapêuticos empregados na retórica do CAPC não significa que ela adere a esse sistema como um todo tampouco que os interpreta da mesma maneira. Enquanto a médica falava das várias nuances da cura para convencer a paciente a se submeter também a “cura física” através

do tratamento biomédico e da cirurgia, ela por sua vez se utilizava do mesmo argumento para descartar essa possibilidade e assumia a responsabilidade por suas escolhas. Obviamente, como representante da biomedicina, a médica do CAPC tinha sua compreensão sobre os estados de saúde e doença afetada tanto por sua formação quanto por sua filiação religiosa e, como os demais médicos da instituição, ela buscava atender aos imperativos de sua formação, mas não posso dizer que é apenas por isso que o conflito de interpretações se deu.

O que vale ressaltar aqui é que essa diferença na forma de interpretação dos símbolos, discursos e práticas que atravessam o cotidiano do CAPC faz parte da construção desse espaço terapêutico e diz respeito aos modos como elementos religiosos, médicos, psicoterápicos são produzidos ali e não exatamente compartilhados, desvelados ou introjetados de forma homogênea pelas pessoas. Assim, nesse fragmento etnográfico a disputa de interpretações se dava entre uma paciente e uma médica, mas ela também podia se dar entre dois voluntários, dois médicos, entre vários pacientes, entre um espírita e um católico, entre dois espíritas, etc.

Como já foi dito, a visão comum que se tem dos tratamentos espíritas é que eles irão solucionar aquilo que a medicina não pôde resolver ou se tornar uma alternativa de tratamento para os que não podem ou não desejam passar pelos procedimentos biomédicos. Especialmente no caso das cirurgias espirituais, muitas pessoas veem a técnica também como um modo de evitar a cirurgia convencional, sobretudo, quando esta envolve uma mutilação. Deste modo, a cirurgia espiritual seria um meio não invasivo na maioria das vezes, mas não em todos os casos se lembrarmos do Dr. Fritz, de livrar-se de uma doença sem comprometer a integridade física da pessoa.

No entanto, o que observei no CAPC é que uma parte dos pacientes que dão continuidade ao seu tratamento espiritual/complementar são pessoas que tiveram seu problema de saúde resolvido dentro da biomedicina através de cirurgias e tratamentos, pessoas que fizeram o tratamento espiritual e posteriormente se submeteram a cirurgia convencional ou que, ao contrário, já haviam realizado a cirurgia convencional que em muitos casos significou uma mutilação e, posteriormente, realizaram a cirurgia espiritual e as terapias complementares que o CAPC oferece.

Para muitos pacientes, a cirurgia espiritual seria uma preparação do corpo para a realização da cirurgia convencional e não uma forma de

evitá-la. Do mesmo modo, para os que já haviam sido operados “fisicamente”, a cirurgia espiritual poderia ser encarada como uma forma de “reforçar” a “cirurgia da Terra” e evitar o ressurgimento do câncer ou ainda uma forma de tratar os corpos sutis não alcançados por ela. Assim, as formas de perceber a funcionalidade da cirurgia espiritual variavam dependendo do quadro clínico dos pacientes, das expectativas com relação ao tratamento espiritual, de uma relação prévia com o universo dessas terapias, enfim, de fatores particulares da trajetória de cada pessoa e de como ela construía sentidos para essa experiência.

Livrar-se da necessidade do tratamento alopático era também uma motivação importante, mas essa percepção era muitas vezes reavaliada e mesmo quando alcançado esse objetivo, isso não necessariamente ocorria em função de uma extirpação do tumor. Para uma paciente com um meningioma (tumor benigno nas meninges, mas que pode trazer sérias complicações se aumenta gradativamente de tamanho) testar a cirurgia espiritual foi uma forma de livrar-se da cirurgia que havia sido indicada por seu médico, mas não do tumor:

Bem ingenuamente eu entendia naquela época [12 anos atrás] que eu precisava de uma tomografia depois da cirurgia espiritual e antes da minha cirurgia com o médico eu precisava de uma tomografia porque eu achava que eu podia estar sem o tumor e como eu não queria pedir isso pro meu médico, porque eu fiquei com medo dele achar que eu estava desconfiando dele, eu fui em outro médico pedir essa tomografia e aí quando eu fui nesse outro médico ele falou ‘não precisa operar’ ou ‘não precisa operar agora porque tu não tens informação suficiente sobre esse tumor pra fazer uma cirurgia. Vamos primeiro investigar e saber quem é esse tumor, como é que ele funciona, não vale a pena chegar até ele sem conhecê-lo’. Então a minha cirurgia espiritual deu super certo porque eu tive esse ímpeto da tomografia, outro médico e aí eu desmarquei a cirurgia e fui investigar como esse tumor era e esse segundo médico que eu procurei é um neuroradiologista, então ele é um investigador e aí com alguns exames ele me trouxe a informação de que esse tumor é um tumor que eu posso ter porque ele tem características que do jeito que ele está ele não me incomoda, eu não tenho risco com ele.

Essa paciente fazia regularmente seus tratamentos de “reforço” no CAPC para manter o tumor “estacionado” e, como não havia qualquer outra forma de tratamento alopático recomendada por seu médico, o tratamento espiritual era o único que ela seguia. Para outra

paciente, a participação no tratamento do CAPC teria favorecido sua aceitação do tratamento alopático:

Eu li em algum lugar que Bob Marley morreu do mesmo câncer que eu, e que ele não quis fazer tratamento, não aceitou a cirurgia e eu pensei que eu ia pelo mesmo caminho porque eu vim pra cá pensando 'vou fazer esse tratamento e vou ficar boa e dizer pro meu médico que não vou mais fazer quimioterapia, não vou fazer nada', mas eu encontrei outra ideia de cura aqui, eu penso que fui curada quando aceitei que eu tenho sim que fazer todos os tratamentos, que eu felizmente posso fazer e tanta gente não pode ou não adianta mais fazer, mas o meu câncer tá bem no início e se eu fizer tudo direitinho eu tenho mais chances de me curar totalmente.

Deste modo, a contraposição ao tratamento biomédico poderia ser revertida com a participação e o engajamento nas práticas do CAPC, ainda que num primeiro momento a decisão pelo tratamento espiritual fosse motivada por uma recusa ao tratamento biomédico¹¹², pois a tônica do cuidado de si, tão apregoada na retórica terapêutica da casa, não excluiu a biomedicina, ao contrário, esta também seria uma forma válida e preciosa de cuidado com a saúde.

Uma lógica “preventiva” também permeava os retornos de muitos pacientes ao CAPC, mesmo depois de “curados”. As aspas aqui devem ser entendidas como um modo de evidenciar o caráter polifônico, ambíguo e, às vezes até contraditório, das categorias “cura” e “curado” tal como ela me foi apresentada no decorrer da pesquisa pelos sujeitos.

Ao considerar que as doenças iniciam-se nos corpos sutis, quais sejam, os corpos mental, emocional e espiritual, para posteriormente se materializarem no corpo físico, compreende-se a necessidade do eterno retorno para os tratamentos espirituais e energéticos propostos pelo NENL/CAPC, pois é preciso tratar esses corpos e as possíveis doenças que ali estão se formando em decorrência de qualquer desequilíbrio emocional-espiritual, antes que elas se manifestem no corpo físico.

Do mesmo modo, a ausência de tumores no corpo físico não significa necessariamente a cura da doença nos corpos sutis. Ao

¹¹² Quando fiz minha pesquisa de mestrado, observei algo semelhante entre católicas e evangélicas que tomaram decisões quanto ao tratamento alopático após uma imersão inicial em práticas de cura de suas igrejas e/ou motivadas por passagens bíblicas. Nesses casos, o próprio procedimento médico foi visto como “guiado por Deus”, pois a cirurgia e os tratamentos transcorreram da forma esperada.

contrário, o corpo físico seria aquele onde a doença demora mais a se manifestar, porém é o que pode ser curado mais rapidamente. No entanto, se os corpos sutis continuam sem tratamento a doença retorna ou novas doenças podem aparecer. Assim, a prevenção do câncer envolveria tanto os exames regulares quando o equilíbrio emocional-mental-espiritual que só podem ser alcançados através do tratamento espiritual, pois embora este tenha a capacidade de alterar a estrutura da matéria, o inverso não ocorre com o tratamento alopático que seria incapaz de alcançar as dimensões dos corpos sutis pela materialidade de suas técnicas.

Essa formulação para explicar a necessidade de retorno ao tratamento espiritual confere às práticas de cura do CAPC uma proximidade com os modos de tratamento observados nos espaços biomédicos. Realizamos exames preventivos não apenas para saber se estamos doentes, mas para nos assegurar que estamos saudáveis. Por essa mesma lógica, as pessoas devem retornar ao tratamento espiritual não apenas quando ainda não foram curadas ou porque voltaram a adoecer, mas, sobretudo, para que se mantenham saudáveis quando já alcançaram a cura.

Obviamente que essas formas preventivas, biomédica e espiritual, têm importantes diferenças e ecoam de formas distintas na trajetória do doente crônico porque são investidas de significados particulares. O que quero chamar a atenção aqui é para a dimensão não utilitarista de adesão ao tratamento espiritual, pois o que pude observar entre muitos dos pacientes do CAPC é que eles não aderem ao tratamento com base numa ideia de cura e de eficácia com as quais estamos acostumados a analisar esses tratamentos, vistos como fórmulas milagrosas que vão fazer o que a biomedicina não faz ou que, uma vez alcançados seus propósitos, essa forma terapêutica perderia totalmente sua funcionalidade, sendo relegada aos casos de “desespero” da pessoa doente.

Embora em um primeiro momento a “cura física” seja a expectativa maior dos pacientes, no decorrer de todo o processo a eficácia do tratamento espiritual e os seus benefícios vão ser percebidos como parte de uma ação processual através da qual as pessoas se tornam aptas a desenvolver certas habilidades e sensibilidades capazes de transformar a experiência da doença, ainda que isso não necessariamente resulte numa cura no sentido biomédico.

Essa lógica preventiva do tratamento e a dimensão ampliada da

noção de cura são apresentadas aos pacientes que sentem o pedido de retorno para novo tratamento como um possível sinal de que não estão bem e muitos pacientes externavam essa impressão afirmando que ficaram assustados quando receberam o convite para fazer mais uma semana de tratamento. Por outro lado, esses pacientes também eram informados de que não seria apenas em uma internação que eles compreenderiam todas as informações que o tratamento da casa oferece e que podem ser transformadas em ferramentas para construção e manutenção de uma cura que vai para além do corpo:

Vocês que estão vindo pela primeira vez devem estar se perguntando, mas porque tem gente que vem aqui várias vezes, deve ser porque não ficou bom, não funcionou. Mas é justamente o contrário, quem esta aqui há 10 anos é porque já teve sucesso, se ela está viva há 10 anos é porque o tratamento já funcionou. Neste hospital aqui vocês nunca vão ter alta, vocês vão estar sempre sendo convidados a voltar mesmo sem ter mais a doença porque aqui a cura de que estamos falando é outra além desse corpo aqui, é uma cura ampla que às vezes a gente não alcança nessa vida ou no percurso de uma vida (...) A cura de que falamos aqui pode ser uma cura que ainda te leve a fazer a cirurgia lá fora, porque aqui a cura que buscamos é a cura da alma, se isso também for atingir lá no físico, ótimo, foi um milagre? Foi, mas você pode ter um milagre agora mesmo e ainda assim precisar daquela cirurgia, porque nossa cura aqui é a cura ampla e é mais que a cura do corpo físico. (fala da terapeuta para pacientes na roda de conversa).

Do mesmo modo, a cura proposta no CAPC seria parte de um processo de autoconhecimento, algo encarado como a tarefa de uma vida inteira e os retornos para tratamento espiritual/energético podiam ser encarados como momentos privilegiados onde a pessoa podia suspender o cotidiano e refletir sobre o modo como está conduzindo sua vida, já que o conhecer-se a si mesmo envolve a noção de vigilância constante sobre práticas, pensamentos, emoções, comportamentos e atitudes diante da existência. Deste modo, a cura seria “um estado constante de cuidado” dentro do qual o tratamento espiritual/energético torna-se um dos elementos ao lado dos recursos biomédicos e outras técnicas e práticas de auto-atenção, o que faz com que o tratamento espiritual não seja percebido apenas como “a última tentativa”, mas como mais uma forma de terapia possível e continuamente necessária:

Antes de vir pra cá essa semana eu pensei, 'mas pra quê eu vou lá [CAPC] de novo? Eu já fiz a cirurgia normal [biomédica], já fiz meus tratamentos, eu já estou curado'. A minha mulher falou 'pra que tu vai pra Florianópolis de novo, ficar lá uma semana? Não precisa mais'. Só que daí eu pensei, eu tô curado, mas eu ainda tenho que melhorar muita coisa na minha vida, e essa semana eu decidi que sempre que me chamarem aqui eu vou voltar sim porque é sempre bom, e é tudo igual, mas nunca é a mesma coisa. Eu digo pros meus amigos que aqui eu recarrego minhas baterias, eu me fortaleço mais, eu saio daqui renovado. Eu acho que é bom para eu continuar me sentido bem, manter a minha saúde (paciente do interior do estado, câncer de pulmão, há menos de um ano em tratamento no CAPC).

Quando a gente tem um retorno é tipo assim 'ah, vou parar de novo', mas não porque eu estou doente, é só pra fazer o tratamento porque tu sai de cena pra tomar fôlego, pra tomar distância, se afastar um pouquinho, respirar e olhar isso de um outro ponto de vista, pra reenergizar tudo, pra ver se você pode olhar pra cena do crime com outros olhos, com outra energia, com outra frequência, eu acho que são pequenos salvamentos. Eu sempre tive essa sensação, é um tempo pra mim, uma semana em que eu desligo as conexões com o lado de fora (paciente, câncer no intestino, há 10 anos em tratamento no CAPC).

Cada vez que eu fui voltando lá eu aproveitei mais porque daí eu já sabia como é que era, como é que eles iam fazer e eu digo assim essa última vez que eu tive foi a melhor de todas porque realmente eu fui lá querendo ficar internado e eu não precisava efetivamente, em termos do meu estado de saúde, eu não precisava ficar internado (...) E depois eu também comecei a compreender melhor isso, de que quando você faz uma cirurgia tradicional ou física você está tirando uma parte do teu corpo físico, mas tem toda uma parte energética e espiritual que precisa também ser cuidada e a partir dessa compreensão eu passei também a aproveitar mais a própria cirurgia porque antes eu questionava pra quê fazer a cirurgia espiritual se meu problema tinha sido resolvido com a cirurgia tradicional? (paciente, câncer no intestino, há três anos em tratamento no CAPC).

Assim, a noção de cura deve ser ampliada para se pensar as diversas maneiras de engajamento dos pacientes que, curados ou não (considerando a perspectiva biomédica), continuam a participar dos tratamentos no CAPC. Essa continuidade, embora marcada por uma constante retórica terapêutica matizada por elementos religiosos não

deve ser pensada enquanto uma “conversão religiosa”, mesmo porque a maioria dos pacientes do CAPC são apenas pacientes do CAPC, não fazendo parte do seu quadro de voluntários¹¹³ ou das atividades doutrinárias do NENL.

Por outro lado, pode-se dizer que há de alguma forma uma *conversão terapêutica*, no momento em que muitas dessas pessoas aderem ao tratamento espiritual com uma frequência regular e passam a utilizar elementos explicativos daquele sistema terapêutico para compor um quadro de compreensão não apenas sobre sua doença, mas sobre formas consideradas saudáveis de se conduzir a vida como um todo, da alimentação aos relacionamentos, algo muito próximo do que aponta Maluf (2005) ao tratar dos adeptos das terapias alternativas no contexto da Nova Era.

Ao contrário do que afirma parte da literatura antropológica que trata das curas e tratamentos espirituais, não poderia dizer que essa *conversão terapêutica* implica na introjeção incontestada de valores do grupo nem mesmo na aceitação de todos os elementos de sua retórica terapêutica. É importante ressaltar que quando trato aqui das retóricas terapêuticas presentes no CAPC estou pensando em formas discursivas e não-discursivas que têm por objetivo persuadir as pessoas doentes sobre a validade e relevância de práticas que conduzam à cura não apenas de uma doença, mas do ser como o todo e isso implicaria na produção de certas disposições internas e ações práticas por parte do doente.

No entanto, não penso essa persuasão enquanto uma forma de aprendizado no qual as pessoas simplesmente interiorizam novos conteúdos e formas de interpretação e com isso modificam o modo de representar e significar a experiência da doença a partir do momento que lhes é inculcado um novo repertório de crenças. Rabelo (2010: 6), analisando os tratamentos religiosos no candomblé e no pentecostalismo apresenta uma alternativa interessante para pensar como o tratamento religioso transforma a experiência de aflição e sofrimento com a qual compartilho. Para ela:

“(...) as religiões logram transformar a experiência da aflição na medida em que provêm seus membros e/ou clientes com contextos em que possam desenvolver novas habilidades e sensibilidades. (...)”

¹¹³ Como veremos no próximo capítulo, mesmo entre os voluntários da instituição a ideia de conversão envolve certas complexidades que não se adequam aos modelos explicativos propostos por alguns autores.

Habilidades não são transmitidas, mas refeitas (ou cultivadas de novo) nas várias situações em que principiantes são levados (ou guiados) a se engajar com os lugares, seres e coisas que compõem um mundo comum - são sempre desenvolvidas em contextos de engajamento ativo. (...) Nesta perspectiva, devemos pensar a construção do significado na religião (e, mais particularmente, nos tratamentos religiosos) não como introjeção de conteúdos, mas como desenvolvimento de habilidades e sensibilidades.”

Neste sentido, considero que o poder de persuasão da retórica terapêutica que faz parte do CAPC está no fato dela prover para pessoa doente não apenas formas discursivas para resignificar a doença, mas formas de ação sobre a doença que envolve o desenvolvimento de novas habilidades e sensibilidades e que demandam profundo engajamento do sujeito com o processo de cura. Esse engajamento, no entanto, não deve ser pensando enquanto uma adesão irrestrita aos valores do grupo terapêutico. Não é minha intenção negar os diversos processos de conversão acionados pela participação em formas religiosa de tratamento, elas de fato existem. Minha resistência a essa ideia é que ela de certa forma limita as negociações e as dinâmicas interpretativas diversificadas que emergem dessa relação quando a conversão é pensada como um compartilhamento homogêneo de crenças.

O que percebi é que o leque variado de abordagens que compõe os tratamentos do CAPC, e que refletem a pluralidade crescente que vem tomando corpo no campo da terapia espírita no Brasil, oferece às pessoas doentes que buscam seus tratamentos várias possibilidades de relação com tais práticas, umas mais pautadas nos elementos religiosos, outras mais fortemente ancoradas numa perspectiva psicoterapêutica. Nos dois casos, a busca da cura se torna um mote para tratar não apenas da doença em si, mas de formas de ação no mundo que podem envolver transformações profundas na vida do sujeito impulsionadas pelo evento da doença. Reduzir essa dinâmica a noções de carência econômica, impossibilidade de cura ou simplesmente crença seria simplificar as formas criativas com as quais as pessoas doentes instrumentalizam e acionam essa possibilidade terapêutica, dotando-as de um caráter puramente utilitarista que pouco diz sobre os longos e complexos caminhos percorridos em busca da cura.

A difícil tarefa de (não) generalizar, ou como ver o todo sem reduzir as partes

Desde o começo do trabalho de campo, tentar produzir um perfil para os pacientes atendidos no CAPC se mostrava uma tarefa um tanto quanto impossível de ser levada a cabo com seriedade, pois qualquer exercício de totalização me parecia extremamente redutor da realidade dos atores envolvidos com os tratamentos do Centro. A heterogeneidade dos sujeitos marcada por aspectos que vão desde a questão de classe até a filiação religiosa, passando pela própria doença que para uns era quase passado enquanto para outros era o pleno presente, colocava em questão as muitas tentativas de generalização que eu encontrava na literatura que trata das curas espirituais. Em boa parte dessas análises, o retrato totalizante que se busca imprimir aos pacientes lhes confere, na maioria das vezes, um lugar de passividade onde a experiência suscitada pelo tratamento espiritual e os desdobramentos dessa terapêutica na construção do cotidiano da pessoa doente é ofuscada por ideias como as de clientelismo, “crença”, conversão e submissão do doente aos valores do grupo religioso ou a carências de ordem econômica.

Se a questão econômica pode ser mais facilmente contestada, pois percebemos há, e de certa forma sempre houve, uma classe média e média alta que busca os tratamentos espirituais/complementares e que, apesar da precariedade que ainda apresenta, o acesso das classes populares à medicina aumentou nas últimas décadas, a argumentação em torno da crença ainda persiste. Assim, alguém que “recebe a cura” num tratamento espiritual tornar-se-ia necessariamente um convertido ao “sistema de crenças” do curador, quando já não o compartilhava *a priori*, e os “não-curados” abandonariam esse sistema, buscando alternativas, através de outros curadores.

No caso do CAPC, seria também necessária uma crença nas técnicas terapêuticas complementares empregadas se tomarmos esse paradigma que analisa uma disposição *a priori* como uma motivação intrínseca para adesão a esse tipo de tratamento. No entanto, o que observei é que os sujeitos que formam a clientela dos vários sistemas terapêuticos contemporâneos, incluindo-se a própria medicina alopática, não necessariamente compartilham todos os mesmos símbolos e representações envolvidos nesses sistemas, e ainda, muitas vezes nem sequer acreditam neles, o que não impede a pessoa doente de buscá-los

na sua trajetória terapêutica, como acontece no CAPC onde nem todos os pacientes são adeptos do espiritismo ou de qualquer outra religião e apesar de buscarem esse tratamento podem questionar algumas de suas práticas, e isso ocorre até mesmo entre os voluntários como veremos no próximo capítulo.

Penso como Pacheco (2004) que a noção de “crença”, quando tomada no seu sentido comum, não pode funcionar como uma forma de generalizar os pacientes que buscam o CAPC ou quaisquer formas de tratamento espirituais (e porque não dizer biomédicas, já que alguns pacientes dizem não acreditar na medicina alopática, mas também fazem uso dela), pois se eles têm uma motivação inicial para buscar esse tratamento não é certamente por uma questão de crença enquanto representação, mas enquanto confiança ou crédito que é dado ao tratamento. Isso nos permite compreender melhor como um agnóstico ou um evangélico pode procurar tratamento no CAPC, assim como uma enfermeira fazer uma operação com um médium incorporando o Dr. Fritz apesar de assegurar que “não acreditava naquilo” e, embora seu problema tenha sido resolvido pelo médium sem infecções ou outras complicações, isso não a impediu de dali há poucas semanas fazer um teste para se assegurar de que não havia sido contaminada pelo vírus HIV durante a cirurgia espiritual.

Do mesmo modo, a ideia de que as pessoas analisam a continuidade ou não dos tratamentos espirituais com base em elementos puramente utilitários e racionalizados envolvendo a supressão total dos males que lhes afligem como argumenta, por exemplo, Greenfield, não encontrou eco nessa investigação etnográfica, pois eram muitos os pacientes “não-curados”, os que a despeito dos meandros da sua busca não havia encontrado a cura (seja na medicina, seja no CAPC) e até mesmo aqueles que sabiam que essa “cura física” não seria possível, mas encaravam a aceitação e um modo tranquilo de conviverem com suas doenças enquanto uma forma de estar curado.

Obviamente que todas essas situações que aqui coloco em questão (carência econômica, gravidade da doença, ausência de possibilidade terapêutica na biomedicina, pertencimento religioso, etc) também fazem parte desse cenário, mas elas não dão conta de totalizar os modos diversificados através dos quais os pacientes com os quais convivi no CAPC se engajam ou não naquela prática terapêutica.

Assim, há aqueles que irão telefonar e cancelar seu retorno, pois os exames mostraram que os tumores aumentaram, “a cirurgia espiritual

não funcionou”, outros que consideram que estão fazendo tudo conforme lhes é indicado pelo CAPC e por seus médicos e ainda assim os exames não são bons, metástases apareceram e, por isso mesmo, persistem no tratamento espiritual, alguns que se dizem descrentes, mas estão “testando esse tratamento” para ver o que acontece ou aqueles que, diante da precariedade do serviço médico oficial ao qual tem acesso, encontraram no CAPC senão uma cura, mas o carinho, a atenção e o acolhimento que lhes fortalece para continuar com a sua “luta lá fora”. Não seria simplesmente a cura pautada na ideia de supressão de sintomas ou sinais de uma doença ou uma crença internalizada que motivaria uma pessoa a iniciar, continuar ou interromper seu tratamento espiritual/complementar no CAPC, mas antes o que esse tratamento faz funcionar em sua vida para além dele mesmo e que, de alguma forma, permite a construção de sentidos mais amplos para a experiência da doença e formas de trazer bem-estar e alívio. Isso, no entanto, não envolve necessariamente a conversão total aos valores da instituição ou a aceitação tácita da retórica terapêutica que ali se apresenta, mesmo no caso dos pacientes que, mobilizados por essa forma de tratamento tornaram-se voluntários do CAPC, algo que discutiremos no próximo capítulo.

Capítulo VI

De Paciente a Terapeuta: o voluntariado no CAPC

Neste capítulo analiso o corpo de voluntários que forma o CAPC. O voluntariado é o cerne das atividades realizadas no Centro, assim como no NENL onde se concentra boa parte dos cerca de 800 voluntários cadastrados nas duas instituições. A maior parte das pessoas que se dispõe a trabalhar nas atividades terapêuticas do CAPC é formada por ex-pacientes da casa. No entanto, o pertencimento e a formalização de um vínculo com a instituição não necessariamente implica na ideia de conversão religiosa ou de participação mais ativa nas atividades doutrinárias relacionadas ao espiritismo. Tampouco esses pacientes podem ser identificados como aqueles que foram definitivamente “curados” de seus males, pois muitos deles continuam a ser pacientes do CAPC, seja em tratamentos de “reforço” ou de intervenção constante sobre suas doenças crônico-degenerativas. Assim, ao passar a condição de voluntário, a pessoa não necessariamente abandona seu lugar de paciente na instituição, ao contrário, a ideia da *conversão terapêutica* entre esses sujeitos se torna mais acentuada de modo que manter-se continuamente em tratamento faz parte de um projeto de cura mais amplo no qual a dimensão física se torna um dos elementos entre outros tantos envolvidos nesse processo.

A heterogeneidade dos pacientes que buscam o CAPC é refletida no seu corpo de voluntários, muitos dos quais continuam professando suas religiões de origem e não se reconhecem como espíritas, nem sempre estão de acordo com todas as práticas terapêuticas da instituição e compartilham de maneiras polissêmicas os símbolos ali dispostos. No entanto, essas pessoas tem em comum a experiência com uma doença grave e com o tratamento que receberam no CAPC que resultou muitas vezes numa profunda mudança de percepção sobre a vida como um todo. A imersão em um universo espiritual-terapêutico com possibilidades diversas de engajamento, o sentimento da dádiva e a percepção do trabalho voluntário como parte de um projeto maior de cura e crescimento pessoal seriam fatores aglutinadores desses trabalhadores que, dentro das suas diferenças, conseguem produzir uma rotina terapêutica coerente e ordenada com o objetivo maior de oferecer a outros o auxílio que um dia eles receberam na busca da cura.

Como abordado no capítulo anterior, a noção de caridade espírita no Brasil está muito relacionada às obras de assistência social prestadas sem cobrança de qualquer valor financeiro assim como às práticas terapêuticas. Em termos doutrinários, a caridade vai além dessa relação de doação material, compreendendo “a benevolência para com todos, a indulgência para as imperfeições dos outros, perdão das ofensas (...) não se restringe a esmola, abrange todas as relações em que nos achamos com nossos semelhantes, sejam eles nossos inferiores, nossos iguais ou nossos superiores” (Kardec, 1944: 407). Assim, a caridade espírita deve ser entendida como uma disposição para o devotamento ao próximo, em várias acepções, sendo este o caminho para evolução espiritual já que “fora da caridade não há salvação”.

No Brasil, os espíritas investiram na assistência social como forma privilegiada de fazer a caridade e, através dela, difundir e legitimar a doutrina bem como formar adeptos. Não raro os centros espíritas possuem alguma atividade que envolve a assistência social associada ao investimento doutrinário com objetivo de desenvolvimento humano-espiritual. No entanto, a noção de caridade no espiritismo não deve ser reduzida aos aspectos materiais que ela quase sempre envolve no Brasil, sobretudo, quando sabemos que nem todos que buscam os centros espíritas o fazem em busca de bens materiais, mas antes estão em busca de bens de outra ordem que lhes tragam conforto espiritual ou respostas para o tratamento de aflições que estão para além da matéria.

Do mesmo modo, aqueles que prestam a caridade, os que se colocam a disposição do próximo, nem sempre tem o que doar em termos materiais. É antes uma doação de afeto, de tempo, de escuta, de preces, de palavras, de energias, de conselhos morais e religiosos, de imaterialidades. Ser caridoso diz respeito a uma relação com o outro através da qual espíritos encarnados e desencarnados estão envolvidos em busca de um crescimento que é antes de tudo espiritual e que tem como foco o melhoramento, ou nos termos espíritas, a evolução da humanidade enquanto espíritos. Nessa relação, embora aquele que dá pareça ter uma posição privilegiada, ele na verdade também seria um necessitado que encontra na disponibilidade daquele que pede e recebe a oportunidade para aprimorar-se enquanto espírito.

Ser um “espírita praticante” envolveria a observância do tripé mediunidade, estudo e caridade. Essa tríade seria a base sobre a qual se

assenta a doutrina espírita de modo que aquele que se diz espírita participa desses lugares e é através deles que se daria a construção do espírita enquanto membro de uma comunidade religiosa. Subentende-se que aqueles que tornam-se membros atuantes de um centro espírita, fazendo-se presentes nas diversas atividades que podem ser desenvolvidas nesses espaços, obrigatoriamente estão envolvidos nas práticas mediúnicas, de estudo e da caridade, já que uma coisa levaria a outra.

Porém, concordo com Camurça (2000: 114), quando diz que a “realidade prática das religiões nunca corresponde, na sua inteireza, às fórmulas doutrinárias e teológicas, produzindo reelaborações, ênfases e interpretações distintas entre si do texto doutrinário”. Isso serve para pensar os modos como a tríade mediunidade, estudo e caridade se apresentam no CAPC, onde esses três elementos se articulam de formas menos rígidas para compor não exatamente um corpo de espíritas que atua nessa instituição, mas o voluntariado que dá vida a suas práticas.

No decorrer do capítulo as especificidades do voluntariado no CAPC ficarão mais claras, mas por hora devo alertar que uso aqui o termo voluntário, médium, terapeuta ou trabalhador para me referir a todos aqueles que atuam no CAPC sem exercer uma atividade remunerada. No entanto, alguém pode ser voluntário do CAPC e não ser médium bem como aplicar uma determinada terapia sem ser terapeuta no sentido de ter uma formação específica. Como veremos, a questão da mediunidade ali tem suas particularidades que se distanciam dos modelos observados em outros centros espíritas.

Um “voluntário-médium” do CAPC pode dar passe e ser católico, budista ou sem religião, ser formado em vários tipos de terapias em espaços fora do Centro ou ter aprendido tudo que sabe no cotidiano da instituição, pode ainda acreditar ou não em algumas práticas realizadas na casa, não frequentar a escola de médiuns¹¹⁴ ou participar de todas as atividades possíveis trabalhando a semana inteira como voluntário em vários turnos. Do mesmo modo, um voluntário pode aplicar cromoterapia e não ser cromoterapeuta ou dominar a formulação de um fitoterápico e não ser bioquímico. Enfim, os voluntários e os modos de exercício de voluntariado no CAPC envolvem uma gama complexa de sujeitos, ações, discursos e

¹¹⁴ Isso era algo mais comum quando fiz a pesquisa, porém como já mencionado, o NENL/CAPC vem buscando no último ano desenvolver uma sistematização e padronização de suas atividades através da participação obrigatória de seus voluntários na escola de médiuns.

percepções sobre religiosidade, medicina, saúde-doença e o exercício da caridade difícil de ser descrita num modelo de atuação comum para todos que ali trabalham.

Doente, terapeuta, médico, médium: os lugares do voluntário no CAPC

Assim como a maior parte dos centros espíritas, o NENL/CAPC presta suas atividades gratuitamente àqueles que os procuram. Para manter uma estrutura que atende em média duas mil pessoas por semana não apenas as doações financeiras são necessárias assim como as subvenções estatais. É através do trabalho voluntário de centenas de pessoas que as duas casas podem executar as diversas atividades diárias que envolvem desde a produção de medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e pomadas até a troca da roupa de cama, as avaliações médicas e, claro, todo tratamento espiritual que envolve as terapias e a cirurgia espiritual.

Os dados quanto ao número de voluntários que atuam na casa variavam a cada conversa com os dirigentes. Quando comecei minha pesquisa em 2009 eram 680 voluntários e em março de 2010 esse número já seria de 806 pessoas cadastradas no NENL, segundo irmão Álvaro. Diretamente no CAPC atuariam cerca de 200 pessoas em turnos diferentes e o número de voluntários por turno no CAPC variava entre 12 e 45 pessoas. Normalmente, os turnos da manhã eram os que tinham menos pessoas trabalhando, as equipes eram formadas, em média, por 12 pessoas. A sexta-feira à noite, quando ocorre a cirurgia espiritual, era certamente o turno com maior número de voluntários trabalhando¹¹⁵. Embora não tenha feito um levantamento socioeconômico, posso dizer que a faixa etária dos voluntários está entre 40-60 anos e são raras as pessoas jovens com menos de 30 anos. Assim como acontece entre os pacientes da casa, os voluntários do CAPC também vêm de extratos sociais diversos, porém a maioria pertence às classes média e média alta, muitos são profissionais liberais ou aposentados e com formação em nível superior.

¹¹⁵ Devido ao grande número de voluntários é comum que muitos não se conheçam, especialmente aqueles que trabalham apenas no NENL ou apenas no CAPC, e mesmo os que atuam na mesma instituição podem não se conhecer quando trabalham em dias e turnos distintos.

Tanto no NENL quanto no CAPC a maior parte dos voluntários eram formada por mulheres. Elas estavam em número expressivo e eram maioria em vários setores dentro das duas casas, atuavam como dirigentes, coordenadoras de turno, médiuns operadoras, facilitadoras de grupos terapêuticos, palestrantes, médicas. Nas atividades remuneradas que envolvem as atividades da cozinha, da limpeza e da enfermagem, elas também eram maioria. Em determinados turnos, como a quarta-feira pela manhã, havia apenas mulheres atuando. Para uma das voluntárias que trabalhava neste dia:

Homem na quarta de manhã não dura aqui, já teve um ou outro, fica um tempo, mas desistem. Acho que porque é um trabalho de acolhimento, de conversar mais com o paciente, de interiorização mesmo que a maioria dos homens não está acostumada, não tem muito jeito pra isso. Era até bom ter homens porque às vezes tem uma pessoa mais debilitada para colocar na cama, levar numa cadeira de rodas, acompanhar a troca de roupa nos quartos masculinos, e tudo isso somos nós mulheres que fazemos.

As mulheres eram muitas vezes percebidas como “cuidadoras naturais”. A associação da mulher a esse papel se revelava na aplicação de várias terapias que envolviam o toque no corpo do paciente. Procurava-se sempre formar equipes mistas para atuar nos quartos femininos, evitando-se ao máximo colocar apenas homens na aplicação da uma terapia, porém o contrário ocorria com frequência, quando equipes ou duplas de mulheres faziam a terapia nos quartos masculinos. Esse cuidado era explicado pela atenção às pacientes que, considerava-se, ficariam menos confortáveis de serem tocadas por homens, às vezes em partes como os seios, e já teria havido queixas no passado de uma paciente que considerou que um voluntário teria apalpado seu corpo de forma suspeita. Os pacientes homens, por outro lado, não seriam tão molestados por estarem sendo tratados por mulheres, embora um possível constrangimento da voluntária não seja considerado da mesma forma nessa relação quando ela, por exemplo, tem que solicitar que o paciente baixe a calça para colocar uma terapia nos testículos. Em todos os casos, no entanto, o que se esperava era que tanto os voluntários quanto as voluntárias tivessem uma postura terapêutica humanizada, porém neutra e objetiva com relação ao corpo do paciente, similar àquela que deve ser expressa por um profissional de saúde:

A gente às vezes se choca com alguma coisa que vê aqui, eu no começo me chocava muito com as mutilações, mas temos que agir calmamente, não ficar impressionado com aquilo porque isso até interfere no processo energético da terapia. Temos que tratar o paciente com gentileza e na hora de fazer a terapia é preciso respeitar o corpo daquele irmão ou irmã, não deixar o paciente exposto e se concentrar espiritualmente no que está fazendo, não pode ficar se impressionando com a situação de cada um, o nosso objetivo é tratar bem aquela pessoa. Ficar lá assustado sem saber o que fazer porque se chocou com uma mutilação não vai ajudar em nada (voluntário).

Assim, para os que aplicavam as terapias *físico-energéticas*, esperava-se que, mesmo sem ter um treinamento específico na área biomédica, o voluntário ou voluntária desenvolvesse uma certa postura terapêutica onde o cuidado perpassado pela gentileza fosse aliado a uma dinâmica objetiva e técnica, muito marcada pela padronização dos procedimentos que fazem parte da rotina terapêutica do CAPC. Neste sentido, o fato de muitos voluntários serem pacientes e ex-pacientes que já passaram pelo câncer ajudaria a compor essa postura mais naturalizada diante das mutilações ou sequelas deixadas pela doença.

Muitos voluntários do CAPC comentam que, segundo a direção geral, esperava-se que ali os trabalhadores fossem quase todos ex-pacientes da casa, pessoas que seriam tratadas do câncer e viriam trabalhar no Centro ajudando outras pessoas doentes a passar pelo mesmo processo que elas já haviam enfrentado, formando assim uma rede solidária. A cura ou o alívio da doença tornaria essas pessoas as mais aptas para “falar com a linguagem” do doente e ao mesmo tempo compreender suas angústias e aflições. De fato, a maioria dos voluntários do CAPC realmente é formada por pacientes e ex-pacientes, pessoas que ora atuam como terapeutas e tratam os outros, ora estão como pacientes sendo tratadas, já que sempre estão realizando os “tratamentos de reforço”, mesmo que não apresentem mais sintomas da doença.

No entanto, alguns voluntários do CAPC não fizeram seu tratamento ali, foram tratados no NENL quando o CAPC ainda nem existia. Outros foram acompanhantes de familiares ou amigos que foram pacientes do Centro ou do NENL e se identificaram com a instituição a ponto de tornarem-se voluntárias. Havia ainda aquelas pessoas vindas de outros centros espíritas que viram no NENL/CAPC a oportunidade de atuarem de uma forma mais dinâmica no exercício da caridade através

de uma prática terapêutica intensa e ainda aqueles que atuavam em alguma especialidade terapêutica, como o reiki ou a terapia de florais, ou como médicos, e se dispuseram a trabalhar como voluntário dentro da sua especialidade, mas sem participar das terapias próprias da casa que envolviam o aprendizados de outras técnicas e a participação mais sistemática nas atividades gerais das duas casas.

O processo para tornar-se um voluntário envolvia em teoria um sistema a ser seguido por todos, mas na prática as coisas não aconteciam de forma tão linear assim. As pessoas que desejavam ajudar como voluntárias eram orientadas a participar de palestras que ocorriam aos sábados durante todo o ano onde eram tratados aspectos gerais da doutrina espírita como mediunidade, obsessão, reencarnação, carma, etc. O ideal era que se participasse dessas palestras, denominadas de evangelização, durante o período de um ano após o qual se realizava um retiro espiritual, chamado também de retiro universal, que consistia em um dia inteiro de palestras e atividades realizadas no NENL e que em nada se assemelhava a qualquer ritual de iniciação ou de confirmação de uma “conversão religiosa”. Ao contrário, o caráter de formação nesse retiro era bastante enquadrado dentro de uma estrutura didática e escolar, bem ao estilo de palestras empresariais com apresentação de slides e dinâmicas de grupo, sem atos ou discursos de ordem estritamente religiosa, salvo um passe que todos receberam antes do início das atividades¹¹⁶. O retiro universal seria o cartão de entrada para atuação do voluntário nas mais diversas terapias, embora fosse através da prática dentro da instituição que ele ou ela seria capacitado para tornar-se um terapeuta de fato. Após o retiro, o processo de formação e desenvolvimento do voluntário dentro da instituição seguiria sendo feito através da escola de médiuns que no decorrer da minha pesquisa se tornou um protótipo para implantação da Universidade Espírita Nosso Lar.

No entanto, as coisas não ocorriam sempre de modo tão linear. Quando iniciei a pesquisa no CAPC me dispus a ajudar no que fosse possível mesmo sem formalizar uma condição de voluntária, conforme já discuti na introdução. Recorrentemente era lembrada por um dos

¹¹⁶ No ano em que participei do retiro, as palestras giraram em torno de questões como meio ambiente, poluição, a fome no mundo, saúde, emoções, na realização de dinâmicas de grupo e na intervenção de alguns jovens que apresentaram pequenas esquetes cômicas nos intervalos entre uma palestra e outra, descontraindo a plateia com sátiras relacionadas ao universo espírita.

dirigentes de que eu não poderia ajudar muito “já que a irmã não é médium da casa, não fez o retiro”. Assim, minha ajuda era limitada aquelas atividades que eram consideradas “não mediúnicas ou energéticas”, como a massagem nos pés ou a condução de pacientes para os quartos após a cirurgia espiritual. Essas atividades eram desempenhadas também pelos voluntários que fizeram retiro, mas elas eram o espaço preferencial para inclusão das pessoas que buscavam o NENL ou CAPC querendo ser voluntárias antes de concluir o processo de preparação através da evangelização. Assim, algumas pessoas iniciavam sua atividade de voluntariado e começavam a ter um contato direto com os bastidores da instituição e a dinâmica que envolvia suas práticas ao mesmo tempo em que iniciavam contato com a doutrina espírita através das palestras do sábado.

Para algumas pessoas, especialmente aquelas que já tinham um histórico dentro do espiritismo, participar das palestras aos sábados era muitas vezes visto como uma perda de tempo, pois elas já conheciam a doutrina espírita e consideravam que seria mais útil ajudar as pessoas fazendo “qualquer coisa” na instituição. Teoricamente, todos os candidatos a voluntário, mesmo aqueles que vieram de outras casas espíritas, deveriam passar pelas palestras e pelo retiro para ser um voluntário, porém conheci voluntários que nunca haviam feito o retiro, outros que fizeram retiro sem assistir as palestras e ainda aqueles que, devido a sua formação como terapeuta ou médico, foram aceitos como voluntários para atuarem dentro de sua especialidade sem precisar passar por qualquer um dos processos¹¹⁷.

Alguns pacientes ao finalizarem seus tratamentos no CAPC buscavam a casa para serem voluntários, sendo que alguns deles podiam ser convidados por outros voluntários a vir trabalhar na instituição. Os pacientes que participavam dos grupos terapêuticos eram bastante incentivados a se tornarem voluntários e neste caso não necessitavam passar pelo processo de evangelização para fazer o retiro universal. Desta forma, uma maneira de “burlar” a formação doutrinária que era feita aos sábados com as palestras seria ser um paciente “trabalhado” nos grupos terapêuticos, pois se entendia que após a participação em um grupo a pessoa teria uma compreensão da proposta terapêutica que

¹¹⁷ Entre 2009 e 2010, as pessoas que tinham assistido pelo menos quatro palestras durante o ano foram autorizadas a fazer o retiro e muitos voluntários já haviam me alertado quanto a isso dizendo que “não é preciso ir todos os sábados, vai indo no que você puder”, embora outros, sobretudo, os mais antigos, colocassem grande ênfase na formação doutrinária dos sábados.

envolve o tratamento no CAPC bem como estaria um pouco mais habilitada para tratar com outros pacientes e “ajudá-los a compreender” as complexidades do seu processo de cura, algo muito similar aos modelos de formação de psicanalistas e psicoterapeutas.

Isso não significa que o voluntário que passou pelos grupos iria conduzir grupos terapêuticos, função que era exercida por pessoas treinadas em alguma técnica psicoterapêutica, mas que ele ou ela já recebeu uma preparação que de certa forma acaba sendo quase que equiparada àquela oferecida nas palestras de sábado, embora não seja de conteúdo religioso-doutrinário, mas espiritual-terapêutico. Assim, a inclusão dos voluntários no CAPC nem sempre acontecia de maneira uniforme e idêntica para todos¹¹⁸. Entretanto, como já mencionei, entre 2010 e 2011 o apelo para que todos os voluntários fizessem parte da escola de médiuns foi reforçado ao ponto de tornar-se pré-requisito para prática do voluntariado.

Como minha participação no CAPC tornou-se muito mais reduzida nesse período não poderia dizer qual o efeito que essa exigência provocou junto a boa parte dos voluntários que não participavam da escola de médiuns ou que já haviam participado dela anos atrás e consideravam-se “formados”. Porém, posso falar da minha experiência particular. Em 2011 fui avisada sobre a necessidade de que todos os voluntários estivessem de agora em diante na escola de médiuns. Uma turma seria aberta aos domingos e eu deveria me matricular se quisesse continuar no CAPC. No entanto, não me parecia viável nem recomendável participar de uma atividade nova na instituição que eu havia investigado quando eu já havia decidido fechar a coleta de dados e estava escrevendo a tese, pois considerando o meu duplo posicionamento, como voluntária e pesquisadora, eu jamais conseguiria ter um olhar “neutro” ou não investigativo sobre qualquer atividade do NENL ou CAPC, de modo que mais dados poderiam ir se acumulando a minha frente.

Assim, encaminhei uma mensagem ao presidente da instituição, irmão Álvaro, solicitando autorização para continuar a dar apoio à terapia da oração, dentro das minhas possibilidades de tempo e considerando que me encontrava na escrita da tese. Informei-lhe que eu ajudava os voluntários que conduziam a terapia com os avisos e o

¹¹⁸ Os voluntários são cadastrados sob a lei 9.608 de 18/02/1998 que dispõe sobre o caráter do trabalho voluntário no Brasil e assegura assim respaldo legal tanto para instituição quanto para os voluntários.

controle do aparelho de som, que eram de fato minhas únicas atividades nessa terapia, e que não estava participando da aplicação de nenhuma outra terapia da casa, o que era a mais pura verdade. Sua resposta foi:

Irmã Waleska,

As novas determinações da Direção Geral do NENL e CAPC, buscam a melhoria no trabalho e atendimento. No caso de você já estar *inserida como terapeuta e não religiosa*, concluindo um trabalho de estudo, a nossa intenção é mantê-la na atividade, porém na troca, no retorno ou na modificação da função atual, exigirá o enquadramento no novo processo interno de Nosso Lar. Continue na atividade, procure falar com quem você está trabalhando, avise desta tomada de posição e na dúvida volte a contatar.

Em sua mensagem me pareceu particularmente interessante a separação feita entre *terapeuta e religiosa*, pois ela aponta divisões estratégicas de compreensão sobre o trabalho terapêutico-espiritual que continua a permitir a multiplicidade de lugares que o voluntário pode ocupar na instituição. Embora a tentativa seja construir um padrão único e uniforme, algumas “brechas” podem ser abertas. No meu caso, o entendimento de que minha atuação era unicamente como terapeuta e não religiosa, ou seria melhor dizer *médium*, possibilitou minha permanência na terapia da oração, uma atividade que não envolve os passes como a salinização, por exemplo, na qual cheguei a atuar durante curto tempo. Sua separação me pareceu mais uma forma de construir espaços legítimos de absorção dos imprevistos que fazem parte da rotina terapêutica da casa, como já pontuei anteriormente, e que certamente despontaram a partir dessa resolução de tornar a participação na escola de médiuns obrigatória para os voluntários. Separar tais categorias poderia ser uma maneira de manter a norma, ser rígido na formulação de padrões internos de funcionamento institucional, e também conseguir acomodar as exceções, que de fato já existiam, pois como eu disse nem todos os voluntários ocupam o mesmo lugar ali.

(Ex)-paciente e terapeuta

Para muitos voluntários, sua atuação no CAPC iniciou-se concomitantemente ao tratamento espiritual. Aqueles que chegaram à casa pouco tempo depois de sua fundação encontraram um serviço

voluntário bem diferente do que existe hoje. Não havia ainda as equipes fixas de cozinha e limpeza remuneradas de modo que uma forma de iniciar no trabalho voluntário envolvia essas atividades:

Hoje é muito bom e as pessoas ainda reclamam, né? No começo a gente que fazia a limpeza, lavava prato, recolhia o lixo do banheiro, passava roupa, tudo! No sábado acordava 5 da manhã pra preparar o café dos pacientes. Quando iniciava como voluntário era fazendo isso, fazendo essas atividades e aprendendo depois as terapias e fazia uma coisa e outra, não tinha outros pra fazer, saía da terapia e ia arrumar a cozinha (voluntária).

Alguns voluntários mais novos esperavam que essas fossem as funções que eles iriam desempenhar no início, trabalhos ligados à limpeza ou a questões burocráticas, mas não diretamente com as terapias. Porém, os que passavam pelo retiro podiam imediatamente iniciar pelo menos os passes de câmara que eram ensinados na prática cotidiana do Centro assim como as demais terapias que iam sendo gradualmente repassadas aos novatos.

Deste modo, no espaço relativamente curto para uns e mais demorado para outros, uma pessoa poderia sair da condição de paciente para voluntário (embora o primeiro status nunca seja de fato totalmente abandonado), o que podia compreender uma atuação ora mais terapêutica ou mediúcnica, ora uma atividade de caráter auxiliar ou burocrático, como preencher prontuários ou recepcionar e conduzir pacientes no interior do hospital. O desempenho de uma função a ser ocupada dependia não apenas da demanda, mas podia abarcar também a vontade do (ex)-paciente que buscava, entre as diversas atividades oferecidas no CAPC, atuar naquela com a qual ele ou ela se sentisse mais identificado.

Certamente que algumas atividades exigiam uma capacitação especial, tanto terapêutica quanto espiritual. Assim, não era qualquer um que podia ser um médium doador durante as cirurgias, ou um coordenador de turno. Tais funções exigiam uma participação mais ativa do voluntário que geralmente era chamado a fazer parte delas em virtude do comprometimento que demonstra ter com a casa, verificado, sobretudo (mas não exclusivamente) entre aqueles que participam das atividades doutrinárias do NENL.

Em todo caso, a passagem de paciente a voluntário já conferia a pessoa um reposicionamento dentro da instituição. A partir desse

reposicionamento ela adentrava em outras esferas da instituição e tomava conhecimento dos bastidores que compunham o lugar, as formas de organização do trabalho dos “anjos de branco”, como muitos pacientes chamavam os voluntários, e as demais figuras do panteão religioso que fazem parte do lugar e que não eram explicitadas para os pacientes, como as entidades andinas evocadas nas aberturas de cada turno de trabalho, o Nego Adão e os pretos-velhos.

Era na condição de voluntários que os pacientes ganhavam acesso ao pavimento destinado aos médiuns onde se deparavam com a imagética indígena, com os conflitos inerentes à organização do trabalho terapêutico, marcado muitas vezes por disputas de poder e divergências conceituais que podiam chocar os novatos e até excluir alguns do processo, mas eram muitos os que sobreviviam à quebra da idealização romântica de uma harmonia perfeita entre os irmãos e irmãs trabalhadores da casa em prol da ênfase contínua no bem estar do paciente, ou seja, dele mesmo que amanhã ou depois estaria novamente internado sendo cuidado agora pelos seus colegas. Quando passavam para o outro lado, os pacientes descobriam que o amor ao próximo era uma prerrogativa no CAPC que envolvia uma disciplinarização constante de tarefas, de posturas, de comportamentos, de valores e isso envolvia conflitos.

Estar atento ao modo de resposta a esses conflitos podia ser a chave para permanência na empreitada de ser um voluntário e isso envolvia diferentes motivações. Para uns, a própria doutrina aparecia como modelo explicativo e os conflitos eram vistos como formas de treinar a humildade, o amor ao próximo e a tolerância com as limitações de todos, pois percebem que “aqui não há santos, somos espíritos em evolução”, de modo que contornar os desafetos na relação com um ou outro colega, suportar os “puxões de orelha” com humildade, aceitar as mudanças que são impostas na rotina terapêutica seriam formas de crescer espiritualmente.

Então eu acho assim que existem pessoas lá maravilhosas que me ajudam, eu me lembro quando eu entro na sala de cirurgia tem umas que são bem grossas, ah, você tem que arrumar a cama, você não pode deixar isso assim! Poxa, era o meu primeiro dia! Ai tem outra que diz vem cá, vamos fazer assim, porque tem que ser assim, com carinho, com paciência. Então pra mim tá sendo uma escola também, tanta coisa que eu percebi, que Deus me oportunizou. E eu penso assim, eu estou ali pelos pacientes, e também pela minha evolução espiritual e é

isso que importa (voluntária, nunca foi paciente do CAPC).

Tem aquela pessoa às vezes que te enche o saco aqui, que só reclama, e que a gente sabe que são pessoas difíceis de se trabalhar e até se pergunta como essa pessoa está numa casa espírita com esse temperamento. Mas talvez esse irmão ou essa irmã esteja aqui justamente para nós ensinar a ter paciência, a ser humilde, aprender a tolerar. Como eu sei se eu não tenho até um carma com aquela pessoa e estamos aqui pra resolver isso? (voluntária)

Para outros, o projeto espiritual-terapêutico da casa seria muito maior que qualquer uma das pessoas que ali trabalham e como já estiveram do lado de lá, como pacientes, reconheciam os benefícios que o tratamento oferecia e que não deveria ser suspenso ou desvalorizado pelas discórdias internas:

Se eu tivesse que trabalhar no CAPC só como trabalhadora não ia funcionar, o quê que faz eu fazer bem esse trabalho como eu acho que dá pra fazer? O fato de eu ser paciente, porque eu tenho o outro lado. Então pode ter a maior muvuca entre os trabalhadores do CAPC e já vi muvucas lá, brigas, competições, disputas, choque de autoridades, eu respiro fundo e digo esse projeto é maior do que as pessoas. Pra mim isso é uma coisa muito clara, eu não estou lá por ninguém, eu estou por mim e em nome desse projeto e sei que são pessoas que tem que botar isso em prática e as pessoas são atrapalhadas, vão pisar na bola, mas isso é sempre menor que o projeto, o projeto é muito grande. Daí quando tu entra lá como paciente, tu vê que os pacientes não desconfiam que possa haver problemas entre os trabalhadores, não chega neles, não chega de jeito nenhum! Eu já me internei várias vezes e nunca suspeitei que pudesse ter o que eu já vi como trabalhadora acontecendo, dá sempre tudo muito certo. O projeto é tão especial, tão grande que ultrapassa tudo isso (voluntária).

Eu sempre digo pro pessoal quando chega fim de ano, acho que irmão Savas que é o mentor da casa, ele sacode a árvore pra ver quem despenca e quem fica agarrado. Não só final de ano, durante o ano ele também faz isso, mas é mais final do ano. Então, algumas pessoas quando começam com nhêm-nhêm-nhêm, sabe? E com picuinha, ou que levam qualquer coisa pelo lado pessoal 'ah, porque eu vou sair, porque não sei o que' eu sempre digo olha, irmão Savas tá sacudindo a árvore (risos). Porque é uma coisa de saber que a tua motivação, o que te move a continuar, a estar aqui deve ser realmente verdadeiro e mais forte do que qualquer coisa pessoal que tem mais a ver com o ego. Eu

já fui testada, eu me sinto testada aqui, ai eu paro e digo 'chispa daqui!' a minha motivação é muito maior do que isso, às vezes não é fácil, mas eu estou aqui penduradinha, agarradinha nessa árvore (voluntária).

Assim, ter sido um paciente traz para alguns uma motivação especial para enfrentar a realidade institucional que envolve parcerias, amizades e afetos, mas também disputas de poder e as “muvucas” inerentes a uma instituição formada por centenas de pessoas.

Alguns desses conflitos envolviam o aprendizado das técnicas terapêuticas onde se podia observar eventualmente (e de forma isolada) disputas entre algum voluntário mais antigo e os mais novos pelo controle de uma terapia de modo que em reuniões alguns dirigentes alertavam que as terapias “não pertencem a ninguém” e que o conhecimento devia ser repassado para que na falta de um voluntário outros soubessem desempenhar aquela função¹¹⁹. Esse aprendizado, portanto, devia se efetuar especialmente através da prática cotidiana quando um voluntário mais experiente ensinava aos mais novos como proceder e aplicar determinadas técnicas.

Como já foi dito, muito pouco era explicado sobre as terapias no sentido de suas funcionalidades, o foco se concentrava na técnica que devia ser bem aprendida, sobretudo para as terapias realizadas em equipes de quatro ou cinco pessoas que envolviam uma sincronicidade de movimentos, gestos, posições e falas específicas para cada membro da equipe:

As terapias têm um padrão pra que todos saibam as mesmas coisas, sem inventar nada, sem criar dogmas em cima daquilo ali. O irmão Álvaro foi muito feliz em uma colocação na reunião com todos os trabalhadores da casa quando disse que a iodo-podal tava parecendo uma procissão, uma bandeja na frente e os trabalhadores atrás e não é uma procissão, são os trabalhadores que têm que se deslocar, se locomover entre um quarto e outro, de um leito para o outro e não uma procissão, não tem que se dogmatizar nenhuma das terapias, nada. Tem que existir é uma padronização entre todas as terapias, então é explicado assim, é explicado o padrão (voluntário).

¹¹⁹ Durante a pesquisa conheci voluntários que estavam trabalhando no NENL e/ou CAPC com distintos períodos de tempo. Os mais antigos estão entre os dirigentes, alguns deles trabalhavam há quase 30 anos na casa. Dos que trabalhavam diretamente no CAPC uma boa porcentagem estava lá há pelos menos 10 anos, e em segundo lugar aqueles que têm entre 3 e 5 anos de voluntariado.

Percebi que entre os voluntários que eram ex-pacientes não ter explicações sobre as terapias não se constituía em grande problema, pois enquanto pacientes eles também não receberam muitas explicações. Os que estavam há mais tempo na casa também estavam menos preocupados com um conhecimento teórico mais apurado sobre as terapias. De forma geral saber que elas agiam energética e espiritualmente para trazer conforto, bem estar e, quem sabe a cura, era o mais importante e assim um certo conhecimento em torno de categorias gerais como “limpeza”, “desintoxicação”, “encapsulamento” ou “energias” era bastante compartilhado na construção das explicações teóricas dadas por muitos voluntários sobre as terapias. Porém, com os preparativos para transformar a escola de médiuns em uma faculdade espírita, os mais novos consideravam que saber das funcionalidades era algo importante que deveria envolver a todos os voluntários:

Eu acho que agora eles vão explicar pra todo mundo saber o que é o caulim, por exemplo, pra que serve, do que é feito, como funciona. Isso eu acho que eles vão explicar nessa nova dinâmica, porque antes todo mundo fazia as coisas e fica tá, mas o que é isso? Pra que que é isso, sabe? Todo mundo fazia por fazer e porque tava a fim de fazer, caridade essas coisas, mas eu gostaria de saber cada coisa que é aplicada e por que né? (voluntária).

Eu acho assim que se você lida com a saúde, você trata pessoas e você pode ser questionado, pode haver um processo contra nós, por isso eu acho justo ter que fazer o curso porque independente de ser faculdade ou não a gente é obrigado a ir pra receber os conhecimentos (voluntária).

No entanto, nem todos os voluntários participavam das aulas na escola de médiuns e, embora sempre tenha existido uma certa cobrança nesse sentido, até meados de 2011 um voluntário não era proibido de atuar nas terapias por não participar da escola, especialmente se ele ou ela já trabalhava há vários anos na casa o que lhe conferia um conhecimento obtido pela experiência como voluntário. É certo que o conhecimento teórico, o estudo de forma geral, era algo muito valorizado no CAPC, mas esse conhecimento podia ser construído a partir das práticas e não anteriormente a elas, de modo que nem todos precisavam conhecer a fundo o funcionamento de uma cromoterapia, por exemplo, para aplicá-la e ter uma ideia básica de seu funcionamento.

Por outro lado, os voluntários que possuíam algum conhecimento prévio sobre determinadas terapias, ou eram terapeutas em alguma especialidade, se viam ali cercados de outras práticas ou de modificações das práticas que eles já conheciam feitas para adaptar as terapias à dinâmica da casa e às orientações espirituais, de modo que eles também teriam que aprender algo novo ou diferente, o que podia ser conflituoso para alguns:

Eu tenho conhecimento de cromoterapia, eu li sobre isso, então eu fico doente quando vejo usar luz vermelha ali, não se pode usar luz vermelha em paciente com câncer, então eu já pedi pra irmã me colocar em qualquer terapia, eu faço qualquer coisa, menos cromoterapia porque pra mim daquele jeito não está certo. Não vou dizer que não funciona porque para espiritualidade tudo é possível, mas eu não consigo fazer do jeito que é ali. (voluntária)

Com relação às outras terapias do CAPC essas eu fui aprender lá e no aprendizado dessas terapias eu acabei me aproximando também espiritualmente dos downloads tecnológicos porque nunca ninguém me disse nada, porque que usa isso ou aquilo, não! Nunca ninguém disse nada, mesmo nos trabalhos de treinamento as pessoas são lacônicas nesse aspecto, falam de uma linguagem exclusivamente energética, sutil. Que nem a salinização, usa energia nuclear, é fissão nuclear, o que acontece num negócio daqueles? Ninguém nunca me disse nada sobre aquilo, eu fui aprender no dia a dia (voluntário).

Depois do contato com o CAPC e do início da sua participação nesse espaço como voluntário, algumas pessoas buscavam formação em terapias alternativas/complementares fora da casa e passavam a atuar como profissionais nessa área. A experiência adquirida no CAPC servia inclusive de base para alguns deles buscarem essa profissionalização através de registros que já começam a ser criados entres esses terapeutas a fim de normatizar suas práticas a exemplo do que ocorre com as associações e federações dos profissionais da área de saúde. Assim, quando uma das terapeutas de florais decidiu tirar sua Carteira de Terapeuta Holista Credenciado, além dos certificados de cursos realizados na área, ela apresentou uma declaração dos anos de trabalho voluntário no NENL/CAPC para comprovar sua experiência prática e clínica na área de fitoterapia e Florais de Bach junto ao órgão que fornece tal documento.

Outras pessoas que iniciaram processo de formação em psicoterapias como pathwork e constelações familiares realizaram os estágios de capacitação exigidos pela formação nessas técnicas através dos grupos terapêuticos do NENL/CAPC, conduzindo inicialmente grupos formados por voluntários através dos quais elas colocaram em prática os ensinamentos recebidos em formações fora da instituição. Essas formações, realizadas em espaços e contextos terapêuticos não religiosos (embora carregados de uma linguagem que associa psicanálise e espiritualidade), eram somadas às práticas do CAPC, de modo que esses voluntários acabavam imprimindo uma marca pessoal nos trabalhos que conduziam, e conseqüentemente multiplicando as formas de abordagem terapêuticas da instituição que ultrapassava os aspectos doutrinários do espiritismo:

Com as formações que eu estou fazendo eu não consigo mais me separar e dizer agora tu coloca as coisas das constelações, agora tu coloca as coisas do CAPC, agora tu coloca as coisas do pathwork porque isso tá tudo em mim, eu já incorporei esses valores, esse jeito de olhar pra vida, de olhar pras pessoas, de olhar pra mim (voluntária).

A linguagem do Núcleo ela é bem ampla e variada porque as pessoas são muito diferentes então a gente tem que ter muitas opções pra oferecer para as pessoas, então eu acho que tem algumas pessoas que vão fazer essa orientação aqui dentro do Núcleo e mesmo no CAPC alguém vai sentar com o paciente e falar de carma e de merecimento ok, porque a espiritualidade bota aquela pessoa com aquele paciente porque sabe que aquele paciente vai entender essa linguagem, pra ele vai fazer sentido e ai daqui a pouco a gente tem outra pessoa fazendo outra orientação com outro paciente falando de uma maneira totalmente diferente, entendeu? Eu acho que a gente tem discurso e orientação e encaminhamento pra um leque muito grande de pessoas e cada um vai chegar na pessoa que fala a linguagem que aquele paciente entende (voluntária).

Com o término da formação, alguns desses terapeutas voluntários começaram a atuar profissionalmente em consultórios particulares e, do mesmo modo que alguns médicos do CAPC, passaram a indicar também o tratamento do NENL ou Centro, dependendo de cada caso, a seus clientes:

Às vezes chegam pessoas pra eu acompanhar no consultório e eu indico o tratamento espiritual no Núcleo, às vezes até só indico o tratamento espiritual no Núcleo e faço acompanhamento, que eu sinto que a pessoa precisa desse lado então eu indico o Núcleo e o CAPC pra muita gente, inclusive pra quem chega pra mim pela via profissional (voluntária, psicoterapeuta).

De modo semelhante, as práticas espíritas podiam ser levadas para o universo do terapeuta holístico que pode associar às técnicas alternativas elementos da terapêutica espírita sem que isso significasse “uma dogmatização” do seu trabalho ou aproximações com o conteúdo religioso do espiritismo:

Eu introduzo hoje no curso de cromoterapia o passe como instrumento ativador das forças cromáticas e das atividades de pensamento. (...) É importante que o cromoterapeuta esteja presente na ação cromoterápica, a ação pensante dele é fundamental para o resultado do trabalho. Eu acrescentei esse trabalho do passe no curso de formação porque funciona e você não precisa ser espírita e não se preocupa que não vai pegar obsessor se você der passe, se você fizer desse jeito, assim, assim, uma rotina, um ensaio, um preparo, um treinamento. Não é pra abrir frequência a não ser pra esse tipo de trabalho [desobsessão] e os passes com seus movimentos manipulam principalmente as estruturas de pensamento do duplo etéreo (voluntário).

Assim, os voluntários do CAPC que atuam como terapeutas profissionais tem um caminho de mão dupla através do qual podem “espiritualizar” certas práticas não religiosas de cura, a exemplo da cromoterapia, ao introduzir nelas os passes, e até mesmo trazer essa espiritualização para o tratamento de seus pacientes que ao buscarem uma técnica laica de psicoterapia são direcionados para fazer também tratamento em um centro espírita¹²⁰. Por outro lado, podemos dizer que

¹²⁰ Curiosamente, não observei o movimento inverso, ou seja, uma tentativa de direcionamento dos pacientes do CAPC para os consultórios dos terapeutas a fim de transformá-los em seus “clientes” ou pacientes. Se algum paciente buscava esse contato era de forma individual e não por iniciativa dos terapeutas da casa que frequentemente indicavam os grupos terapêuticos do NENL como forma dos pacientes aprofundarem seu autoconhecimento. O mesmo acontecia com os médicos que não apenas não indicavam seus consultórios particulares para atendimento dos pacientes do CAPC como evitavam indicar outros médicos. Essa postura era tomada para evitar qualquer associação das práticas da casa a um aliciamento de clientes/pacientes

esses profissionais também estariam “laicizando” práticas espíritas, pois o terapeuta que introduziu os passes na cromoterapia não busca com isso “abrir frequência” para um trabalho com espíritos e confia numa “tecnização” do procedimento para evitar os obsessores. De maneira análoga, esses voluntários também emprestavam às práticas do CAPC o caráter técnico-científico tão desejado pela terapêutica espírita ao se apresentarem enquanto terapeutas profissionais aos pacientes da casa e não apenas como voluntários.

De médico a médium

Assim como o ingresso na instituição envolvia estratégias diferentes, o modo de atuação dos voluntários também era matizado pelas diferentes posições que ele ou ela podia ocupar ali dentro bem como pelos modos distintos de envolvimento com as várias atividades na prática do voluntariado no NENL/CAPC. Com relação aos médicos, por exemplo, ora havia uma tentativa de separação entre as funções médicas e mediúnicas que uma pessoa podia desempenhar ali dentro, ora uma tentativa de uni-las ao conferir ao conhecimento médico um lugar privilegiado na compreensão dos processos de saúde-doença envolvendo a espiritualidade. É certo que nem todos os médicos que eram voluntários do CAPC atuavam como médiuns ou participavam das demais terapias dentro da casa. Quando fiz a pesquisa, dez médicos faziam parte da equipe médica do CAPC e quase a metade deles atuava também nas atividades mediúnicas, especialmente nas cirurgias espirituais. Outros, no entanto, prestavam seus serviços voluntariamente em um plantão que podia ocorrer uma vez por semana para alguns ou a cada sete semanas para outros, sobretudo os que dormiam no Centro na sexta-feira à noite. Fora do CAPC esses profissionais atuavam em diversos locais: clínicas ou consultórios particulares, hospitais públicos, postos de saúde e como professores em cursos de medicina tanto em faculdades públicas quanto privadas. Dentre algumas especialidades atuavam no CAPC médicos/as cardiologista, oncologista, pediatra, médicos de família/comunidade e neurologista¹²¹.

particulares para os voluntários. No entanto, o inverso era comum, os médicos indicarem o CAPC para os pacientes que buscavam seus consultórios.

¹²¹ Essa especialidade médica, contudo, não interferia na prática da cirurgia espiritual o que permitia que uma médica neurologista operasse na cirurgia espiritual os pulmões, ou um

Enquanto alguns médicos vieram trabalhar no CAPC por já terem conhecimento e afinidade com a doutrina espírita, outros iniciaram seu contato com a instituição também como pacientes:

Eu primeiro fui paciente do Núcleo em 94, operei lá no Núcleo quando era uma casinha pequena, tinha filas pra você operar, você pegava um número, ia toda sexta feira escutar uma doutrina e eles sorteavam, eles diziam qual é o paciente que ia fazer o tratamento. Daí eu fiz uma cirurgia espiritual para um mioma importante (...) tinha uma enfermeira que trabalhava comigo na unidade da Costeira e falou do Núcleo e eu achei interessante e eu fui nas doutrinas e eu comecei a ver os palestrantes maravilhosos e aí comecei a ver essa conexão, e eu fiz a cirurgia espiritual, comecei a ler o Livro dos Espíritos, o Livro dos Médiuns, o Evangelho e eu como médica de família, na profissão você trata integralmente o ser, então você tem contato não só com o físico, mas com o sofrimento e a busca deles por algumas terapias como benzedeiras, chás, então eu comecei a ver isso e até introjetar no meu cotidiano, isso de que tem algo mais [que a medicina]. (médica/médium).

Eu cheguei como um paciente, eu não cheguei direto pra ajudar, eu sempre quis ajudar, sempre foi o meu foco na vida foi ajudar, mas só que eu cheguei como paciente na questão eu digo emocional, como a gente diz no aspecto moral e emocional e psíquico, que era ansiedade, que eram perguntas, muitas necessidades, muitas dúvidas. (médico/médium).

Os médicos que atuavam dentro da sua profissão e também como médiuns tentavam separar as funções realizando uma e outra em dias diferentes. Quando estavam como médicos não davam passe, não operavam nem se ocupavam de outras questões que não fosse o acompanhamento dos pacientes enquanto médicos plantonistas. Certo dia em que uma médica-médium estava de plantão e a equipe para realizar uma determinada terapia estava reduzida, a coordenadora do turno perguntou se ela não poderia fazer parte da equipe, já que realizava aquela terapia em outro dia quando não dava plantão. A médica não aceitou e enfatizou o fato de que “hoje eu estou como médica, não vou atuar como médium”. No entanto, o inverso podia

pediatra operasse a bexiga. Nestes casos, o conhecimento especialista deveria vir do espírito que orientava a cirurgia espiritual e não do médium, seja ele médico ou não, que opera com seu auxílio. Veremos isso mais detalhadamente no capítulo das cirurgias.

acontecer, quando um médico ou médica que estava atuando na parte mediúnica era solicitado para dar uma orientação anatômica aos voluntários ou verificar alguma medicação a ser ministrada ao paciente, desde que o plantonista oficial daquele turno não pudesse intervir ou estivesse por algum motivo ausente.

A união médico-médium também foi bastante valorizada quando a dirigente do CAPC, que é odontóloga, passou a transferir a responsabilidade pela organização do trabalho espiritual da sexta-feira à noite para outras pessoas, em função de uma viagem que ela iria realizar e também para substituí-la em eventuais ausências. Os escolhidos para assumir seu lugar foram justamente os médicos que eram médiuns operadores, pois eles teriam “um conhecimento abrangente do processo médico e espiritual para conduzir melhor o sistema como um todo”. Do mesmo modo, a médica plantonista da quinta-feira, que não atuava como médium da casa, mas era espírita, foi convidada para participar de um treinamento sobre várias modalidades de passes que seriam inseridos no CAPC em 2010, embora ela não desempenhasse a função de passista na casa nem participasse da escola de médiuns, condição que estava sendo considerada para o treinamento desses voluntários.

Por outro lado, os enfermeiros, que não eram voluntários, mas trabalhadores remunerados, tinham suas funções bem especificadas e nenhum deles atuava como médium, salvo uma enfermeira que era voluntária e por conta de sua formação também fazia parte da equipe de enfermagem, mas sem ser remunerada nem atuar de forma sistemática na parte técnica como os demais. No entanto, uma das pessoas que fazia parte dessa equipe disse que já havia sido convidada para atuar também nas terapias, mas ela preferiu “não misturar as coisas”:

Eu particularmente, eu acho que como a minha função aqui, a minha como das outras pessoas que trabalham na enfermagem, a nossa função é muito focada e muito técnica então tu tens que ver o doente como um profissional de área de saúde, porque eu acho que mistura um pouco quando tu te envolve, quando tu quer fazer as duas atividades, trabalhar como médium e como profissional, eu acho que não combina, eu acho que a coisa fica meio falha e nós já tivemos caso de paciente desenvolver um problema lá e ser valorizado a questão espiritual e não a questão física, entendeu?¹²²

¹²² Também tomei conhecimento de uma enfermeira que foi afastada do CAPC justamente por estar “misturando as coisas”, tendo inclusive fluidificado água para os pacientes quando sua função não seria essa.

Percebia-se que o lugar dos médicos na instituição guardava certa distinção e o fato de se unir medicina e espiritualidade na sua atuação não parecia ser algo incompatível, ao contrário, era algo bastante valorizado, ainda que os momentos de atuação do médico ou do médium geralmente fossem separados. O médico, enquanto um voluntário, tinha essa possibilidade de trânsito e concatenação de funções, se assim o desejasse. A enfermagem por outro lado não gozava da mesma mobilidade, e o fato de serem trabalhadores remunerados penso que constituía um fator que não pode ser ignorado nessa relação, já que ninguém é pago para dar passe ou fazer cirurgia espiritual. A especificidade deles envolvia um conhecimento técnico similar, mas inferior ao dos médicos, que devia ser “focado” como diz a pessoa acima, apenas “na questão física”.

Os médicos que atuavam no CAPC eram os mesmos que compõe a equipe da Associação Médico-Espírita de Santa Catarina (AME-SC). Na página da AME-Brasil, o endereço da AME-SC é o do NENL. Quando iniciei minha pesquisa em 2009, as reuniões da AME-SC aconteciam regularmente no CAPC. Posteriormente, elas foram transferidas para o Hospital Universitário da UFSC por ser um lugar de melhor acesso para os interessados. A parceria do CAPC com a AME-SC formava uma aliança legitimadora para ambos, já que esses médicos têm a oportunidade de trabalhar em um hospital no qual podem desenvolver tanto seu trabalho como médicos quanto médiuns, tendo uma prática direta da “medicina espiritual”.

Além disso, a AME-SC cumpriria (informalmente) a função de “órgão superior” do NENL/CAPC, tornando assim desnecessário qualquer reconhecimento por parte de federações espíritas já que se considerava que, enquanto médicos e espíritas¹²³, os membros da AME gozavam de um conhecimento mais especializado no tratamento das

¹²³ No entanto, não se pode dizer que todos os médicos da AME-SC sejam espíritas no sentido religioso do termo, mas sim que compartilham de um paradigma médico-espiritual que inclui a compreensão das doenças envolvendo espiritualidade, emoções, terapias alternativas, homeopatia e até xamanismo. Em 2009 fiz um curso de reiki para atuar em outras esferas dentro do CAPC e me posicionar de modo diferenciado entre pacientes e voluntários. No centro holístico onde fiz esse curso encontrei um dos médicos voluntários do CAPC realizando um curso de xamanismo desenvolvido em 12 módulos. Esse médico atuava apenas como plantonista no CAPC não realizando qualquer outra atividade ali, vinha de família espírita de orientação kardecista, mas ele não seguia a doutrina, pois a considerava “muito rígida e dogmática”. Esse médico se interessava por práticas de tratamento complementares, como a acupuntura, e disse estar fazendo o curso de xamanismo porque queria aprender tudo que se relacionava com abordagens de saúde ancestrais.

questões médico-científica-espirituais. Ao falar sobre o fato do NENL/CAPC não estar filiado à Federação Espírita Catarinense, irmão Álvaro disse:

O nosso órgão, a quem a gente presta esclarecimento, é a AME-Brasil. AME é a Associação Médico-Espírita do Brasil e nós temos a seção de Santa Catarina, a AME-Santa Catarina, e nós somos um dos patrocinadores da AME, então nós revitalizamos a AME Santa Catarina, hoje os médicos que participam da AME todos trabalham em Nosso Lar, então nós temos a AME como nosso órgão superior, quando nós temos uma dúvida, é à AME que nós recorremos, dúvida médica, dúvida ética, dúvida científica, enfim, a gente vai lá e conversa com a AME e vê até que ponto o conhecimento que temos, o conhecimento que eles tem, é possível explicar a temática espiritualista dentro da medicina atual ou dentro da ciência atual, e a gente tem tido uma parceria muito boa e a gente não está arrependido não.

Vale notar que esse poder médico não é determinado apenas pelos médicos encarnados, mas ele parte também da figura do irmão Savas, o médico mentor da casa, que é quem repassa todas as orientações relativas ao “funcionamento do sistema”. Assim, quando uma terapia ia ser implantada ou quando uma rotina era alterada, era dito que tais determinações “partiram da espiritualidade”, representada especificamente por Savas, o médico. Devemos lembrar que a presença de espíritos de médicos é algo comum dentro do espiritismo brasileiro, a exemplo de André Luiz e do Dr. Fritz que não teriam sido em vida espíritas, mas que passam a fazer parte desse universo após a morte¹²⁴.

¹²⁴ Vale a pena citar outros registros de atribuição de poderes curadores a médicos desencarnados. Bastos (2001) menciona o Dr. Souza Martins em Lisboa, morto no século XIX, tido por muitos lisboetas como um espírito curador. Diariamente várias pessoas depositam aos pés da estátua desse médico (edificada em frente à Faculdade de Medicina de Lisboa) velas, ex-votos, preces, pedidos, lápides de agradecimento e flores. A autora menciona ainda uma série de escritos relacionados à devoção ao Dr. Souza Martins que trazem títulos bem peculiares como “Dr. Sousa Martins e o Misterioso Mundo dos Espíritos” e “Orações ao Dr. Sousa Martins Contra as Doenças e os Sofrimentos”. Uma amiga da Costa Rica me enviou uma oração ao Dr. Ricardo Moreno Cañas, médico e político costarricense morto em 1938. Moreno Cañas é tido como um símbolo da religiosidade popular da Costa Rica e seus devotos costumam colocar um copo com água ao lado de sua fotografia e fazer orações à noite, geralmente fazendo pedidos relacionados à saúde. No dia seguinte se bebe a água na qual o Dr. Cañas teria depositado elementos curadores. Em 2009, a vida de Moreno Cañas foi retratada no filme “La Región Perdida: vida, muerte y mito del Doctor Ricardo Moreno Cañas”, do diretor

Esta distinção de uma ordem ou de um ordenamento médico não se dava apenas pela figura dos médicos (encarnados e desencarnados), mas ela se incorporava tanto no ambiente físico quanto no modo como os demais voluntários eram inseridos naquele espaço. Deste modo, o voluntário do CAPC tornava-se também um pouco médico no branco que usava, no jaleco que era obrigado a vestir, na máscara e na touca que complementava seu traje, no conhecimento anatômico que deveria ter, nos modos de atuação rotinizada que faziam parte da estética biomédica da casa, quando ministrava uma terapia medicamentosa e, sobretudo, no momento das cirurgias espirituais.

No entanto, a autoridade da figura médica guardava seu lugar diferenciado (inclusive no decorrer das cirurgias espirituais, ainda que o médium operador não fosse obrigatoriamente um médico) e quando o médico atuava essa autoridade era soberana e conferia legitimidade inclusive para outras terapias que passavam por sua avaliação. Assim, uma das pessoas que coordenava a terapia da oração sempre ressaltava a importância da terapia como algo que foi reconhecido por um dos médicos da instituição assim como pelo coordenador da enfermagem: “eles já participaram várias vezes da terapia e aprovaram por causa dos benefícios para o paciente que sai mais tranquilo, mais confiante, mais comprometido com a fé, e isso é muito bom para o tratamento”.

**“Eu dou passe, mas sou católica”:
voluntariado, filiação religiosa e incorporação**

Assim que iniciei minha pesquisa no CAPC questionava a um dos dirigentes se todos que trabalhavam ali eram espíritas ao que ele sempre respondia que sim “todos são espíritas”. E provavelmente todos eram espíritas, se consideramos essa categoria para algo além de uma filiação religiosa, como eu ingenuamente fazia naquela época, e pensarmos que ser espírita pode envolver não a adoção de uma religião, mas de formas de religiosidade nas quais a referência a dimensões espirituais está presente, pois não encontrei ninguém no CAPC que não estivesse envolvido pelo menos pela noção de um “mundo espiritual” que estaria em relação com o nosso “mundo material”, ainda que para alguns nesse mundo paralelo habitassem “energias” (cósmicas, universais, vitais) que podiam ser nomeadas por outros de “espíritos”.

No entanto, reduzindo a categoria “espírita” a uma identificação religiosa, logo se percebia que nem todos que trabalhavam no CAPC eram espíritas, ou mesmo os que se reconheciam como tais podiam flexibilizar essa classificação para pensá-la não como um modo de pertencimento religioso determinado pelo conhecimento estrito das normas e práticas de uma doutrina, mas como um modo de pertencimento a um certo *ethos* representado por um campo religioso que pode envolver diferentes religiões (ou alguns aspectos delas) consideradas espíritas pela relação que estabelecem com os espíritos ou mais genericamente, com a espiritualidade.

Nas conversas diárias com os voluntários comecei gradualmente a questioná-los quanto a sua pertença religiosa, inicialmente com objetivo de analisar de que forma a cura ou alívio de uma doença significou um processo de conversão ao espiritismo já que essa relação estava presente em boa parte da literatura antropológica por mim analisada. Em um primeiro momento, a hipótese era de que se um paciente se tornava voluntário da casa era porque ele havia passado por um processo de conversão, no caso religiosa considerando a especificidade daquele espaço terapêutico.

No primeiro mês da pesquisa, na primeira oportunidade que tive de travar uma conversa mais demorada com uma voluntária no CAPC, considerando que isso não era algo frequente (a não ser no espaço do refeitório) questionei há quanto tempo ela era voluntária, se havia sido paciente e enquanto arrumávamos as camas do piso superior para deixá-las prontas para o dia seguinte ela me respondia ao mesmo tempo em que me fazia uma série de perguntas, pois para ela eu era uma nova voluntária e relativamente jovem (algo incomum), de modo que ela também queria saber se eu havia sido paciente. Esclarecida minha posição ali dentro, até então de pesquisadora, e comemoradas as coincidências dela ter sido aluna do professor Silvio Coelho dos Santos¹²⁵, questionei se ela era espírita há muito tempo ou se tinha se tornado espírita ao tomar contato com o CAPC. “Eu sou católica não praticante, eu não sou espírita”. Um pouco surpresa questionei: “Mas eu vi a senhora aplicando passe nos pacientes lá em baixo”, ao que ela respondeu:

Eu digo que sou católica e dou passe, pois eles me chamaram para dar passe, daí me ensinaram e eu tenho muita energia, eu sinto a energia, e

¹²⁵ Professor do Departamento de Antropologia da UFSC falecido em 2008.

como eu já tinha feito muitos grupos vivenciais [durante o tratamento no CAPC] eu já tinha algum conhecimento, e minha vontade de ajudar é grande então eu dou os passes aqui porque me colocaram pra dar passe, mas eu sou católica, eu não sou espírita.

Essa senhora não havia realizado a evangelização justamente por ter passado por alguns grupos vivenciais/terapêuticos o que lhe permitiu participar do retiro universal e, conseqüentemente, aplicar os passes, como discuti mais acima. Para ela não havia contradição alguma entre ser católica não praticante e aplicar passes espíritas, o que importava era sua vontade de ajudar e a energia que ela sentia naquele processo.

Ao longo da pesquisa conheci outros voluntários para os quais a participação no CAPC ou mesmo no NENL, visto como um espaço de doutrinação, não implicou numa adesão ao espiritismo enquanto religião ou pelo menos não a valores centrais da doutrina. Assim, outra voluntária, também de formação católica, me incentivava a participar da escola de médiuns, pois segundo ela:

É bom você ir, é muito bom, a gente aprende muita coisa interessante! Mas tem coisas que não entram na minha cabeça, essa coisa de reencarnação, por exemplo, quando entra nessa parte de reencarnação, não vai, não consigo aceitar muito bem essa ideia.

Para outra voluntária que também se declarou “católica não praticante” na escola de médiuns era o momento certo para ler e discutir as obras do espiritismo porque “em casa eu não vou ler mesmo” e “se tem que colocar assim numa ficha, preencher alguma coisa sobre religião, eu ainda coloco católica, mesmo sem praticar porque também espírita eu não sou”.

Inicialmente interpretei algumas afirmações em torno da pertença religiosa católica como uma forma de apresentar uma identificação confessional mais aceita socialmente, algo muito comum no Brasil considerando o estigma que ainda ronda as religiões mediúnicas e a formação histórica do país, eminentemente católico. Porém o uso de uma identificação não conflitiva ou consensual não faria sentido num espaço onde declarar-se espírita seria absolutamente natural e até previsível.

Entendo que essa ênfase quanto a pertença religiosa não-espírita e o fato disso não representar choque com práticas espíritas está

relacionado com o modo como contemporaneamente os sujeitos podem compor um *ethos* religioso privado sem necessariamente formalizarem uma adesão representada por compromissos de obediência a ditames doutrinários ou pastorais, como abordado por Duarte (2005). Acompanhando a proposta desse autor, penso como ele que é preciso fazer uma distinção entre as referências à religião enquanto “denominação religiosa” e enquanto cosmologia que funciona como uma “religião” sem se apresentar como tal. Neste sentido, o autor propõe pensar o fenômeno religioso contemporâneo e suas manifestações modernas a partir de três dimensões estruturantes:

“(1) “religião” como identidade ou pertencimento; (2) “religiosidade” como adesão, experiência ou crença; (3) “*ethos* religioso”, como disposição ética ou comportamental associada a um universo religioso (...) Embora seja de supor que todas as instituições religiosas aspirem a uma integração coerente entre essas dimensões (e tenham podido eventualmente exigí-la), podem-se encontrar nas sociedades modernas todas as variedades possíveis de combinação entre elas (e suas ausências).” (idem: 141-2).

As três dimensões acima referentes às formas de pertencimento religioso podem ser encontradas no CAPC. O fato da instituição se apresentar enquanto um espaço terapêutico e não doutrinário, como constantemente era enfatizado por dirigentes e voluntários, não tem na conversão religiosa um pré-requisito para o trabalho que ali se faz. No entanto, se espera um compromisso ético com a instituição e com suas práticas que envolvem a mediunidade, mas dizem respeito também a uma “medicina complementar”, fundamentada em “comprovações científicas”. Assim, o que era mais exigido dos voluntários era a observância das normas da casa, uma postura condizendo com a atividade do voluntário que, por vezes envolvia questões de ordem médica-moral, como evitar o fumo, e a disponibilidade para ajudar o próximo. Dependendo dos objetivos do voluntário essas exigências podiam ser acrescidas de outros termos, como uma participação ativa na escola de médiuns, o estudo sistemático das terapias oferecidas ou a formação em técnicas terapêuticas fora do CAPC.

É preciso considerar ainda que mesmo entre aqueles que se auto-declaravam espíritas isso não significa o compartilhamento dos valores da doutrina de forma irrestrita. É neste sentido que para muitos o

termo “kardecista” ou “kardecismo” significava uma limitação do universo do espiritismo, pois implicaria em seguir estritamente o que está na codificação de Kardec, quando o espiritismo deveria “evoluir como toda ciência” e incorporar novas descobertas. Deste modo, para uma voluntária que se declarava espírita, a questão do carma poderia ser explicada de outra maneira:

Eu não acredito que ninguém veio aqui para sofrer, eu vim aqui foi pra brilhar, pra ser feliz! Todos nós temos o direito de ser felizes e nessa vida. Agora, que existe uma memória ancestral aí sim, nisso eu acredito. De você estar tendo um problema hoje porque o teu avô, o teu pai, alguém lá atrás na tua linhagem fez coisas que energeticamente vão se refletir na tua vida, até em nível celular, eu acredito, numa memória celular que você pode alterar aqui, mas carma, que eu vou ficar sofrendo e não tem jeito? Ai não!

O caráter determinista da lei do carma e da reencarnação apareceu como os pontos mais controversos de aceitação dentro da doutrina, mesmo para os que se reconheciam enquanto espíritas. Base do espiritismo, mas também presente no budismo e no hinduísmo (com diferenças da aceitação cristã), a reencarnação e o carma ao mesmo tempo em que conferem uma individualidade à alma e tratam do livre-arbítrio, retiram do sujeito sua autonomia quando implicam na ideia de aceitação de sofrimentos e infortúnios, sobretudo quando causados pela ação de terceiros ou de uma doença, vista muitas vezes como uma injustiça.

Deste modo, a aceitação do sofrimento podia ser melhor compreendida quando passava pelo filtro de uma retórica terapêutica moderna que trata das emoções e dos aspectos relacionais envolvidos nos processos de saúde e doença, por exemplo, que pareciam conferir maior autonomia às pessoas, dando-lhes a possibilidade de promover alterações práticas na sua vida com intenção de mudança e quebra desses contextos de aflição e sofrimento. Neste sentido, Lewgoy (2011) aponta para um crescente deslocamento dentro do espiritismo de uma visão mais sacrificial e dolorosa para outra mais pautada no bem-estar e na felicidade, mesmo entre os espíritas mais afinados com as propostas doutrinárias da FEB, nas quais predominaria até então a percepção desse mundo como um lugar de provas e expiações. Para o autor, a partir do advento da Nova Era, o espiritismo foi confrontado com um discurso psicologizante que valoriza a realização pessoal, o prazer, a felicidade, a

prosperidade e o bem-estar como via de transformação do sujeito e do mundo, valores que ecoaram de forma positiva entre as classes médias urbanas e, conseqüentemente, sobre as formas de pertencimento e vivência do espiritismo entre seus membros.

A possibilidade de obter os benefícios das escolhas corretas nesta vida, e não na próxima, ecoava de forma mais intensa que o determinismo presente na noção do carma, ainda que em outros momentos esse conceito pudesse ser acionado como, por exemplo, para tratar do próprio voluntariado do Centro quando se afirmava que ali estavam pessoas que já estiveram juntas em outras vidas e tinham “um carma coletivo”:

Alguns vão vir como pacientes, ficar um tempo, até trabalhar na casa, dar sua contribuição e depois vão embora, e tudo bem, não era a missão dele ficar aqui. Outros vão vir e saber que não vão mais sair daqui, que é pra toda vida, porque todos nós que estamos aqui, mesmo os que vão ficar só um tempo, nós já estivemos juntos em outra vida e por isso os mentores nos reuniram aqui para cumprir essa missão coletiva que pra uns vai ser mais demorada que pra outros. Por isso ninguém está preso no CAPC nem vai ser expulso daqui porque só vai ficar quem tem que ficar mesmo (voluntária).

No entanto, mesmo que a compreensão da missão do CAPC fosse encarada em sua dimensão espiritual, isso não dizia respeito a uma aceitação de aspectos da doutrina espírita, e a escolha de alguns era muitas vezes não “polemizar com a doutrina”:

Hoje eu me considero espírita, no começo eu ainda ficava um pouco dividida, embora eu acredite eu não sou uma pessoa fanática nem radical, eu tenho alguns questionamentos, algumas coisas que às vezes eu ainda questiono, mas o que eu faço? Quando eu não entendo alguma coisa ou eu busco o entendimento ou se não tem uma resposta eu deixo, eu aceito até que eu possa entender. Mas às vezes eu tenho essa coisa de questionar (*a doutrina você quer dizer?*) é, a doutrina, algumas coisas na doutrina espírita, e eu acho isso saudável até porque a gente não tem resposta pra tudo mesmo, tem coisas que a gente não tá preparada pra ter o entendimento mesmo, mas eu respeito, procuro aceitar umas coisas, mas eu tenho alguns questionamentos (voluntária).

Eu acredito nos princípios da espiritualidade, mas eu brigo muito com algumas coisas da doutrina espírita meio deterministas, então como é

que eu fiz pra poder sobreviver esse tempo todo no CAPC e no Núcleo sem entrar nessas questões teóricas? Eu resolvi não estudar a doutrina espírita, eu não sei nada da doutrina espírita e eu não quero saber nada sobre como é que os espíritas kardecistas explicam como é que as coisas funcionam (voluntária).

Neste sentido, muitos voluntários acionavam o termo “espiritualista” para identificar uma pertença religiosa por considerarem que não seriam “espíritas de carteirinha”, expressão geralmente utilizada para se referir àqueles que dominavam o código da doutrina e aceitavam seus preceitos doutrinários sem questionamento.

Se por um lado a identificação com o espiritismo esbarrava no determinismo de certos conceitos, por outro a doutrina fazia eco quando se tratava de pensar a caridade, o amor ao próximo, a compaixão, a intervenção dos espíritos numa cura e a percepção da existência de “algo maior” que está para além da nossa experiência material e que pode ser compreendido através dos sentidos, do corpo ou das emoções, mais do que pela interiorização racionalizada dos aspectos da doutrina:

Eu acredito em outras vidas, mas eu não sou uma teórica do assunto, entende? É como se eu me protegesse da minha resistência em relação a isso não aprofundando teoricamente, mas experimentando. Por exemplo, eu acho que eu fiquei 8 anos na cirurgia de sexta-feira e cada vez que eu ia fazer a cirurgia no meu corpo é tipo assim, tá eu estou ali na cirurgia espiritual e eu vejo botar a mão, vejo passar a coisinha, vejo! Quando é na minha barriga, quando eles passam aquela coisinha [o bisturi de fio cego] e entra lá dentro e a impressão que eu tenho é que estão me furando lá dentro e que mexe no meu corpo por dentro e que eu sei que olhando a olho nu tá só em cima, eu digo tem uma coisa que eu não vejo e que tá acontecendo e que eu sinto! Eu precisei sentir no meu corpo uma vez, duas vezes, três vezes, quatro vezes, cinco vezes, dez vezes, quinze vezes pra eu reconhecer que eu não vejo tudo que acontece e que acontecem muitas coisas que eu não consigo enxergar e entrar numa relação de relaxar nisso. Mas a minha resistência a ser uma espiritualista ainda é enorme. Eu assim...eu treino a minha fé, eu treino essa coisa de experimentar confiar, experimentar me entregar, experimentar pensar que tem algo maior e agora eu sei que tem algo muito maior do que aquilo que eu posso ver e que tá tudo certo nisso que tá acontecendo (voluntária).

De modo semelhante, a voluntária católica não praticante que dava passes *sentia* a energia que emanava dela mesma e essa menção ao

sentir era o que unia muitas das experiências de pessoas que tiveram em comum uma doença e a experiência de um tratamento no qual *sentir-se* amado, acolhido, respeitado, emocionado, cuidado e até mesmo perfurado e cortado, foram fundamentais para um engajamento com a instituição e o que ela representava enquanto um espaço terapêutico-espiritual, mas não para uma conversão religiosa. Podemos dizer que o sentir é entendido aqui enquanto uma habilidade que compete a todos e prescinde da teorização ou do compartilhamento irrestrito de certos valores doutrinários. No entanto, um aspecto interessante desse sentir aparece quando se trata da mediunidade dos voluntários, já que muitos afirmavam “não sentir nada” no que diz respeito a uma manifestação espiritual perceptível através da visão ou audição, por exemplo, e menos ainda da incorporação. Assim, também se podia “aprender a sentir” as energias do passe, as intuições da espiritualidade, as necessidades do paciente:

No começo é tudo meio mecânico, a gente fica concentrada na técnica das terapias, mas depois que você domina a técnica, com o tempo a coisa flui naturalmente e você começa a sentir a energia presente naquilo e não ficar mais contando se fez três ou quatro captações, se fez o movimento certo. (voluntária)

Todo mundo é médium como o espiritismo fala, todo mundo serve de ponte da energia divina pra terrena só que nem todo mundo tem essas faculdades [mediúnicas] bem desenvolvidas, então eu acho que conforme eu for trabalhando lá [no CAPC] e no consultório com as minhas terapias, porque eu não separo as duas, eu acho que possivelmente, eu quero desenvolver essa parte mais de percepção, não sei de ver, mas de sentir pelo menos, que ver é bem mais difícil. Eu acho, a minha opinião é que conforme você vai trabalhando ao longo dos anos essa habilidade vai se desenvolvendo. (voluntária, naturóloga).

Esse sentir, no entanto, excluía a incorporação de espíritos. Como dito no capítulo IV, a incorporação no NENL/CAPC era terminantemente proibida entre os voluntários. Mesmo os pacientes tratados no Núcleo durante os trabalhos de cura espirituais-emocionais que esboçavam algo similar a um transe eram imediatamente estimulados a abri os olhos, caminhar, responder a perguntas de modo que o transe não fosse efetivado. Não se negava o valor da mediunidade e menos ainda das sensações físicas que podiam advir da relação com a

espiritualidade, como os suores, calafrios, emotividade, vontade de chorar ou arrepios, relatados por alguns voluntários. Porém no CAPC essas sensações eram de certa forma individualizadas e percebidas como uma relação que deveria ser estabelecida através do pensamento e da mente, e não através de manifestações ostensivas de incorporação que eram desvalorizadas e recorrentemente associadas às religiões de matriz africana que eram percebidas de forma bastante estigmatizada por alguns pacientes e voluntários que entrevistei, embora a menção a pretos-velhos ou caboclos fosse frequente entre os voluntários.

Elementos das religiões afro-brasileiras foram trazidos para o panteão da casa, mas não as formas de expressão dessas entidades muito relacionadas aos aspectos corporais do transe mediúnico e penso que isso reflete também um pouco a forma como o *ethos* religioso de que fala Duarte pode ser utilizado tanto para pensar as formas de religiosidade individuais como a constituição de espaços terapêutico-religiosos como o CAPC, frequentado principalmente pelos segmentos branco e letrado das classes médias urbanas.

Muitas foram as pessoas entrevistadas durante a pesquisa que disseram ter relutado em vir ao CAPC por achar que ali “era coisa de terreiro, de macumba, de receber espírito” e ficaram satisfeitas em perceber “que não era nada disso”. Opiniões como essa também foram observadas nas rodas de conversa no próprio CAPC ou na roda de encerramento no sábado quando um ou outro paciente mencionou sua relutância inicial com relação ao tratamento espiritual por achar que ali veriam “gente caindo pelos cantos incorporando espírito”. Também entre os voluntários observei menções negativas à umbanda, por exemplo.

No retiro universal uma pessoa que estava no meu grupo fazendo o treinamento para ser voluntária disse ser católica e que alguns conhecidos seus questionaram sua participação como voluntária numa casa espírita ao que ela teria respondido que “tudo que é para o bem do próximo e fala de Deus é bom, eu acho que aqui eles só fazem o bem, e em toda religião eu vou, só não essas coisas de terreiro, de umbanda, se faz mal para as pessoas eu não gosto, eu não quero nem chegar perto”. Deste modo, a incorporação (ou mediunidade ostensiva) passa a ser desvalorizada no momento em que ela é associada a outras práticas religiosas mediúnicas, assim como a uma forma de expressão da mediunidade irracionalizada, que não se faz pela mente e pode resultar

em descontrolo¹²⁶.

Deste modo, penso que essa mediunidade não-ostensiva, que é compreendida como a ausência de incorporações, era também uma ferramenta para aglutinação de pacientes e voluntários oriundos de formações religiosas que nunca tiveram contato com tal prática e que em alguns casos demonstravam um preconceito explícito com relação à ideia da incorporação. A possibilidade de ser um médium (o que se considera que todos em graus diferentes são) sem incorporar permitia que os voluntários atuassem como terapeutas, assistentes ou doadores de energia sem a necessidade de “manifestarem” algo além das suas próprias personalidades sensibilizadas pela “energia da espiritualidade”.

No NENL/CAPC a figura personalizada de um médium curador não existia. É certo que alguns trabalhadores possuíam um status diferenciado dentro da instituição de acordo com certas atividades que ele ou ela desempenhava, notadamente no que se refere às questões administrativas e a condução das cirurgias espirituais que eram momentos, como veremos, onde se observava de forma mais contundente uma hierarquização que reflete tanto a estética biomédica adotada pela casa como uma hierarquização pautada na ideia de desenvolvimento espiritual de cada um. No entanto, essa diferenciação que acompanhava algumas pessoas que fazem parte do corpo de voluntários do CAPC não se assemelhava à personificação que envolve o nome de alguns médiuns como Chico Xavier, Edson Queiroz, Chico Monteiro, João de Deus e tantos outros que fazem parte do espiritismo brasileiro.

É preciso lembrar que essa visibilidade diferenciada no espiritismo envolve também os espíritos que são personificados a

¹²⁶ Cavalcanti (1983: 94 a 97) usa o termo *mediunidade ostensiva* para falar do desenvolvimento mediúnico, ou seja, do aprendizado e desenvolvimento dessa faculdade nos médiuns. Todos teriam mediunidade segundo o espiritismo, mas o médium seria aquele que transforma esse dom numa *mediunidade ostensiva* que é também uma *mediunidade de tarefa*, ou seja, “uma missão a ser cumprida ao longo da encarnação” (idem: 97). No entanto, o termo no trabalho da autora não remete necessariamente a capacidade de incorporação, na acepção que pude observar no NENL/CAPC. Uma questão interessante é que no *Livro dos Médiuns* a mediunidade existiria em maior ou menor grau em qualquer pessoa, mas o seu desenvolvimento pleno se deveria a causas orgânicas de modo que “a fê do médium novato não é uma condição rigorosa; sem contradita, ela secunda os esforços, mas não é indispensável: a pureza de intenção, o desejo e a boa vontade bastam. Viram-se pessoas perfeitamente incrédulas ficarem muito admiradas por escreverem a seu malgrado, enquanto que crentes sinceros não o podem fazê-lo, o que prova que *esta faculdade depende de uma predisposição orgânica*” (Kardec, 1994: 228, grifos meus).

exemplo do Dr. Fritz, André Luiz, Emmanuel e Bezerra de Menezes, para citar alguns exemplos. Mesmo em centros que apresentam uma maior pulverização dos médiuns, a personificação de alguns deles assim como de suas entidades é comum. Madureira (2010) analisando um centro não federado em Natal observa que as cabines de cura, nas quais médiuns incorporados com espíritos de médicos atendem, seriam os espaços mais procurados pela clientela desse centro e essa procura envolvia a preferência por um médium/entidade específico que se dava não só de acordo com a especialidade médica do espírito como também pelo prestígio de que goza a entidade e/ou o médium. Assim, a médium que recebia o Dr. Bezerra de Menezes seria uma das mais procuradas nesse centro.

No NENL/CAPC as coisas não aconteciam dessa forma. Os pacientes não podiam “escolher” com quem fariam seus tratamentos, e menos ainda a sua cirurgia espiritual tanto no que se refere ao encarnado quanto ao desencarnado encarregados dessa função. Isso se dava em todos os níveis de atendimento observados no NENL/CAPC onde os voluntários nomeados eram especificamente aqueles que desenvolviam terapias em grupo como as rodas de apresentação e roda de conversa ou nos contatos médicos, nos quais o voluntário se apresentava e se nomeava, muitas vezes na qualidade de terapeuta ou médico, construindo em torno de si uma visibilidade diferenciada enquanto voluntário não por causa de uma atuação mediúnica, mas em decorrência de sua especialidade médico-terapêutica exercida naquele espaço.

Quanto às demais terapias, os voluntários que as realizavam, assim como as entidades e espíritos que as acompanhavam trabalham no anonimato perante os pacientes, embora entre si, os voluntários soubessem que um ou outro médium trabalhava “intuído” (mas não incorporado) por essa ou aquela entidade, mas essa nomeação ou uma valorização exacerbada desse vínculo não era observada.

Como apontei no capítulo II, o dirigente da instituição que tinha vínculos estreitos com um dos principais mentores, o espírito de um médico, afastou-se gradualmente da prática das cirurgias por não querer se tornar “um super médium”, aquele que seria reconhecido como “especial dentro do sistema”, pois segundo ele o processo mediúnico que se desejava no NENL/CAPC era de “ordem mental e intelectual”, onde o livre-arbítrio de cada um fosse respeitado e não a vontade de um espírito. Por isso, a incorporação não acontecia no NENL/CAPC por ser

vista como uma prática que poderia conduzir a um desvio de atenção do paciente para o trabalhador da casa:

As pessoas têm envolvimento, chegam a receber espíritos assim que às vezes requerem mais atenção do que o próprio paciente. Então nós não temos isso, isso não funciona, os médiuns são treinados a se desenvolverem intelectualmente, então a gente chega no procedimento do desenvolvimento espiritual através das informações intelectuais e não da prática de receber espíritos, isso nós não permitimos (dirigente NENL/CAPC).

Ele, no entanto, confirmou a existência de trabalhos de incorporação dentro da casa, mas nunca junto ao paciente. Além disso, esse contato mais direto com um espírito, que no seu caso se dava principalmente através da psicografia de mensagem dos mentores, estaria a serviço “do sistema como um todo” e não para tratar de um paciente específico. Durante a pesquisa de campo acompanhei a pesquisadora alemã Bettina Schmidt numa visita ao NENL onde ela realizou uma entrevista com irmão Álvaro. Como seu foco de pesquisa sobre o espiritismo estava nos estados de incorporação, penso que talvez a entrevista com Álvaro tenha sido frustrante para ela, pois a cada investida sua nesse sentido ele reafirmava o lugar desvalorizado da incorporação nos processos terapêuticos da casa apresentando um discurso altamente medicalizado no qual chegou a associar a incorporação a “questões patológicas, de ordem psiquiátrica”:

Pra nós a prática mediúnica é escutar, é ter uma boa leitura, é ler bons livros, ter bons pensamentos, aprender realmente a rezar, a meditar, a conversar consigo mesmo, isto é uma boa prática mediúnica. As pessoas pensam, e quem chega no Brasil e vê esse monte de centros trabalhando, as pessoas chegam a pensar que o desenvolvimento mediúnico é receber espíritos e não é verdade. Enquanto um médium perde tempo recebendo um espírito ele não consegue desenvolver-se a si próprio. Ninguém veio a este mundo para receber espírito de terceiros, nós viemos aqui para receber o nosso espírito. (...) A minha formação, eu estive num seminário pra ser padre, e fui aprendendo, fui viajando muito, tendo envolvimento com muitas religiões pra chegar ao ponto de questionar porque as pessoas se desenvolvem em outras religiões sem receber espíritos e só nós temos que nos desenvolver abrindo mão dos nossos direitos? Por que? Não tem sentido. Então diante disso, numa escala de um até dez sobre a incorporação pra nós ela tem a importância 1.

No entanto, a interferência dos espíritos no CAPC não era negada. O que era negado ou proibido era a manifestação deles através dos médiuns, ou seja, a corporificação dessa presença, especialmente nos processos terapêuticos junto aos pacientes, considerando a intenção da instituição em ser vista como espaço para tratamento de saúde e não de desenvolvimento mediúnico. Assim, o evento citado no capítulo IV da paciente que “se tornou criança” durante uma terapia, suscitando entre as voluntárias especulações sobre a natureza daquela manifestação, se mediunidade ou problema psiquiátrico/psicológico, fez com que o dirigente mencionasse uma advertência em sua palestra semanal aos pacientes na sexta-feira daquela semana:

No CAPC não tem nada disso de espíritos, aqui estão profissionais e nós temos uma segurança espiritual que fecha tudo aqui e não passa nada, nada de espíritos! É impossível penetrar algum espírito aqui dentro então se alguém estiver sentido alguma coisa, tontura, ouvindo vozes, sudorese, ou coisa assim, achando que é espírito, não é, é coisa da sua cabeça, sistema nervoso central! Problema espiritual é tratado no Núcleo, onde lá existem pessoas treinadas para tratar disso, mas não aqui, aqui são os médicos, os profissionais, não tem nada de espírito!

Quando ocorriam momentos de incorporação não era dentro do processo terapêutico, mas tão somente entre os voluntários mais engajados na doutrina, alguns dos quais me relataram momentos onde o irmão Álvaro teria incorporado o Negro Adão ou o irmão Savas para passar alguma mensagem aos trabalhadores e foi somente a respeito dele que obtive essas menções explícitas de incorporação. No entanto, certo dia uma voluntária me perguntou se eu já percebia quando quem estava falando era o irmão Álvaro ou o irmão Savas na palestra destinada aos voluntários e pacientes na noite de sexta-feira e eu questioneei surpresa “como assim, ele incorpora?”. “Sim, ela respondeu, você nunca percebeu? Eu sei na hora quando é um e quando é o outro que está falando, muda completamente”. Do mesmo modo, outra voluntária falou da mudança de voz e até do andar de alguns dos médiuns operadores da casa, não apenas no momento da cirurgia, mas “assim que ela [médium operadora] entra no CAPC já muda até o jeito de andar”.

Esse reconhecimento de que há sim os momentos de incorporação, especialmente observados nos dirigentes e médiuns mais antigos, trata, no entanto, de uma forma sutil de contato entre duas individualidades. Mais recorrentemente se dizia que os médiuns,

sobretudo nas cirurgias, estavam “intuídos” pelos espíritos, mas não incorporados, especialmente quando a incorporação era percebida pelas pessoas que não tem experiência com o universo do espiritismo enquanto algo que envolvia necessariamente um arrebatamento de si, “de cair pelos cantos” e de perda da consciência individual, opinião expressa inclusive pelo irmão Álvaro quando buscava afastar as práticas do NENL/CAPC das noções de possessão que a pesquisadora estrangeira insistia em averiguar:

A aproximação de uma entidade espiritual ela é tão sutil, ela é tão leve, ela é tão prestativa, tão graciosa que ela é imperceptível. E tem gente que sente isso e se joga no chão, dizem coisas, fazem coisas e a gente acabou percebendo que esse tipo de comportamento não ajuda em nada, nada, nada, nada! Pior é ficar ali chamando aquela pessoa e rezando, mudando todo o espaço para uma coisa que não corresponde à realidade.

Segundo ele, a incorporação no NENL/CAPC:

é um processo coletivo, não existe uma individualidade de alguém que diz assim 'aqui está incorporado o doutor fulano de tal pra curar você', isso ninguém vai dizer. A pessoa vai estar num ambiente, vai se ligar à espiritualidade, mas não de forma pessoal, então isto não é uma incorporação, a isso chamaremos uma ligação cósmica universal, uma ligação mediúnica pra poder passar uma função, mas não é uma incorporação (...) Ele [espírito que atua nas terapias/cirurgias] não dá nome, ele não tem individualidade, ele está ligado a um sistema cósmico, a um sistema coletivo.

Assim, a individualidade dos médiuns era preservada por essa coletividade espiritual que “não dá nomes” e trabalha no anonimato, sem incorporar, mas intuindo os médiuns, ainda que uma parte deles dissesse não sentir nada além da energia que se expressava em sensações como calor ou pulsações nas mãos. Vale lembrar que na codificação de Kardec os médiuns curadores são classificados como:

“Os que têm poder de curar ou de aliviar pela imposição de mãos ou pela prece. Esta faculdade não é necessariamente mediúnica; pertence a todo crente verdadeiro, quer seja médium ou não; frequentemente ela não é senão uma exaltação do poder magnético fortificado em caso de necessidades pelo concurso dos bons Espíritos”. (Kardec, 1994: 208).

A mediunidade expressa no CAPC, essencialmente curadora, emanava de pessoas que não necessariamente devem ser vistas como médiuns no sentido de terem algum dom especial de comunicação com os espíritos, mas como possuidoras de um magnetismo capaz de promover curas que contavam com o auxílio da espiritualidade. Além disso, ao afastar-se de uma mediunidade pautada na ideia de incorporação, o NENL e, sobretudo, o CAPC, reforçava o caráter terapêutico de suas práticas em detrimento do caráter religioso, aproximando-se de um polo legitimado social e politicamente para falar de saúde-doença, a medicina científica. Por outro lado, a recusa da incorporação pode ser pensada como um modo de evitar uma possível fragmentação da instituição caso os médiuns fossem identificados como curadores e não a instituição como um lugar de cura. A aglutinação em torno de médiuns-espíritos específicos poderia colocar em risco a continuidade de certas práticas ou mesmo da instituição na ausência deles, de modo que a “diluição” das competências curativas entre espíritos e médiuns que “trabalham no anonimato” seria uma forma de preservar o trabalho geral da instituição.

Para estar filiado enquanto um voluntário do CAPC, a conversão religiosa não se fazia necessária porque aquele espaço seria terapêutico e não doutrinário. Porém, observa-se que a participação em algumas atividades como a faculdade espírita ou o grupo andino, por exemplo, funcionavam como formas de identificação daqueles que estavam mais ou menos comprometidos com o arcabouço teórico espiritual da casa, que não estava resumido à literatura espírita convencional e envolvia em alguns momentos a tão negada incorporação. Certamente, o ingresso como voluntário na instituição também dizia respeito às escolhas espirituais dos sujeitos que encontravam na prática terapêutica espírita uma forma de vivência religiosa e espiritual, porém não marcada por formas rígidas de pertencimento religioso e passível de flexibilizações nas experiências cotidianas em torno dessa adesão.

Assim, não é possível falar em conversão religiosa para pensar o corpo de voluntários do CAPC e suas motivações para o voluntariado. A diversidade de filiações religiosas era evidente e corresponde àquela observada entre os pacientes, embora entre esses últimos a denominação católica imperasse ao passo que entre os voluntários haveria um número maior de pessoas que se identificavam enquanto espíritas ou espiritualistas. Em março de 2010, quando participei do processo de

formação de voluntários do NENL/CAPC, dos 89 participantes 55 se declararam espíritas, 24 católicos, cinco pessoas se declararam sem religião, duas se declararam cristãs, uma pessoa se declarou episcopal, uma espiritualista e uma disse ser da “religião do amor”.

A auto-identificação dos voluntários, no entanto, não deve ser tomada como algo *stricto sensu* se lembrarmos de que o espiritismo brasileiro se constitui em forte relação com outras religiões com as quais foram sendo construídas relações de afastamentos e/ou aproximações que permitiram um trânsito mais ou menos difuso de pessoas de um espaço religioso a outro. O que ela revela é o modo heterogêneo com que um *ethos* religioso privado (Duarte, 2005) é formado na modernidade e como os sujeitos constroem *cosmologias singulares* (Maluf, 1996) a partir de universos religiosos mais ou menos institucionalizados aliados às suas trajetórias particulares. Neste sentido, a experiência emocional vivida nesses espaços é o que muitas vezes motiva uma adesão mais estreita com uma instituição particular, e não uma introjeção dos valores morais ou doutrinários do grupo (cf. Hervieu-Léger, 1990). Para uma voluntária mais acima, que disse não querer saber “como é que os espíritas kardecistas explicam como é que as coisas funcionam”, seria através das emoções que ela acessava melhor a espiritualidade:

O meu jeito de chegar na minha espiritualidade é muito mais através das minhas emoções e do meu trabalho de autoconhecimento do que pela doutrina. Eu deixo pros teóricos estudar, eu pensava muito isso quando eu comecei no CAPC: eu não quero ser a teórica que eu fui na universidade. Eu quero sentir e viver as coisas, eu não quero teorizar sobre as coisas, sobre o espiritismo pelo menos.

É certo que no CAPC algumas categorias e práticas que fazem parte do espiritismo eram amplamente compartilhadas e faziam parte do dia-a-dia da instituição, a exemplo dos passes. No entanto, essas práticas espíritas podiam ser ponto de dissenso mesmo entre os espíritas quando consideramos a dinâmica dessa religião. Assim, quando algumas voluntárias estavam treinando o passe de câmara, um senhor que já trabalhava há muitos anos em centro espírita disse: “estão inventando tudo, eu dou passe há 53 anos e não precisa nada disso ai, isso tudo é invenção, o que interessa é o que vai no coração minha filha”. Ele mesmo se dispôs a mostrar para mim e as outras voluntárias como seria “o passe de câmara tradicional”. Ao final de sua demonstração, pouco

apreciada é verdade pelas outras colegas que estavam preocupadas em aprender a técnica do CAPC, uma delas disse gentilmente para ele “é que aqui tem outro método que foi repassado pela espiritualidade”. Em outro dia esse mesmo senhor recusou-se a fazer parte da equipe que abre as atividades terapêuticas com o passe de câmara dizendo “esse passe aí eu não quero dar não”. Em outros momentos, eram as próprias técnicas terapêuticas que se tornavam motivo de descrédito para alguns voluntários mais afinados com uma linha do espiritismo considerada ortodoxa e que não aceita tais práticas como elementos da doutrina:

Eu vou dizer a verdade, isso aí [cromoterapia] pra mim é coisa de esoterismo, essas coisas de esotérico. Eu sou cética, eu não acredito que aquela luzinha faz nada, mas se a pessoa tem fé, a fé é que faz tudo! Pra mim na verdade o médium está canalizando energia e o paciente processando essa energia que vem da espiritualidade. A luz, os aparelhos, são mais para dar ao paciente a sensação de estar sendo tratado como num hospital, que dá conforto, mas eu não creio que aquela luz sozinha faz nada. Se o pessoal da cromo me escuta me mata! (voluntária).

Ir lá no órgão fazer uma cromoterapia se a pessoa tiver o merecimento vai receber com certeza, todos nós um pouquinho sempre temos, mas pra que aquilo flua vai depender de nós, correto? Isso eu já deixei claro. O que eu não concordo, o que pra mim tá fora da doutrina: eu vou fazer um pai nosso, eu vou aplicar um passe, eu tenho que botar 10 vezes a mão pra lá, cinco vezes a mão pra cá, isso pra mim são coisas externas. O que eu tenho que usar numa terapia? Meu coração. Então nisso eu creio, só que nas terapias o que acontece, um pai nosso com a mão pra cima, tem que fazer dessa forma porque senão o outro já te chama a atenção, daí no grupo já tem aquele que diz que tu fez errado, isso pra mim não dá. Não é que as terapias da casa não funcionam, não foi isso que eu disse, funciona, todas elas funcionam! Se Deus nos dá as terapias alternativas, nos dá a alopática, a homeopática, todas elas são bem vindas, todas! O que é que eu não creio, eu não creio que com algo externo que não seja com o coração isso funcione, eu não acredito (voluntária).

Deste modo, a adesão dos voluntários às práticas do CAPC envolveria tanto a “crença” quanto a “descrença” seja em espíritos, em técnicas terapêuticas, na reencarnação ou no carma, de modo que seria difícil falar em termos de conversão a um sistema religioso ou aos valores de uma instituição religiosa no sentido que esse termo adquiriu

em algumas análises envolvendo saúde e religião que veem na cura da doença um caminho para conversão do doente. Obviamente não estou descartando esse aspecto, porém não o veria como elemento principal que faz com que as pessoas iniciem ou permaneçam como voluntárias do CAPC. Nem mesmo a participação ativa em algumas atividades mais doutrinárias poderia ser encarada como uma espécie de conversão, pois conheci pessoas que não se reconheciam enquanto espíritas, mas frequentavam a escola de médiuns, por exemplo.

O que aparece como comum ao corpo de voluntários do CAPC seria uma perspectiva cristã baseada na fé e na caridade, mas mesmo esse cristianismo latente pode ser alvo de dissenso, ainda que tenha sido manifestado por uma única pessoa para a qual Kardec não deveria ter escrito o *Evangelho Segundo o Espiritismo*:

Ele [Kardec] precisava de uma aproximação religiosa [para o espiritismo]. Podia ter colocado o budismo, o islamismo, judaísmo, pôs o cristianismo. O cristianismo é muito rançoso, é tacanha, crente, haja vista as religiões pentecostais o sucesso que faz com base nos evangelhos. Eu não estou desqualificando a mensagem, Deus me livre! Muito pelo contrário, a mensagem do evangelho é uma mensagem transformadora, agora o problema são as interpretações das palavras.

Para essa pessoa, o cristianismo se tornava problemático para o espiritismo por remeter a doutrina unicamente para o aspecto religioso, relegando a parte científica para um segundo plano.

Por fim, vale a pena citar uma última cena onde a dimensão religiosa diversificada do CAPC me pareceu bem evidente e sintomática de uma pluralidade que guarda seus momentos de conflito e divergências internas e coletivas, mas que também é capaz de acomodar essas diferenças justamente pela diversidade de compreensões e conexões possíveis que se dão no interior da instituição.

No final de 2009 algumas pessoas me alertaram para trazer uma vela no último dia de trabalho da casa, em fins de novembro, pois talvez a dirigente do CAPC fosse fazer um “ritual de encerramento” como no ano anterior. Uma das voluntárias disse que havia sido um ritual no qual “ela benzeu todos nós, foi tão bonito, uma coisa muito bonita, ela benzeu um por um com uma água bem cheirosa. E a vela é pra gente acender em casa quando precisar fazer um pedido, uma prece em intenção de alguma coisa que a gente desejar”.

Com a proximidade do dia do encerramento tornei a questionar

outra pessoa sobre o ritual, se haveria e quando eu deveria trazer a vela e foi quando outra voluntária disse: “ela não informou ainda se vai ter”. Eu perguntei como seria esse ritual. “É uma limpeza né? É uma limpeza energética para todos aqueles que trabalharam o ano inteiro, um desligamento que a gente trabalha o ano inteiro e fica energeticamente conectado com essas forças, então no recesso é bom dar uma limpeza antes pra aliviar e recarregar as energias para o próximo ano”. A água era um preparo de “ervas medicinais” utilizado com a finalidade de limpar os campos energéticos. Por fim, uma terceira pessoa comentou esse ritual em tom menos cerimonioso questionando se “esse ano será que teremos aquela aguinha no último dia? Olha que aquele matinho manchou meu jaleco e pra sair foi difícil”. Essa pessoa estava entre as que consideravam qualquer tipo de ritual algo desnecessário e incompatível com a doutrina espírita “tal como codificada por Kardec”.

Assim, enquanto para uma o ritual do encerramento foi percebido como “uma benção” quase numa acepção católica, onde a dirigente “benzeu um por um”, para outra o ritual se constituiu numa limpeza energética feita com ervas medicinais que possuíam essa função purificadora, enquanto uma terceira pessoa, apesar de ter participado do ritual, claramente não concordava com ele por ser uma prática não condizente com o que prega a ortodoxia da doutrina espírita. Cada uma dessas interpretações esta matizada pelo pertencimento e prática (ou não prática) religiosa de cada uma dessas pessoas que encontraram no voluntariado do CAPC modos distintos de dar, receber e retribuir uma dádiva.

**“Dar de graça o que de graça eu recebi”:
a contra-dádiva como elemento unificador das heterogeneidades**

A caridade na doutrina espírita se baseia no princípio cristão preconizado no Evangelho de Mateus (capítulo 10, versículo 8), especialmente a passagem na qual Jesus reúne os doze apóstolos e lhes ordena como missão: “curai os enfermos, limpai os leprosos, ressuscitai os mortos, expulsai os demônios. Dai gratuitamente o que haveis recebido gratuitamente”. No *Evangelho Segundo o Espiritismo*, essa passagem bíblica intitula o capítulo que trata da condenação moral do uso da mediunidade com finalidade financeira e o dom da cura seria por excelência aquele que de graça recebido, de graça deve ser dado,

lembrando que “Jesus e os apóstolos, conquanto pobres, não faziam pagar as curas que operavam” (Kardec, 1981: 302). Assim, aqueles que têm o dom de comunicação com os espíritos não devem, segundo os preceitos da doutrina, “fazer disso meio de vida”, mas doar ao próximo os benefícios, curativos ou de outra ordem, que esse dom lhes possibilita.

Além de uma obrigação de dar, a mediunidade também envolveria uma obrigação em receber já que dentro do espiritismo esse dom pode ser encarado como uma missão a ser cumprida. Em uma das palestras no NENL, o orador assim se referiu aos tipos de mediunidade: uma pequena minoria das pessoas teria uma mediunidade que atesta sua plena evolução espiritual, mas a maioria “99%” possuiria uma mediunidade de prova dada à pessoa na sua reencarnação como instrumento para testar e promover sua evolução, dependendo do modo como esse dom é utilizado.

Mais notadamente no que tange as religiões de matriz africana, mas também presente no espiritismo kardecista, está a ideia de que não desenvolver o dom da mediunidade pode trazer à pessoa uma série de complicações, entre elas a doença e até mesmo a loucura. De modo que aos que foram agraciados pela dádiva dos espíritos com a possibilidade de com eles se comunicar não seria permitido recusar esse presente e o seu recebimento, ou seja, o desenvolvimento mediúnic e a prestação da caridade seriam parte da própria missão do espírito encarnado, de modo que dar seria uma retribuição derivada da obrigação de receber um dom, uma dádiva.

No CAPC a dádiva que se recebe dos espíritos, de Deus e também dos encarnados, não se relacionava propriamente a uma capacidade mediúnica, que se considera que todos possuem em maior ou menor grau, nem exatamente ao recebimento da cura de um câncer ou outra doença, já que muitos voluntários continuavam doentes. A dádiva e a contra-dádiva que se percebia ali envolviam aspectos que dizem respeito à construção de afetos, socialidades e aos sentimentos de gratidão e pertença que atravessavam de formas diferenciadas a experiência dos sujeitos.

O voluntariado no CAPC oferece a possibilidade de pensar a caridade espírita a partir da noção de dádiva e contra-dádiva (Mauss, 2003), ressalvadas algumas precauções de ordem interpretativa. Pensar o voluntariado enquanto um processo de dádiva e contra-dádiva me pareceu um modo mais acertado para construir uma compreensão a

respeito das motivações que levam os pacientes do CAPC a se tornarem voluntários da instituição e que não podem ser reduzidas à ideia de conversão, “crença” ou consenso cultural, nem ao recebimento da cura de um câncer, já que para alguns voluntários a realidade de suas doenças persistia de forma mais ou menos acentuada.

É claro que não são todos os pacientes que se tornam voluntários, nem se pode dizer que seja a maioria, mas isso também não significa que a dádiva para estes não se apresenta e seja retribuída de outras formas que não apenas pelo trabalho voluntário. Há diferentes maneiras de se prestar essa contra-dádiva que pode ser expressa em doações financeiras ou na formação de uma rede de divulgadores da instituição que legitimam seu trabalho e produzem para ela uma visibilidade social positiva. No entanto, lanço mão aqui da noção de dádiva para pensá-la enquanto um elemento unificador da pluralidade que envolvia os voluntários do CAPC.

Podemos considerar a trajetória do voluntário no CAPC a partir dos três aspectos envolvidos na dádiva – dar, receber e retribuir. Ao adentrar a instituição enquanto paciente o que a maioria das pessoas espera é receber uma cura que pode se dar pelo merecimento (“se for do meu merecimento, eu serei curado”), pela fé (“se eu acreditar, poderei ser curado”) ou pelo autoconhecimento (“se eu souber a raiz do meu problema eu poderei me curar”). Em todas elas está envolvida uma perspectiva individual que, no entanto, necessita de um espaço coletivo para se realizar, porque se merecimento ou fé bastasse por si só o paciente poderia se curar em casa rezando sozinho. Do mesmo modo, o autoconhecimento se processa a partir da minha relação com outros, pois é através dessa relação que a pessoa pode se posicionar enquanto sujeito e reconhecer a si mesma.

Assim, ao buscar o CAPC as pessoas esperam encontram numa coletividade (que envolve pessoas, espíritos, energias, objetos) os mecanismos para acionar os dispositivos, vistos como individuais, da cura. É preciso haver uma disponibilidade para receber, estar disposto a seguir um tratamento que está sendo dado de forma gratuita e voluntária por pessoas que não estão recebendo nenhum valor financeiro por isso. A recusa de qualquer ordem não seria proibida, mas vista como uma negação de ajuda a si mesmo. Neste sentido há uma obrigação, além do desejo, de receber a dádiva desse tratamento.

Uma vez produzida essa disponibilidade e o desejo para receber, o que se recebe pode ser uma cura física, às vezes nem isso e

em outras vezes mais do que isso. Ao adentrar o CAPC uma pessoa pode encontrar ali um espaço terapêutico que é também um lugar de socialidade e compartilhamento de experiências, um local para expressar seus sentimentos ou desenvolver alguma nova habilidade profissional, uma comunidade religiosa que vai ao encontro de uma busca espiritual. Assim para alguns a dádiva recebida pode ter sido o controle da doença, uma cura miraculosa, uma melhora nos exames ou simplesmente os afetos, cuidados, gentilezas, palavras e preces recebidas que despertaram sensibilidades de outra ordem e novas formas de pensar não apenas a si mesmo, mas também as pessoas e o mundo a sua volta.

Dar a outros essa possibilidade de encontros é o que cria uma disposição para um trabalho social que se expressa através da gratidão, o sentimento mais recorrentemente nomeado pelos voluntários, e que envolve o próximo, a espiritualidade e a si mesmo por ter se permitido receber o que estava sendo dado. Mas há também uma obrigatoriedade envolvida neste dar que novamente coloca em relação perspectivas individuais que só podem se realizar através de uma coletividade quando se diz no CAPC que aqueles que estão prestando a caridade através do trabalho voluntário são na verdade os que mais estão recebendo, pois seriam estas pessoas as mais necessitadas de uma cura que novamente não pode ser reduzida aos aspectos biológicos. O voluntariado pode ser visto enquanto um modo de ação curativa no sentido de que, ao permanecer naquele espaço a pessoa mantém-se em “contato com as energias de cura” que nele estão, além de estar constantemente envolta pelos ensinamentos recebidos através das mensagens, das preces, das reuniões, das palestras e da aplicação das terapias que acabam se constituindo em uma forma de manter-se consciente e alerta sobre si mesmo a fim de não “deslizar” e tornar a adoecer. Por isso, ao dar-se enquanto voluntário é possível receber essa “energia curativa” e também cultivar o cuidado de si ou a evolução do espírito:

Por que eu acho que a gente fica lá [no CAPC] como trabalhador? A gente não fica lá pra cuidar dos outros, eu vou falar em meu nome, não em nome dos outros, mas eu não tenho dúvida que eu continuo lá pra me cuidar, que eu cuido de mim cuidando dos outros. Cuidar dos outros é uma forma de me lembrar do que eu tenho que fazer comigo, por isso que eu honro todos os dias que eu chego lá e que tem pacientes pra que eu possa me ocupar com eles, pra que eu possa cuidar de mim através deles. De um lado qual é meu sentimento? Eu

fui tão bem acolhida, eu fui salva no CAPC, eu considero que a minha alma foi salva no CAPC e quanto mais eu puder fornecer isso pra outras pessoas, melhor eu vou me sentir. Eu sinto um prazer enorme em ver as pessoas continuando a ser acolhidas, perceber que eles estão recebendo o que eu recebi, isso foi tão fundamental pra mim que eu acho maravilhoso que as pessoas possam ter, mas eu não tenho dúvida dessa outra parte, eu preciso deles pra cuidar de mim, e é através deles que eu cuido de mim, é uma troca. Eu não tô sendo hipócrita de dizer que eu vou lá porque eu já tenho tudo resolvido, não, eu tô lá porque o que eles têm pra resolver eu também tenho, cotidianamente as questões se colocam na minha vida do mesmo jeito que se colocam pra eles (voluntária).

A dádiva reflete um interesse (na cura, na evolução espiritual, no cuidado de si) que embora seja pessoal só pode ser efetivado através do outro e neste sentido ela possibilita a construção de uma relação entre doadores e donatários permeada pela alternância entre essas posições quando sabemos que os voluntários que estão dando (energia, tempo e até mesmo dinheiro) não são os que receberam um dia, mas os que irão continuar recebendo sempre porque eventualmente retornam à condição de pacientes bem como se beneficiam da relação de troca estabelecida com o mundo espiritual. Neste sentido, esse endividamento se efetua numa reciprocidade que envolve pessoas, espíritos (ou a espiritualidade) e a instituição.

Devemos pensar, no entanto, sobre o caráter obrigatório da dádiva no CAPC, ainda que a disposição para o voluntariado seja um ato espontâneo. Ninguém é obrigado a se tornar voluntário, a retribuir a dádiva, mas o sentimento de gratidão pode se tornar um impositivo para um engajamento social com a instituição:

Em setembro deu que o diagnóstico tava tudo bom, não precisava tomar mais medicação, nada! Daí eu perguntei por pessoal lá como é que posso ser voluntária? Ah, tem que assistir às palestras no Núcleo aos sábados, e eu comecei a assistir as palestras lá, só que eu tava com uma ânsia muito grande, uma gratidão enorme pela vida, eu achei assim, eu tô tendo uma segunda chance, daí eu decidi que não ia esperar, eu podia fazer massagem podal, então fui lá falar com irmão X numa quinta feira, aí ele disse que sim, eu podia fazer a massagem (voluntária).

Por outro lado, a obrigação em dar pode ser vista como

condição para receber:

Desde o começo elas me chamaram [para ser voluntária], mas eu não queria ir por medo de errar e ser chamada a atenção, porque a gente sabe que lá tem isso, tem brigas e eu não queria me envolver nisso e me aborrecer. Mas depois da minha cirurgia, que eu vi que tudo piorou, eu coloquei assim uma coisa na minha cabeça que eu só ia me curar se eu fosse trabalhar no CAPC, era assim, como uma condição, você só vai ficar boa se trabalhar lá, isso na minha cabeça, daí eu fui (voluntária).

Deste modo, a dádiva não exclui uma lógica de obrigação e troca por meio da qual o próprio dom pode ser partilhado e significado de diferentes maneiras. Assim, a dádiva no CAPC pode ser pensada enquanto um sistema de trocas que envolve interesse e desinteresse, liberdade e obrigação, pois o trabalho voluntário exige a formação de um vínculo que embora espontâneo se torna obrigatório no momento em que se cria um laço que não pode ser rompido pela quitação da dívida já que quanto mais se dá, mais se recebe, mais se tem a retribuir:

Eu acho que o voluntário ele é muito mais importante que o emprego de contrato assinado porque o emprego de contrato assinado, as leis que regem o trabalho normal, formal ele abre espaço pra você ter uma série de concessões. Não quero ir trabalhar hoje, e o trabalho voluntariado não. Geralmente no trabalho voluntariado aquela tua função, ela é muito importante, empurrar maca, se não tiver alguém pra empurrar a maca naquele dia o paciente vai andando a pé pelo corredor. Eu entendo que o trabalho voluntariado é de uma extrema responsabilidade e eu me sinto completamente adaptado a essa condição. Eu não vou ao CAPC obrigado, é pra mim uma felicidade, é gratificante poder ir, eu digo isso pros pacientes, eu tenho muito mais sorte do que vocês porque eu estou aqui toda semana (voluntário).

Esse trabalho voluntário lá, ele me faz muito bem, ir lá no CAPC, ajudar, trabalhar lá, é bom ver as pessoas chegarem lá pra fazer uma terapia e você dá aquela palavrinha de conforto, pra dar exemplo até, porque a gente não pode ser um exemplo? Se eu tive um câncer e me tratei, me curei porque que eles que chegam lá debilitados não podem olhar pra gente e pensar assim 'poxa vida, aquela pessoa lá também já esteve doente, olha como ela tá bem hoje'. Então eu faço esse esforço de retribuir lá aquilo que eu recebi. E eu preciso disso para continuar melhorando esse meu lado emocional, eu preciso muito disso pra me

fortalecer e o trabalho na casa ele me fortalece (voluntária).

Agora tem um lance lá, a gente não sabe quem precisa de quem, se é você servindo que tá sendo feliz, mas existe uma necessidade de estar lá, é como se você tivesse uma família. Quem serve quem? Sexta-feira durante vinte e poucos anos eu começava lá por uma hora a minha preparação pra ir pra praia, 4-5 horas o meu marido, que tinha andado na rua o tempo todo, voltava e a gente ia pra praia. Então quando chegava a tarde, eu fiquei quatro anos [depois do divórcio] sentindo a necessidade de ir pra praia, aí eu comecei [no CAPC] ia na sexta-feira e dormia lá e eu me sentia tão bem, tão bem porque era como se eu tivesse ido pra praia e me preenchia completamente (voluntária).

A espontaneidade do dar envolve uma obrigatoriedade que não é impositiva, mas construtora de vínculos que criam entre os voluntários do CAPC uma disposição para o social capaz de acomodar os conflitos inerentes à instituição em prol de algo considerado “maior” que está representado por uma generosidade espiritual e humana capaz de atender aos interesses individuais de cada um quando as pessoas se dispõem a interagir nessa coletividade. Não seria somente a cura da doença que faz de um paciente voluntário, já que alguns não se curam e outros sequer foram pacientes da casa. Mesmo entre os que se dizem curados, o eterno retorno aos tratamentos os coloca constantemente numa posição de paciente que lhes remete ao momento inicial de contato com a instituição onde eles receberam atenção, afeto, cuidados e um tratamento oferecido de forma totalmente gratuita. Tampouco penso que a motivação para o voluntariado parte de uma conversão aos valores morais do espiritismo, pois há aqueles que não se converteram à doutrina ou que tem suas críticas a ela ou ao modo como ela é aplicada no CAPC. É certo que entre todos a máxima da caridade é um elemento do espiritismo bastante compartilhado.

No entanto, penso que são os aspectos da dádiva e da contra-dádiva que atravessam a experiência dos sujeitos no contato com uma instituição terapêutico-religiosa que unifica as heterogeneidades dos atores que a compõe. A experiência de transformação individual resulta numa disposição para o social, pois se percebe que é através dessa coletividade – formada por pessoas, espíritos, energias, processos burocráticos, conflitos, etc –, que os interesses pessoais, de diferentes ordens, podem ser atendidos. Assim, os discursos individualizados do espiritismo, da biomedicina e das terapias ditas alternativas/complementares presentes neste espaço não escapam de

uma premissa relacional, pois se a saúde (física-mental-espiritual) aparece como aspecto de responsabilidade individual, é somente através da relação que o sujeito trava com o mundo e seus *outros* que ele de fato pode testar o domínio de si, das suas emoções, da sua evolução enquanto espírito e, conseqüentemente, da saúde do seu corpo.

Capítulo VII

“Em nome de Deus e Jesus esta operação está concluída”: a cirurgia espiritual

“A cirurgia é uma divindade ciumenta, imperiosa e até mesmo tirânica. Ela exige sacrifícios materiais e espirituais, votos de renúncia, uma servidão. O leigo só tem de nós uma impressão superficial, ele nem imagina o que pode ser uma missão que por vezes merece o nome de sacerdócio”(Dr. Soupault apud Laplantine, 2004: 245).

Neste capítulo apresento as cirurgias espirituais do CAPC, momento que se constitui no ápice do tratamento oferecido pela casa¹²⁷. Apesar de todo tratamento ser considerado importante, as cirurgias seriam um momento de confirmação dos propósitos de cura e do processo de transformação da pessoa doente, constituindo-se numa atividade que congrega a um só tempo e em torno de um mesmo evento todos os pacientes e voluntários presentes no Centro. A prática da cirurgia espiritual envolve ainda toda uma “ritualística” que tanto reforça as similitudes com a biomedicina através do forte investimento estético presente em sua execução, quanto se apresenta como um espaço para produção de diferença com relação à cirurgia “convencional” por

¹²⁷ Giumbelli (2006) aponta para uma distinção entre os termos “operação espiritual” e “cirurgia espírita”. Segundo o autor, de forma geral, o termo “operação espiritual” daria respeito às intervenções feitas pelos espíritos sobre o corpo da pessoa doente de forma fluídica, podendo essa intervenção ocorrer no centro espírita ou em outros lugares como a casa da pessoa doente ou mesmo em um hospital, caso a pessoa se encontre internada. A operação espiritual seria, assim, uma forma de assistência dirigida a pessoas em acompanhamento biomédico. Já a “cirurgia espírita” trata de formas de manipulação direta do corpo realizadas por um médium incorporado com o espírito de um médico. Haveria aqui a retirada de caroços, tecidos e outros materiais como condição para proporcionar a cura. Para o autor, as “operações espirituais” ilustram uma espécie de grau máximo de espiritualização, ao passo que as “cirurgias espíritas” ilustram um grau máximo de materialidade na utilização terapêutica da mediunidade. No CAPC não encontrei qualquer distinção entre os termos “operação” e “cirurgia”, embora a última expressão fosse a mais utilizada pelos sujeitos, sendo acompanhada pelo adjetivo “espiritual” e não “espírita”.

evocar uma ideia de corpo e de possibilidades de ação sobre ele que estão para além daquelas oferecidas pela biomedicina. Assim, embora seja uma prática que se utiliza tanto de uma estética quanto de uma linguagem biomédica, as cirurgias espirituais são também momentos de criação de sentidos diferenciados para se pensar o cuidado, a saúde, o corpo e as doenças que não são os mesmos da medicina oficial.

Antes de adentrar especificamente nas cirurgias espirituais do CAPC apresento um breve histórico sobre o desenvolvimento dessa prática de cura que, embora muito popular no Brasil, não se tornou objeto de análise muito desenvolvido nas ciências sociais, nem no âmbito dos estudos da saúde, nem da religião, apesar das controvérsias que gera em um campo e outro.

Dos médicos do astral aos extraterrestres: a cirurgia espiritual no Brasil

Em 2009, a imprensa esportiva noticiou que a jogadora Paula Pequeno, da equipe brasileira de vôlei, havia se submetido a uma cirurgia espiritual para tratar de uma lesão no joelho esquerdo. Paula não seria a primeira atleta brasileira a recorrer a esse tipo de intervenção, antes dela a também jogadora de vôlei Ana Moser declarou ter feito 12 cirurgias espirituais durante sua carreira. A jogadora de basquete Magic Paula e o tenista Gustavo Kuerten também recorreram às cirurgias espirituais a fim de aliviar dores ou acelerar seus processos de recuperação depois de se submeterem a cirurgias convencionais.

O tema da cirurgia espiritual é uma constante na mídia brasileira desde os primeiros anos da difusão dessa técnica terapêutica no meio espírita nacional. Além dos atletas, alguns artistas também já declararam publicamente terem feito em algum momento uma cirurgia espiritual. Vários programas de televisão já foram dedicados a essas cirurgias, médiuns que alegam incorporar espíritos de médicos são entrevistados para matérias de televisão e revistas em tons sempre sensacionalistas, mas quase nunca de denúncia, apesar das cenas consideradas “chocantes” que muitas dessas práticas cirúrgicas envolvem e da constante ofensiva dos médicos contra seus praticantes. A mídia internacional também tem devotado certa atenção às cirurgias espirituais que acontecem no Brasil. Em 17 de novembro de 2010, o

programa de TV da apresentadora norte-americana Oprah Winfrey¹²⁸ abordou o tema através de uma extensa reportagem com pacientes, um médico e uma jornalista que tiveram contato no Brasil com o médium João Teixeira de Farias, o João de Deus, que também já foi tema de outros documentários produzidos pela imprensa internacional¹²⁹.

Enquanto na mídia o interesse pelas cirurgias espirituais parece ser sempre renovado, nas ciências sociais essa prática não tem despertado tanto interesse assim. Ao considerar a amplitude desse fenômeno no Brasil e as questões de ordem política, médica e religiosa envolvidas nele, é no mínimo curioso que os cientistas sociais tenham devotado tão pouco interesse em pesquisá-lo. A atenção dedicada às cirurgias espirituais mesmo entre aqueles que investigaram o espiritismo e suas práticas de cura, quando não está completamente ausente das análises, é tratada de modo superficial. Até hoje, ao que me consta, só há um livro publicado em português, na área das ciências sociais, a tratar do tema das cirurgias espirituais no Brasil que é a obra de Sidney Greenfield (1999) e que, na minha análise, não reflete o contexto atual dessas práticas e sua complexidade, embora devamos reconhecer seu pioneirismo em investigar um fenômeno social que pouco tem despertado a atenção dos pesquisadores brasileiros.

Esta tese não tem a pretensão de cobrir essa lacuna, mas pretende apontar para a dimensão que a prática das cirurgias espirituais tem no Brasil e que parece pouco evidenciada na maioria dos estudos sobre o espiritismo. Para dar conta da complexidade e variedade dessa prática terapêutica tão popular e controversa, são necessários estudos mais sistemáticos e amplos que na área das ciências sociais mal começaram a se desenvolver, ainda que as cirurgias espirituais estejam sendo praticadas no Brasil há quase 60 anos.

A partir da década de 1950 vários médiuns espíritas irão alegar que há propriedades curativas em cirurgias espirituais realizadas a partir da incorporação do espírito de médicos. Certamente o espírito mais conhecido no país a realizar tal façanha é o Dr. Adolph Fritz, médico alemão que teria morrido durante a I Guerra Mundial e que, através da

¹²⁸ Para o conteúdo da reportagem ver http://www.oprah.com/spirit/Do-You-Believe-in-Miracles_1 (acessado em 11/01/2011).

¹²⁹ Em 2007, a Discovery Channel produziu o documentário “John of God – Miracle Man”, sobre as cirurgias realizadas por João de Deus. Disponível no Youtube <http://www.youtube.com/watch?v=iGYtwONfey4>. Um vídeo de mesmo nome e em inglês pode ser comprado pelo site do médium (<http://www.joaodedeus.com.br>), porém não é a mesma produção da Discovery.

incorporação em vários médiuns ao longo dos últimos 60 anos já realizou milhares de cirurgias utilizando-se de tesouras, facas de cozinha e até serra elétrica, sem a utilização de anestesia ou qualquer técnica de assepsia. Apesar disso, seus “pacientes” alegam pouca ou nenhuma dor e as infecções são raras, considerando as condições de assepsia nas quais essas cirurgias ocorrem.

O primeiro médium a incorporar o espírito do Dr. Fritz foi José Pedro de Freitas que ficou conhecido internacionalmente como Zé Arigó, o cirurgião da faca enferrujada (Fuller, 1974). Durante quase duas décadas Zé Arigó operou incorporando o Dr. Fritz e utilizando em suas cirurgias facas de cozinha. Zé Arigo foi acusado e condenado duas vezes por exercício ilegal da medicina. Não chegou a ser preso quando da primeira condenação porque recebeu um indulto do presidente Juscelino Kubitschek cuja filha havia sido tratada pelo médium. Na segunda condenação ficou preso durante sete meses (revista o Cruzeiro, dez. 1964). No início dos anos 1970 Zé Arigó morreu em um trágico acidente de carro, mas o Dr. Fritz continuou operando através de outros médiuns, entre eles o médico pernambucano Edson de Queiroz que operou em várias cidades brasileiras, mas tinha como local fixo a Fundação Espírita Adolph Fritz em Recife. Edson de Queiroz sofreu vários processos e teve seu título de médico cassado e depois restituído. Ao contrário dos demais médiuns que operavam com o Dr. Fritz, Edson não foi acusado de exercício ilegal da medicina, já que era médico, mas de infringir o código de ética profissional. Como Zé Arigó, Edson morreu tragicamente assassinado por seu caseiro¹³⁰.

Outros médiuns em diferentes partes do país incorporaram e ainda incorporam o Dr. Fritz. Para citar alguns nomes temos Edivaldo Oliveira Silva e seu irmão Oscar Wilde Oliveira Silva (Bahia), Rubens Farias Junior (Rio de Janeiro-São Paulo), Maurício Magalhães (Mato Grosso do Sul). Apesar da origem em estados diferentes, esses médiuns geralmente percorrem todo o país, visitando várias cidades onde se formam verdadeiras multidões para serem operadas pelo Dr. Fritz. Historicamente todos esses médiuns têm sofrido processos por exercício ilegal da medicina, mas raramente esses processos resultam em prisão. O médium Rubens Farias Junior, por exemplo, foi acusado também de enriquecimento ilícito e sonegação de impostos, pois cobrava pelas cirurgias que realizava incorporando o Dr. Fritz (ver

¹³⁰ Outros médiuns que trabalharam com Dr. Fritz também tiveram mortes trágicas em acidentes o que alimentou a aura de mistério em torno dessa entidade.

http://veja.abril.com.br/170299/p_035.html, acessado em 11/12/2010).

O nome mais recente ligado à figura do Dr. Fritz é o do médium Kleber Aran que atendia em Recife e, posteriormente, em São Luís. Em meados de 2010 Aran, que se dizia terapeuta holístico, teve sua prisão preventiva decretada pela justiça depois de denúncia feita pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Em setembro de 2010 um jornal de Maceió noticiava que Kleber Aran/Fritz estavam prestando atendimento na cidade e até hoje não se tem notícia da efetivação de sua prisão.

As cirurgias do Dr. Fritz têm um caráter performático e geralmente são realizadas com todo um aparato próprio dos espaços biomédicos, ainda que muitas vezes ocorram em galpões e sem respeito a normas de assepsia. Os primeiros médiuns a incorporar o Dr. Fritz não usavam “roupas de médico”, mas atualmente é comum o uso de luvas cirúrgicas, roupa branca e jaleco, às vezes identificado pelo nome do espírito do médico e não do médium (como no caso de Kleber Aran que operava vestindo um jaleco com o nome “Dr. Fritz” bordado). No entanto, os cuidados com a higiene param aqui. O uso de tesouras, facas, agulhas e bisturis nas cirurgias do Dr. Fritz sempre foi uma constante, embora isso venha se alterando nos últimos anos quando alguns médiuns passaram a utilizar outras técnicas.

É o caso do médium Chico Monteiro que uma vez por mês atende mais de mil pessoas em Rio Novo (MG), e da médium Aylla Harard que atende em Guaratinguetá, interior de São Paulo e parece ser a primeira mulher a incorporar o Dr. Fritz. Ambos fazem cirurgias sem os “tradicionais” instrumentos utilizados pelo Dr. Fritz. Chico Monteiro, no entanto, diz “materializar” instrumentos que causam pequenas marcas como arranhões, mas nada que seja comparado com as chocantes cirurgias com facas e tesouras. Além do Dr. Fritz e uma equipe de médicos desencarnados, Chico Monteiro trabalha ainda com seres extraterrenos oriundos de diferentes planetas e constelações, que auxiliam nas cirurgias bem como desenvolvem tecnologias que o médium reproduz em aparelhos utilizados para o tratamento de seus clientes (Cruz, 2007). Chico Monteiro também se identifica como terapeuta holístico e atende em consultório particular no Rio de Janeiro onde também é auxiliado pelo Dr. Fritz e pelos extraterrestres, e uma vez por mês atende gratuitamente em Rio Novo (MG). Em sua página na internet (www.chicomonteiro.org.br) é dito que o tratamento oferecido uma vez por mês em um galpão da cidade é “espiritualista-

holístico-quântico com o fenômeno da ectoplasmia, a energia que emana das mãos do médium, paranormal, terapeuta, psicoterapeuta Chico Monteiro”.

Já Aylla, que é taróloga e parapsicóloga, só teria aceitado trabalhar com o Dr. Fritz depois de um acordo no qual impôs como condição que as cirurgias fossem realizadas sem cortes. Como Chico Monteiro, Aylla tem um consultório particular e uma vez por semana realiza gratuitamente as cirurgias espirituais em um centro espírita na cidade de Guaratinguetá. Percebe-se que uma geração de médiuns afinada com as propostas esotéricas e psicoterapêuticas da Nova Era está reconfigurando as atividades do espírito do Dr. Fritz. Os casos de Chico Monteiro e Aylla Harard nos mostram que, ao contrário de médiuns como Zé Arigó e outros que afirmavam terem sido obrigados a atender ao “chamado” do Dr. Fritz, eles conseguiram negociar com o espírito a fim de adequar a prática da cirurgia espiritual a um modelo de intervenção menos dramático que aqueles anteriormente utilizados e mais condizentes com um perfil terapêutico alternativo menos invasivo. Cruz (2007) fala de um “refinamento das cirurgias espirituais” do Dr. Fritz com Chico Monteiro onde os cortes não seriam mais necessários.

Outra inserção interessante do Dr. Fritz no Brasil ocorreu na igreja do Santo Daime. Em fevereiro de 2009 recebi um e-mail de divulgação de um trabalho espiritual que seria realizado na igreja daimista Céu do Patriarca, em Florianópolis, no qual o Dr. Fritz iria realizar uma “mesa de cura”. Em contato com a secretaria da igreja fui informada de que o trabalho seria conduzido por um médium que vivia em uma cidade do interior de Rio Grande do Sul, que fazia uso da ayahuasca e trabalhava com o espírito do Dr. Fritz. O ritual seria conduzido dentro de uma cerimônia tradicional do Santo Daime na qual seria cantado um hinário do próprio médium. Durante a execução do hinário, o Dr. Fritz iria realizar as cirurgias (sem cortes ou perfurações) nas pessoas presentes que desejassem. Os prováveis pacientes deveriam ir vestidos de branco para o trabalho. Quando questionei se seria cobrado algum valor pelo trabalho-cirurgia a secretária titubeou e disse que não sabia informar ainda, mas que possivelmente não já que as cirurgias espirituais não podem ser cobradas, porém talvez fosse solicitado o pagamento da taxa habitualmente cobrada para participação nos trabalhos do Santo Daime, que na época era R\$25,00. No entanto, ela frisou que se fosse cobrada alguma taxa seria “pelo chá e não pela

cirurgia espiritual.”¹³¹

Há outros espíritos que atuam junto aos médiuns cirurgiões espalhados pelo Brasil, além do Dr. Fritz. Eventualmente espíritos de médicos indianos, chineses e brasileiros também operam nessas cirurgias, porém poucos alcançaram a popularidade do Dr. Fritz. Para Lynch (2005) há uma importância simbólica associada ao espírito do Dr. Fritz valorizado em sua atuação espiritual por ter sido, quando encarnado, um médico “oficialmente formado” e pela nacionalidade alemã que lhe confere certo *status* entre a população por ele atendida. De modo semelhante, Greenfield (1999: 207) afirma que a preferência pelos espíritos de médicos alemães se daria pelo estereótipo atribuído aos alemães que seriam considerados tecnologicamente superior e tecnicamente mais competentes que os brasileiros, além de serem autoritários e rígidos, reproduzindo os modelos de patronagem próprios das zonas rurais. Mais uma vez as generalizações de Greenfield merecem um olhar cauteloso.

Ainda que muitos alemães vivessem no sul Brasil (e tecnologicamente esses não estavam muito a frente dos brasileiros em geral) e que os filmes de Hollywood tenham reproduzido um estereótipo da “cultura alemã”, como argumenta Greenfield, não estou segura de que esse estereótipo fosse compreendido ou reconhecido por uma população tão vasta e diversificada como a brasileira a ponto de formar um consenso de tal ordem sobre a supremacia dos alemães. Talvez a reprodução do Dr. Fritz em diferentes épocas e partes do Brasil tenha se dado simplesmente pelo apelo dramático presente nas cirurgias do primeiro médium que alegou incorporar o Dr. Fritz, Zé Arigó, que rapidamente alcançou uma vasta popularidade no Brasil. Vale lembrar ainda que as primeiras aparições do Dr. Fritz através de Zé Arigó se dão poucos anos depois da Segunda Guerra Mundial, na qual o Brasil participou. De modo que, me parece mais provável que a figura dos alemães entre os espíritos brasileiros, em especial o Dr. Fritz, tirou sua força de uma conjuntura histórico-social recente daquela época, e se manteve ao longo dos anos em função da dramaticidade que acompanhou essas primeiras cirurgias espirituais. Além disso,

¹³¹ Posteriormente encontrei um hino do Dr. Fritz no site www.daime.org. A letra do hino intitulado “Eu venho de longe (Dr. Fritz)” diz: “Eu venho de longe/Baixo nesse terreiro/Eu sou o Doutor Fritz/Eu sou um grande curandeiro/Eu venho de longe/Venho do alto mar/Eu sou o Doutor Fritz/Eu venho é para curar/Eu venho de longe/Trago meus companheiros/O Mestre Antonio Jorge/E o José Bezerra de Menezes”. Bezerra de Menezes também é figura comum no Santo Daime.

atualmente não faria sentido apostar num consenso generalizado sobre a “supremacia tecnológica da cultura alemã” ou em modos de reprodução de um modelo de patronagem rural para explicar a continuidade do Dr. Fritz e dos espíritos alemães no cenário espírita nacional.

Outro médium-cirurgião famoso no Brasil é João de Deus, um fazendeiro que vive na cidade de Abadiânia (GO) onde atende semanalmente centenas de pessoas de várias partes do mundo atraídas pela esperança de uma cura através das cirurgias espirituais, que podem ser feitas com ou sem cortes, neste caso o paciente é quem escolhe o tipo de “procedimento cirúrgico” (Almeida et al., 2000). Para João de Deus a cirurgia sem cortes (ou invisível) é tão eficaz quando a realizada com cortes, mas ele dá às pessoas a oportunidade de escolha já que, segundo ele, alguns ainda precisam ver o corte para acreditarem na cirurgia (idem: 196). Apesar de não cobrar pelas cirurgias, os pacientes operados por João de Deus e sua equipe espiritual recebem um receituário com indicação de compostos de ervas que são vendidos no seu centro espírita. Essa prática é seguida por outros médiuns-cirurgiões, como Chico Monteiro que vende medicamentos em seu centro com a chancela da Farmácia Homeopática. No entanto, os pacientes não são obrigados a adquirir os medicamentos na farmácia do médium e, segundo Cruz (2007) muitos pacientes não levam em conta o tratamento medicamentoso de Chico Monteiro estando mais preocupados em serem submetidos à cirurgia espiritual. Apesar do viés espírita, tanto João de Deus quanto Chico Monteiro não se identificam com o espiritismo institucionalizado representado pelas federações. Ambos incorporam em seu panteão espiritual-religioso tanto figuras do catolicismo como da umbanda assim como entidades ligadas às religiões orientais e até extraterrestres (Cruz, 2007). João de Deus se identifica às vezes como católico e a entidade que dá nome ao seu centro e também realiza as cirurgias espirituais é Santo Inácio de Loyola, um padre jesuíta.

A independência com relação ao espiritismo institucionalizado é uma característica desses médiuns-cirurgiões (incluindo-se aqui os conhecidos médiuns que trabalharam com o Dr. Fritz), embora eles mantenham uma ligação relativamente estreita com algumas instituições espíritas, tendo amigos, admiradores e seguidores oriundos dos centros mais institucionalizados. No entanto, as cirurgias espirituais realizadas pelo espírito do Dr. Fritz com cortes e perfurações já foram bastante criticadas não só pelos médicos como também por vários adeptos do espiritismo. Greenfield (1992, 1999) observou que, além dos processos

instaurados pelas federações médicas contra os médiuns que operavam incorporando o Dr. Fritz, a Associação Médico-Espírita de São Paulo condenou a atuação do médico-médium Edson de Queiroz. Cortes e perfurações são considerados desnecessários pelas correntes espíritas mais ortodoxas ligadas a FEB que alegam que os fluídos curadores prescindem desse tipo de intervenção para atuar no corpo físico. Porém, alguns adeptos do espiritismo veem as cirurgias espirituais com cortes como uma forma de comprovação do poder dos espíritos e um modo de desafiar a descrença dos homens. Esse argumento foi apresentado em uma palestra proferida no NENL, embora ali eles jamais tenham recorrido ao uso de instrumentos cortantes e fazem questão de explicitar isso para os pacientes.

Há outras modalidades de cirurgias espirituais ocorrendo no Brasil, além daquelas realizadas pelos médiuns com auxílio do Dr. Fritz. Muitos centros espíritas, inclusive alguns filiados a FEB, realizam as chamadas cirurgias fluídicas à distância. Nesta modalidade as pessoas solicitam ao centro espírita uma cirurgia que é realizada diretamente pelos espíritos onde quer que se encontre o paciente, sem necessidade da interferência dos médiuns. Antigamente essa solicitação podia ser feita por carta ou telefone, mas hoje com a internet alguns centros tem oferecido a possibilidade de solicitar as cirurgias espirituais por e-mail¹³². Geralmente para esse tipo de cirurgia espiritual recomenda-se que a pessoa realize uma prece e esteja deitada em determinado horário para que os espíritos possam operá-la “fluidicamente”. Outras modalidades de cirurgias espirituais envolvem a presença de médiuns e pacientes no espaço do centro espírita, mas não são realizados cortes ou perfurações. A cirurgia pode ser feita com o uso do dedo, por exemplo, ou com um cristal que é pressionado sobre o local da cirurgia. O que a maioria das cirurgias espirituais tem em comum é a utilização de uma estética biomédica presente nas roupas, gestos, ambientes e falas que compõem o evento das cirurgias e o pressuposto de que são as entidades espirituais e não os médiuns, os verdadeiros cirurgiões.

Por fim, a apometria, técnica bastante controversa no meio

¹³² Um exemplo do que começa a ser denominado de “tratamento virtual” pode ser encontrado no site www.franciscodeassis.org.br, um “templo espiritual e holístico” que, além dos atendimentos em sua sede localizada em Irajá-RJ, oferece um tratamento à distância totalmente orientado via internet. O tratamento dura 12 semanas, ao final das quais a cirurgia espiritual deve ser marcada também via e-mail. (ver também http://pt.wikipedia.org/wiki/Tratamento_espiritual). No site do NENL é possível solicitar tratamentos à distância.

espírita brasileiro como já vimos, também tem sido utilizada como uma forma de cirurgia espiritual chamada de “cirurgia astral”. Embora a apometria seja geralmente utilizada enquanto um processo de desobsessão intenso, ela também é empregada para realizar o desdobramento dos corpos sutis ou partes desses corpos que vão ser tratados pelos médicos espirituais no plano astral (Greenfield, 1999; Madureira, 2010). Deste modo, não são os espíritos que vem até os pacientes para tratá-los, mas os pacientes que vão até o plano astral através do desdobramento e lá são submetidos à cirurgia astral.

Observa-se que o campo das cirurgias espirituais no Brasil é vasto e diversificado. Essas práticas têm gerado cenários interessantes para pensar a dinâmica social, política e histórica do espiritismo no Brasil a partir do interior dos diversos grupos que assim se auto-denominam bem como na relação com agentes externos, especialmente os médicos e os organismos que os representam, mas também com relação as demais confissões religiosas onde a prática das curas espirituais têm se desenvolvido.

Oficialmente não há um posicionamento claro da FEB quanto à cirurgia espiritual. Durante a pesquisa enviei mensagem a FEB e a FEC (Federação Espírita Catarinense) solicitando informações quanto às orientações que os centros federados deveriam seguir com relação à prática das cirurgias espirituais e nunca obtive resposta de nenhuma delas. A FEC respondeu a outra mensagem informando sobre o número de centros espíritas federados existentes em Santa Catarina, mas nada mencionou sobre as cirurgias espirituais. Entre os espíritas do NENL e CAPC é dito que a FEB condena tais práticas sejam elas com ou sem cortes, porém uma voluntária que frequenta também um centro federado afirmou que alguns centros ligados à FEB fazem a cirurgia espiritual à distância e ela mesma já havia se submetido a um tratamento desse tipo. É certo que a FEB não estimula a prática das cirurgias espirituais, mas por outro lado deixa um espaço de indefinição e manobra a partir do qual alguns centros podem introduzir essa terapêutica pelo menos na modalidade à distância¹³³. No entanto, ainda que o lugar das cirurgias espirituais seja ambíguo nas orientações da FEB, é possível

¹³³ Madureira (2010) em sua pesquisa com centros adesos e não-adesos de Natal (RN) observou em um dos centros investigados uma disputa interna gerada quando um grupo de espíritas propôs a filiação do centro à Federação Espírita do estado. A proposta foi combatida por outro grupo no interior do mesmo centro que estava mais ligado às práticas terapêuticas da instituição. Para esse segundo grupo, a adesão à FERN significaria o fim dessas práticas de cura, entre elas a apometria e a cirurgia espiritual.

encontramos o imaginário médico “ilustrando” as práticas espíritas nos seus documentos oficiais. O seguinte trecho retirado de uma apostila produzida pela FEB e repassada às federações estaduais merece ser citado pela analogia que postula entre a prática mediúnica e a prática cirúrgica:

“Como a prática mediúnica faz lembrar uma equipe cirúrgica, podemos fazer paralelos entre as funções de ambas. A função do cirurgião com a do doutrinador/esclarecedor, o enfermeiro com o médium ostensivo, o paramédico com o assistente-participante ou médium de sustentação. Os primeiros aplicando as terapias, os segundos cuidando diretamente dos enfermos e os terceiros entregando instrumentos ou disponibilizando-se para os serviços auxiliares e complementares indispensáveis”¹³⁴.

Com relação aos médicos, se boa parte desses profissionais tem buscado combater tais práticas e assegurar a hegemonia biomédica, outros tentam inseri-las no rol das terapêuticas possíveis ao lado da biomedicina e para isso apostam na pesquisa científica a fim de “‘domesticar’ como conhecimento científico o que já foi tido como anárquico demais para ser ‘domado’” (Almeida et. al., 2000: 194). Analisando as cirurgias de João de Deus, esses autores propõem que aquilo:

“que é útil deve ser incorporado à prática médica, principalmente porque, em geral, são procedimentos sem efeito colateral e de custo desprezível, e aquilo que é danoso ou inútil deve ser proscrito. Com estudos controlados, seria possível identificar os charlatães, possibilitando suas punições (idem: 195)”.

Assim, uma classe médica sensível à terapêutica espiritual (o que historicamente sempre existiu) busca espaço no meio acadêmico para o estudo das curas espirituais, analisando entre suas técnicas a cirurgia espiritual a fim de adaptar suas “formas úteis como terapias complementares à medicina ocidental”, bem como desencorajar “os procedimentos danosos ou inúteis” (idem: 199). Deste modo, os médicos continuam a reclamar um lugar privilegiado no que diz respeito às tentativas de normatização das práticas de cura espirituais cabendo a

¹³⁴ Disponível em <http://www.fergs.org.br/portal/blog/2010/11/18/organizacao-e-funcionamento-das-reunioes-mediunicas>.

eles, “através da pesquisa científica”, a tarefa de identificar, classificar e indicar que práticas são boas e ajustáveis à biomedicina e quais devem ser desencorajadas e seus praticantes punidos.

Não por acaso a prática da cirurgia espiritual está marcada por uma estética biomédica apesar dos diferentes modelos de cirurgias que podem ser observados no Brasil. No caso das cirurgias do Dr. Fritz, o poder do espírito-médium, a segurança, a destreza com que manipula facas e tesouras e a autoridade que demonstra no trato com o corpo de seus pacientes estão perfeitamente de acordo com um modelo no qual a pessoa doente está submissa e vulnerável à ação do médico. Algo que chama à atenção em algumas descrições e imagens das cirurgias do Dr. Fritz é o modo pouco pessoal como atende seus pacientes e o fato de tão logo concluir sua intervenção deixá-los de lado aos cuidados dos assistentes, reproduzindo assim uma atitude convencional dos médicos cirurgiões.

Essa impessoalidade e rapidez nos atendimentos são justificadas pela grande demanda que um só médium tem que atender em um único dia, mas ela não deixa de ser também um reflexo do modelo biomédico do qual as práticas espíritas tem se aproximado historicamente¹³⁵. Não estou com isso afirmando que essa postura seja inteiramente intencional ou tampouco totalmente inconsciente, mas sim que a ação que é construída no ato performativo das cirurgias espirituais e em alguns outros tratamentos espíritas está informada por essa imagética da medicina e seus procedimentos que não coloca em conflito o uso de jaleco e luvas e a total falta de assepsia, por exemplo.

Assim, em vários espaços onde ocorrem cirurgias espirituais no Brasil é comum o uso de máscaras, jalecos, toucas, fichas, prontuários, curativos e as recomendações para o pós-operatório que geralmente envolve não comer carne vermelha, não fazer sexo, não ingerir bebida

¹³⁵ Se pensarmos na rapidez com que uma consulta espiritual é feita, em geral não levando mais do que cinco minutos, poderíamos dizer que haveria uma proximidade da forma de atendimento espiritual com aquele prestado nos serviços públicos de saúde. No entanto, a qualidade ou o conteúdo desse contato é o elemento diferencial e não o tempo. Particularmente, jamais observei qualquer queixa dos pacientes com relação ao tempo que lhes era dedicado nas consultas ou qualquer outro procedimento do CAPC enquanto que as reclamações sobre a rapidez com que eram atendidos no SUS ou mesmo em consultórios particulares era frequente. Embora as práticas sejam sempre executadas com muita rapidez, os pacientes reconheciam na maneira cortês e gentil de abordagem um diferencial com relação aos atendimentos biomédicos ao afirmarem que “aqui as pessoas nos recebem com sorrisos” ou “aqui as pessoas olham pra gente” ao contrário de alguns médicos que “nem olham na nossa cara”.

alcoólica ou fumar e fazer repouso por 24 ou 48 horas. Todos esses elementos vão conferir às cirurgias espirituais uma proximidade com imagens do modelo biomédico, mas longe de tentar subvertê-las (embora de certa forma o façam) buscam retirar delas legitimidade para suas práticas.

É preciso destacar que, embora a forma dessas práticas seja aproximada dos modelos biomédicos seus conteúdos são diferentes, de modo que nas cirurgias espirituais (e no tratamento espiritual como um todo) estamos diante de um exercício de produção tanto de semelhança quanto de diferença entre o que seria uma “medicina da Terra” e uma “medicina do Astral”, que ora são aproximadas, ora distanciadas na construção dessa terapêutica-espiritual.

Além das representações: a *performance* nos tratamentos espirituais

De uma perspectiva analítica, a heterogeneidade dos sujeitos e práticas que formam o CAPC e suas práticas se mostrou resistente a qualquer tipo de generalização tal como as apresentadas em algumas análises que encontrei na literatura antropológica que trata dos processos de cura em espaços religiosos, especialmente o espiritismo, como já abordei anteriormente em alguns pontos dessa tese. O que me deixava insatisfeita em algumas leituras era, sobretudo, a tentativa de construir padrões ou modelos para falar das motivações dos sujeitos envolvidos em tais práticas e ao mesmo tempo dotar esses modelos de um culturalismo ou sociologismo exacerbado capaz de tornar previsível demais qualquer contexto social, reduzindo sobremaneira o potencial criativo dessas práticas sociais ao relegá-las a condição de simples representações de outra ordem, inconscientemente vividas pelas pessoas.

Por outro lado, análises que apostavam em conceitos tais como o de “fragmentação” e “hibridismos”¹³⁶, como formas de capturar as

¹³⁶ Minha crítica ao termo hibridismo deve ser lida quando esse conceito é usado de uma maneira que quase se aproxima da noção clássica de sincretismo, como uma síntese ou “mistura” de coisas diferentes, que teriam um lugar bem definido *a priori*, a fim de formar um novo elemento, caracterizado por essa mistura. Esse modo de utilização do termo hibridismo ou híbrido, em minha leitura, não está conectado com a proposta de Bhabha (2007), com a qual estou de acordo, que define como híbrido aqueles indivíduos, bens e comunidades que se deslocam através das nações ou no espaço entre tradições que lhes colocam numa posição distante de uma identidade cultural coerente e para além de uma perspectiva nacional ou

ambiguidades, as contradições, os desvios de padrão, a pluralidade de discursos e a diversidade dos atores sociais também me pareciam insuficientes para pensar o cenário que eu observava, pois algumas simplificações apressadas faziam parecer que os conflitos se dissolviam, as disputas políticas eram silenciadas e uma síntese harmoniosa podia se formar num contexto onde “toda mistura é possível”.

A saída desse impasse entre uma abordagem centrada nas “representações” e outra centrada numa “pluralidade difusa” me pareceu viável a partir do uso das teorias da *performance* que, embora tenham tido poucas incursões no campo da antropologia da saúde, especialmente no Brasil, têm se mostrado enquanto um referencial teórico capaz de articular as formas de construção social da realidade sem os reducionismos das análises pautadas na leitura semântica dos rituais ou das propostas que se pretendem mais heterodoxas, mas que acabam por transformar a “fragmentalidade” em um modelo reificado de análise.

Pensando a partir do paradigma da *performance* podemos colocar como foco das investigações os sentidos que emergem das práticas sociais relacionadas aos eventos de saúde-doença, e como esses sentidos são articulados pelos sujeitos na sua experiência com e para além da enfermidade, não sendo algo que parte simplesmente de concepções internalizadas *a priori* nem tão pouco um tipo de conhecimento que uma vez adquirido pode ser cristalizado e sedimentado. São antes formas processuais que estão relacionadas a práticas assim como aos discursos que emergem dessas práticas (e sobre essas práticas), que são colocados em relação através de sujeitos, objetos, instituições, substâncias, atos, falas, improvisos, regras.

Há uma constante produção de sentido que atravessa o cotidiano de um espaço como o CAPC que embora seja uma instituição, não é totalizante, pois sua pluralidade humana e retórica não lhe permite, nem tão pouco é fragmentada, pois sua estrutura hierárquica e burocrática lhe impede de o ser. Além disso, a pluralidade dos sujeitos não impede a produção de práticas e valores compartilhados, mas por outro lado esse compartilhamento não implica numa forma geral de

estritamente comunitária. O híbrido não é, portanto, um consenso, uma síntese, ele é justamente o não-lugar, o que está fora, o inclassificável. Essa noção de híbrido em Bhabha penso que pode ser assemelhada a concepção de ciborgue em Haraway (2009) que não seria uma síntese entre humano e máquina, mas aquilo que não-é e também é humano e máquina, um não-sujeito, um não-lugar, um não-gênero.

consenso sobre esses elementos. Assim, vejo as práticas do CAPC enquanto espaços de performatividade nos quais os sujeitos constroem continuamente sentidos para a experiência com e além da doença, bem como para vida social da própria instituição.

Seguindo essa perspectiva, as teorias da *performance* se aproximam de outros escopos teóricos com os quais venho trabalhando como a proposta de Roy Wagner (2010) ao tratar dos conceitos de *invenção* e *convencionalização* para pensar a vida social. Wagner postula que o termo *invenção* por ele utilizado está próximo do sentido da invenção na música como algo que se refere ao componente positivo (criativo) da vida humana. Dentro deste processo, o autor observa que há uma constante mediação entre os símbolos e as pessoas e que os símbolos não se relacionam com uma realidade externa a eles (a ideia da representação), a relação é entre os símbolos dentro de um contexto que resulta num processo de constante criação simbólica onde é a relação que precede os termos relacionados. Por outro lado, essa criação simbólica é convencionalizada para estabelecer relações entre elementos no interior de um campo discursivo agregando os signos dentro de um determinado padrão a fim de ordenar a experiência e comunicá-la, permitindo que os símbolos sejam associados e compartilhados. Esta *convencionalização* serve de base para a comunicação entre agentes, produzindo a propriedade coletivizadora dos símbolos convencionais. A produção desta *convencionalização* é em si mesma uma *invenção* realizada para permitir a comunicação e a relação entre os sujeitos.

Estou ciente de que a proposta de Wagner ao utilizar o termo *invenção* não está de forma alguma relacionada à ideia que geralmente temos de invenção como criação de algo necessariamente novo e oposto a outra coisa, ou que tais invenções na vida dos sujeitos signifiquem atos radicais de mudança e descontinuidade. Ao contrário, a invenção aqui proposta diz respeito aos modos cotidianos através dos quais as pessoas constroem suas realidades sociais¹³⁷.

Neste ponto, poderíamos pensar que haveria uma contradição entre a proposta de Wagner e as teorias da *performance* quando estas são pensadas como modos de análise de eventos extra-cotidianos que guardam uma poética particular e modos de expressão (verbal e não-verbal) distintas das práticas do dia-a-dia. No entanto, performance pode

¹³⁷ Uma boa definição de realidade social é a apresentada por Donna Haraway para quem “realidade social significa relações sociais vividas, significa nossa construção política mais importante, significa uma ficção capaz de mudar o mundo” (2009: 36).

ir e vai além dos atos intencionais assim demarcados pelos sujeitos no sentido de “rituais” mais ou menos destacados dos atos “rotineiros”, de modo que podemos tomar estes últimos enquanto atos que antecedem, sucedem e/ou (in)formam e são informados pelas performances sendo, portanto, performativos no sentido de serem extensões de performances mais demarcadas no tempo e no espaço¹³⁸. Schieffelin (1998: 198), por exemplo, vê a performance presente em todos os atos da vida humana, pois ela seria um processo contingente e inerentemente interativo. Para ele:

“performances create their effects and then are gone – leaving their reverberations (fresh insights, reconstituted selves, new statuses, altered realities) behind them. Performance is a living social activity, by necessity assertive, strategic and not full predication”.

Então como analisar um cenário como o CAPC a partir da ideia de *performance*? Haveria alguma fronteira entre o que seria ou não *performance* na prática dos sujeitos que compõem essa instituição? Como analisar atos carregados de dramaticidade e simbolizações marcantes como as cirurgias espirituais e os atos cotidianos como a aplicação dos passes ou a abertura dos trabalhos espirituais-terapêuticos a partir do paradigma da *performance*? Os atos imaginativos como as visualizações e mentalizações feitas pelos pacientes com ou sem a condução dos terapeutas, seriam também momentos performativos? E quanto aos elementos não discursivos que fazem parte desse cenário como as roupas, os sons, os objetos, os cheiros, as cores, o silêncio, esses também poderiam ser pensados enquanto elementos de *performance*?

Minha argumentação é que sim, todos essas questões podem ser pensadas a partir das teorias da *performance*, sobretudo, quando consideramos os modos distintos pelos quais os sujeito, pacientes e voluntários do CAPC, vivenciam as práticas desse espaço bem como agem a partir e além delas no mundo extra-institucional. Assim, para um voluntário a aplicação de uma terapia pode ter se transformado numa “rotina” que exige pouca reflexividade, enquanto para um paciente esse mesmo ato pode provocar uma experiência destacada do seu cotidiano,

¹³⁸ Sem pretender reduzir o conceito de *performance* às metáforas teatrais, algo já criticado em Schieffelin (1998), podemos pensar os ensaios assim como os ensinamentos compartilhados entre mestres e discípulos a cerca dos rituais como atos que também são constituintes das *performances* de modo que mesmo estando “fora” são parte delas.

evocando uma atitude altamente reflexiva.

Para retomar algumas considerações quanto as teorias da *performance*, lembremos que Langdon (2007a) ressalta a diversidade desse conceito enquanto paradigma analítico, o que tem levado a questionamentos dentro da antropologia quanto ao seu valor conceitual, pois o termo tem sido usado em um campo interdisciplinar com conotações variadas, dependendo de como cada pesquisador o emprega. De modo que, não haveria um paradigma de *performance*, mas vários, o que tem levado alguns pesquisadores a considerar *performance* como um “conceito guarda-chuva” onde caberia tudo (ver Peirano, 2006). Langdon se opõe a esta crítica e apresenta alguns elementos que seriam característicos dos atos performáticos, embora reconheça que a “fronteira entre *performance* e outros gêneros de eventos não é sempre clara” (idem: 4). Para ela, a *performance* envolve um evento que coloca a experiência em relevo, há um estranhamento do cotidiano. Este evento está situado num contexto particular, construído pelos participantes. Há papéis e maneiras de falar e agir na expressão da *performance* que é antes de tudo um ato comunicativo, porém, há uma função poética na fala que distingue a *performance* de outros atos de comunicação, pois na *performance* o que se ressalta é o *modo* de expressar a mensagem e não seu conteúdo (Langdon, 1996: 6).

Langdon apresenta então cinco qualidades interrelacionadas que seriam compartilhadas pelas abordagens de *performance*, formando um eixo para os diversos usos do termo:

1. *Experiência em relevo*: *Performance* trata de experiência ressaltada, pública, momentânea e espontânea. A *performance* é um tipo de evento situado, em que o foco está na expressão estética e não no sentido literal.
2. *Participação Expectativa*: Esta qualidade trata da participação plena de todos presentes no evento para criar a experiência.
3. *Experiência Multissensorial*: Indo além dos limites da análise semântica do rito, a experiência de *performance* se localiza na sinestesia, ou seja, na experiência simultânea dos vários receptores sensoriais recebendo os ritmos, as luzes, os cheiros, a música, os tambores e o movimento corporal.
4. *Engajamento corporal, sensorial e emocional*: Como é característico na antropologia contemporânea, tanto quanto em outros campos intelectuais atuais, o paradigma do corpo e “embodiment” também faz parte das análises de *performance*, como demonstram particularmente bem as pesquisas sobre a eficácia terapêutica da

performance.

5. *Significado emergente*: O modo de expressar se localiza no centro de *performance*, não só no significado semântico ou referencial, como é o caso das análises da antropologia simbólica clássica. Como consequência, o conceito de *performance* implica na experiência imediata, emergente e estética (Langdon, 2007a: 11).

A partir desses elementos podemos pensar as práticas observadas no CAPC enquanto *performances*, pois entendo que essas práticas possuem elementos de dramaticidade que colocam a experiência dos sujeitos em relevo, suspendem o cotidiano da pessoa doente constituindo-se em momentos onde ela deve voltar-se para a sua experiência com a enfermidade e refletir sobre seu processo de cura; são até certo ponto experiências multissensoriais cujo objetivo é uma “transformação fenomenológica no nível mais profundo do corpo” (Langdon, 2007a: 11), que rejeita qualquer separação entre o racional, o emocional e o corporal; está situada num contexto e é temporária.

Quando falo aqui de práticas englobo todos os elementos citados mais acima e não apenas os atos mais ou menos estruturados em torno de um evento como a cirurgia espiritual ou a aplicação de uma terapia, mas outros atos que compõem a rotina das práticas que fazem o CAPC, pois elas são extensões que antecedem, sucedem e dão forma aos atos mais marcantes que, por conta de sua especificidade, guardam uma dimensão que poderia ser considerada “mais performática” porque aparentemente separada de atos ordinários que compõem a rotina terapêutica da instituição.

A *performance*, a experiência, o ritual informam e são (in)formados pelo cotidiano, são eventos que transformam os sujeitos não pela sua exterioridade à vida ordinária, mas pelo fato de abarcarem e fazerem referência a este cotidiano. Neste sentido, os processos de simbolização devem ser vistos como processos criativos presente na construção social da realidade, pois o que temos através dos símbolos não é um consenso homogêneo de ideias e percepções, mas um modo de criar e compartilhar sentido na ação, em um processo dinâmico, que embora apresente repetições em sua estrutura, como é o caso dos rituais, está sempre em constante processo de construção e legitimação por parte dos sujeitos, não sendo estruturas estáticas que informam os sujeitos passivamente sobre os significados das ações. É na própria ação que o sentido é construído e reconstruído continuamente (Schieffelin, 1985; 1998) (o que nos remete novamente a abordagem de Wagner).

Seguindo essa perspectiva, Abrahams (1986) aborda as conexões entre rotina e os fatos extraordinários, entre o dia-a-dia e as formas mais intensas e estilizadas de expressão na *performance* cultural. Para o autor existe uma conexão entre as experiências ditas ordinárias e as extraordinárias que ficam obscurecidas pelo fato da palavra “experiência” ser bastante codificada no ocidente, sendo quase sempre relacionada a algo novo. Para ele, os americanos estão constantemente preocupados com as experiências que consideram ser eventos destacados e diferentes do cotidiano. O autor argumenta, no entanto, que esta separação não é de fato total, pois os fatos ou momentos tomados como um evento extraordinário que produzem uma experiência são antecedidos ou acompanhados de muitos outros que estão relacionados ao cotidiano. A preparação para uma viagem a um lugar desconhecido também é parte da experiência que será vivida na viagem.

Num cenário como o CAPC, temos elementos e práticas que podem ser vistos como parte de um cotidiano ou “rotina terapêutica” para uns, ao passo que para outros essas mesmas práticas serão momentos extra-cotidianos. Essa rotina terapêutica, no entanto, não pode ser pensada como estática, cristalizada ou com sentidos homogeneamente compartilhados. Ao contrário, vimos que ela é marcada por mudanças e improvisos a fim absorver os imprevistos e as ambiguidades do sistema como um todo. Essas mudanças, no entanto, se dão como forma de fixar e dar continuidade às práticas “para que ninguém fique inventando coisas por aí”, como costumam dizer alguns voluntários, e para isso há um foco nas repetições padronizadas que, no entanto, não é capaz de estancar a produção de sentidos sobre as ações e nem mesmo o modo de execução dessas ações. A constante repetição das práticas longe de significar um processo mecânico (convencionalizado) e, portanto, não criativo (inventivo) revela-se como espaço potencial no qual os atores imprimem, além de significações, um gestual particular, sobretudo nos passes.

Por outro lado, teremos eventos que podem ser considerados tanto por pacientes quanto por voluntários como momentos de maior estranhamento dessa rotina terapêutica exigindo uma maior reflexividade de ambas as partes e onde o *risco* inerente às performances se torna mais latente (Schieffelin, 1996). São momentos onde os participantes da performance serão mais diretamente confrontados com uma *participação expectativa*, ou seja, a participação plena de todos os presentes no evento para criar uma experiência imediata, emergente e

estética que se oferece com particular dramaticidade para todos os atores envolvidos, seria o caso especialmente da cirurgia espiritual (Langdon, 2007a).

A cirurgia espiritual no CAPC

A cirurgia espiritual é o ápice do tratamento realizado no CAPC. Durante toda a semana, os pacientes foram preparados para esse grande momento através das diversas terapias complementares. É através das terapias que seus corpos e mentes são “trabalhados” para “receber” a cirurgia espiritual que se constitui enquanto uma interferência cirúrgica de ordem físico-espiritual. Atuando sobre a matéria através das energias (espirituais, cósmicas, divinas, universais, etc) “emanadas pela espiritualidade” e pelos voluntários que “se dispõe a essa caridade”, essa intervenção cirúrgica depende também de um exercício de fé e da confiança do sujeito no seu processo de cura. Deste modo, a preparação durante a semana seria tanto uma forma de “limpar” as energias densas, acalmar o paciente emocionalmente e criar nele uma “pré-disposição para autocura” quanto de interferir diretamente sobre células, músculos, tecidos, sistema circulatório e outras partes do corpo a fim de prepará-lo para cirurgia espiritual.

A realização da cirurgia espiritual é fortemente marcada pela estética biomédica que há no CAPC e que está presente não apenas no ato cirúrgico-espiritual em si, mas em todos os procedimentos realizados antes e após a cirurgia e demais procedimentos da casa. No decorrer da pesquisa aconteceram algumas mudanças nessa dinâmica e na rotina das cirurgias espirituais, embora a cirurgia em si não tenha sofrido alterações. Aqui pretendo me deter sobre todo o processo, porém para otimizar as descrições vou mencionar essas mudanças não de forma cronológica e linear, mas de maneira contínua e cíclica quando entender que elas apontam para questões mais amplas de análise, até mesmo porque a “rotina terapêutica” do CAPC estava em constante fluxo de mudança e tentativa de fixação. Esse processo é mais pertinente a meu ver que as próprias alterações em si.

Antes é preciso dizer como é concebida a cirurgia espiritual realizada no CAPC. Na maior parte das cirurgias espirituais observadas na mídia ou na literatura antropológica o que se advoga é que há a retirada do tumor ou da doença do corpo da pessoa pelos espíritos-

médiuns, sobretudo nas cirurgias que são realizadas com cortes onde é possível “ver” a doença sendo extirpada. Essa interpretação também aparece no CAPC, especialmente entre os pacientes que dizem ter sentido durante a cirurgia “como se estivesse arrancando o tumor ali pela raiz” ou que nos exames “não apareceu mais nada”. A sensação de ter tido “algo arrancado” do corpo aparece no relato de algumas pessoas e a presença de “cicatrizes internas” nos exames médicos seria a prova de que algo foi realmente cortado e retirado do corpo.

No entanto, a teoria em torno das cirurgias espirituais realizadas no CAPC envolvia uma explicação mais rebuscada e mais condizente com os discursos cientificistas que fazem parte da retórica do Centro. Apesar de um pouco longa, penso que é pertinente transcrever a descrição que havia no site do NENL em 2006 e que explicava como procedia a cirurgia espiritual:

Dois aspectos são levados em consideração: o espiritual e o biológico. Espiritualmente, o grupo cria um campo pleno de energia e começa a troca de vibração nos sub-níveis energéticos do corpo multidimensional do paciente. O objetivo é localizar bloqueios, abalos e más formações na sua epigênese, indo até a liberação, a solução ou o que é mais provável, a remoção das anomalias localizadas nas camadas mais profundas da mente ou do corpo etérico e corpo astral, viabilizando a sua total transformação de forma gradativa até a suspensão dos sintomas intrínsecos que promovem os desequilíbrios. No tocante a área biológica (corpo físico), o objetivo é atingir a estrutura molecular da matéria, alterando a sustentação e organização das células anormais, criando um novo e desconhecido corpo, para provocar a fagocitose, onde as células sadias destroem e ingerem as partículas sólidas ou formadas por microrganismos alheios a real função daquele tecido, em que se transformaram as células anormais alteradas. Esta influência acontece através de diversas formas: uma das mais usadas é a aplicação de *dardos energéticos*. Colhidas pela espiritualidade, as etéricas partículas de ectoplasma¹³⁹ (absorvidas dos

¹³⁹ Ectoplasma é o nome que se dá ao fluido, de natureza psicossomática, oriundo dos médiuns de materialização, e do qual se servem os espíritos para tornar-se visíveis e tangíveis aos sentidos humanos. O termo foi criado por Charles Richet, Nobel de Medicina em 1913, por trabalhos relativos à anafilaxia (reações alérgicas). Após isso Richet se dedicou a trabalhos com o intuito de descrever experiências sobre os fenômenos de materialização produzidos pela médium Eva Carrière, em Argel em 1903. É considerado a base dos efeitos mediúnicos chamados “físicos”, pois através dele os espíritos podem atuar sobre a matéria. Os espíritos não produzem o ectoplasma, eles se utilizam do ectoplasma produzido pelos médiuns para intervir sobre a matéria (Fonte: Wikipédia/internet acesso em 01/09/2011).

médiuns doadores presentes ao ambiente), são formados bastonetes de aproximadamente 20 cm de tamanho, que são fixados na corrente energética do operado por meridianos ativos. São injetadas dentro destes pequenos cilindros, energias desmaterializantes que vão aos poucos juntar-se a corrente sanguínea do paciente. Pelo processo de materialização produzem uma reação química quando em contato com as partículas de oxigênio, formando um terceiro elemento (neutro ao sistema), o qual reage liberando uma substância relativamente sedosa, que envolve o tecido formado por células anormais ou tumor (objeto da cirurgia), criando um véu que reveste o centro atingido, impedindo a recepção do sangue (que leva o oxigênio e o alimento para suas células), morrendo assim por inanição, posteriormente necrosando, mais tarde desintegrando-se e sendo consumido aos poucos por outras células normais (fagocitose). Geralmente o paciente após três a cinco semanas vê seu tumor, reduzido drasticamente em relação a investigações anteriores, proporcionado exatamente por este mecanismo de auto-destruição celular imposto pela ausência de sangue nas partes afetadas pela cirurgia espiritual. (Não estamos afirmando que a redução da massa tumoral é a cura total, mas a baixa no volume significa dizer que a parte sadia do corpo está tomando providências contra a anomalia na reprodução e manutenção das células afins). (extraído do site www.nenossolar.com.br em novembro de 2006).

Essa explicação recheada de termos como energia, células, ectoplasma, fagocitose, reação química e outros de ordem “espiritual-científica” pode ser resumida basicamente pela ideia de que na cirurgia espiritual dardos energéticos são inseridos no corpo do paciente, ou seja, não há a retirada de algo de corpo, mas a inserção desses dardos que tem por função bloquear o fluxo de sangue para o tumor, fazendo com isso com que ele “morra de inanição” ou que pelo menos não aumente de tamanho nem se espalhe pelo corpo ocasionando metástases¹⁴⁰. Na biomedicina existem técnicas utilizadas exatamente com esse propósito de “asfixiar” os tumores ao bloquear o fluxo de sangue para essas células. Tais procedimentos são bem recentes, e eu não saberia dizer se a

¹⁴⁰ Não havia uma explicação no site sobre a atuação da cirurgia espiritual no caso das doenças degenerativas, mas o que pude observar em campo é que nesses casos a cirurgia funcionaria com meio de recomposição do sistema nervoso central (sendo sempre realizada atrás da cabeça, na parte referente ao bulbo cerebral e às vezes medula espinhal), nos casos de doenças como esclerose múltipla e distrofia muscular, ou agiria bloqueando a reprodução desordenada de anticorpos no caso das doenças autoimunes (nestes casos a cirurgia espiritual era quase sempre realizada na parte do corpo referente ao timo, glândula ou órgão linfático localizado no tórax).

descrição da cirurgia espiritual presente no site do CAPC em 2006 seria anterior ou posterior ao desenvolvimento dessas técnicas biomédicas. De fato, o que parece interessante na definição da técnica em si é que ela continua sendo uma forma tanto de produção quanto de diferença em relação à biomedicina, pois se ambas explicam a extinção do tumor via asfixia, os modos desse processo são diferentes e agem de formas distintas no corpo.

Em toda descrição o termo “energia” não figura como algo exclusivamente “sutil” ou “não-material”, mas justamente como uma substância que pode ser adensada, materializada, “inserida na corrente sanguínea”. A desmaterialização não significa aqui que o tumor desaparece imediatamente (embora não se negue essa possibilidade também), mas que ele vai ser eliminado por um processo mais demorado no qual tanto a espiritualidade e os médiuns quanto o paciente tem uma parcela de responsabilidade, pois a eficácia do tratamento está também no fato do paciente “manter as boas energias” recebidas ali e modificar atos e pensamentos que possam interferir negativamente no processo cirúrgico espiritual e até mesmo anular seus efeitos¹⁴¹.

Diferente do que se observa na literatura que trata do tema das cirurgias espirituais no Brasil, no CAPC não podemos falar na figura de um médium dotado de carisma pessoal (Weber, 2000) que aglutina pessoas, voluntários ou pacientes, em torno de si. Não havia no CAPC ou no NENL a personalização dos médiuns que fazem a cirurgia espiritual como observado em boa parte dos (poucos) estudos sobre essa prática no Brasil. Do mesmo modo, os espíritos que auxiliavam nas cirurgias também não eram identificados. Nem sempre foi assim e no começo da institucionalização do NENL Álvaro e Savas formavam a dupla médium-espírito que operava. Com o crescimento da demanda, tanto novos médiuns quanto novos espíritos foram encarregados de realizar as cirurgias espirituais, bem como demais procedimentos terapêuticos diluindo, assim, as identidades individuais em prol de uma identificação coletiva da instituição enquanto um espaço terapêutico-religioso e não de seus sujeitos isolados (sejam eles médiuns ou espíritos) enquanto curadores.

¹⁴¹ Em uma explicação mais geral apresentada no vídeo “Em Busca da Cura”, irmão Álvaro diz que: “a cirurgia espiritual atinge o corpo físico a partir de um fenômeno que há no espiritismo que é chamado de desmaterialização, é quando uma mente treinada consegue influir na estrutura molecular da matéria e ele altera a matéria. O espírito manipula o ectoplasma, e o ectoplasma que é do próprio médium ou de doadores que estão a volta é que vão influir no corpo do paciente operado”.

Assim, os “espíritos que trabalham no anonimato” fazem par com os médiuns que, cobertos com suas máscaras e toucas, muitas vezes não eram facilmente identificados nem por seus colegas voluntários, menos ainda pelos pacientes. Esse movimento dota a instituição de certa legitimidade terapêutica ao afirmá-la enquanto um local de tratamento médico-espiritual formado por “equipes e pessoas treinadas”, algumas delas com formações específicas, e todas dispostas à realização de um propósito coletivo de “prestar auxílio ao próximo”, de modo que não seriam algumas pessoas-espíritos que teriam “poder terapêutico” no CAPC e NENL, mas sim a própria instituição que seria investida desse poder. Não se ouvia dizer no CAPC que esse ou aquele espírito me curou ou que “senti de tal médium uma energia boa”, como se observa nos relatos que falam do Dr. Fritz ou do médium João de Deus, por exemplo. As referências são de ordem coletiva onde as pessoas dizem que “o CAPC transformou minha vida”, “a espiritualidade me curou” ou “eu senti a energia desse lugar”.

Em outros espaços de cura espírita no Brasil se observa movimento semelhante. No Tarefairos da Última Hora, grupo espírita localizado na zona leste de São Paulo (que afirma atender cerca de 40 mil pessoas por mês), as cirurgias espirituais ocorrem em grupos de 30 pessoas simultaneamente. Não há um, mas vários médiuns operando ao mesmo tempo. Como no CAPC, auxiliares vestidos de branco, com máscaras e jalecos, acomodam os pacientes em macas e tem em mãos prontuários e fichas de identificação, alguns acompanhados de exames médicos, os pacientes recebem curativos no local da cirurgia e as recomendações pós-operatórias também são idênticas àquelas observadas no CAPC. Os pacientes não sabem necessariamente que espírito/médium está realizando a cirurgia. No entanto, diferente do CAPC as cirurgias são feitas com cristais, os pacientes deitam nas macas com a roupa do corpo, inclusive calçados, os médiuns incorporam diante dos pacientes e os espíritos que operam são sempre de médicos, cada um com uma especialidade e nome bem definidos pelo menos para os médiuns que os incorporam¹⁴².

A autoridade biomédica no universo das cirurgias espirituais é latente no campo espírita brasileiro assim como toda uma referência aos contextos hospitalares. Desde Nosso Lar e da figura de André Luiz, até a atuação do Dr. Fritz e a menção constante à Bezerra de Menezes nas

¹⁴² Ver em <http://www.youtube.com/watch?v=puSFL-zyWUE> reportagem sobre as práticas desse grupo espírita em São Paulo. (acessado em 01/11/2009).

centenas de centros nas quais operam espíritos de médicos, pode-se observar o lugar privilegiado do médico desencarnado no espiritismo brasileiro. É verdade que há exceções. João de Deus, por exemplo, diz operar com auxílio de Santo Inácio de Loyola, embora ele também não dispense os médicos tendo em sua “equipe espiritual” o Dr. Augusto de Almeida entre as 20 ou 30 entidades com quem trabalha.

No NENL e CAPC a figura de Savas também era uma constante, embora não mais nas cirurgias, mas como aquele que administrava o hospital espiritual e também coordenava os demais espíritos operadores, que na época da minha pesquisa eram em sua maioria espíritos indígenas, especialmente entidades incas, mas também pretos-velhos, caboclos e como era de se esperar os médicos. Todos, no entanto, eram concebidos como espíritos que tinham habilidades curativas que podiam ser representadas tanto por uma formação acadêmica que o espírito teve em vida, o caso dos médicos, quanto pelo conhecimento ancestral xamânico, no caso dos povos indígenas, ou o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais atribuídos aos preto-velhos e caboclos, por exemplo, além do conhecimento sobre curas por ventura aprendido no mundo espiritual, já que se considera que a “medicina do Astral” é uma e a “da Terra” outra.

Deste modo, as especialidades dos espíritos médicos podiam ser valorizadas pelo seu caráter “profissional” assim como as habilidades curativas dos incas seriam valorizadas pelo caráter “ancestral e milenar” de suas práticas cirúrgicas, a exemplo da trepanação¹⁴³, ainda que se observasse sempre que “não trepanamos ninguém, não furamos ninguém aqui (Álvaro)”. Em ambos os casos, a missão espiritual da cura e da caridade seria o elemento central para ação desses espíritos que agem no anonimato em benefício do próximo (e em benefício próprio já que o trabalho da caridade no plano espiritual também é encarado no espiritismo como uma forma de aprimoramento e consequente evolução do ser).

Por outro lado, essa interferência espiritual era constantemente mediada por conceituações que relacionavam à cura com o poder da mente, das emoções e dos pensamentos tanto daquele que oferece como daquele que recebe o tratamento espiritual. Aqui a ligação entre médium e espírito era valorizada na sua dimensão “mental e intelectual” e não

¹⁴³ A trepanação consiste na perfuração do crânio com finalidade terapêutica (ou punitiva) entre os incas e outros povos, sendo considerada uma das técnicas cirúrgicas mais antigas desenvolvidas pelo homem.

através da incorporação como já foi dito.

Além disso, a referência a uma dimensão espiritual da cura podia ser associada a teorias daquilo que no CAPC era denominado de “medicina moderna” que seria aquela desenvolvida com base em uma compreensão integrada do ser humano e em oposição ao “mecanicismo da medicina tradicional alopática”. Essa “medicina moderna” em contraste com a “medicina tradicional” associaria todas as benesses da mais avançada tecnologia médica às potencialidades de cura dos tratamentos espirituais por entenderem que eles viriam complementar o trabalho da alopatia. Por isso, a “medicina moderna” pesquisa, analisa e desenvolve formas de tratamento que abordem o físico, o emocional e o espiritual no tratamento das doenças.

As cirurgias espirituais do CAPC, enquanto parte de um tratamento complementar mais amplo, também eram pensadas a partir das teorias que envolvem essa “medicina moderna”, pois não bastava a interferência dos espíritos, era preciso que o paciente tomasse responsabilidade no processo através de mudanças de pensamento e de comportamento que fossem capazes de alterar a própria química do seu corpo e, conseqüentemente, as doenças que ali se desenvolveram. Assim, algumas orientações sobre o pós-operatório espiritual eram explicadas pela necessidade de tempo para que as energias espirituais atuassem sobre o corpo do paciente bem como pela ideia de que o paciente precisaria desse tempo para “internalizar” certas informações e através dos seus pensamentos e sentimentos também interferir no processo da cirurgia espiritual.

Não havia conflito em unir a “tradicionalidade” dos conhecimentos cirúrgicos ou curativos dos incas ou preto-velhos com a “modernidade” das correntes médicas atentas aos aspectos emocionais e psíquicos que envolvem as doenças, sobretudo quando se considerava que a união desses recursos em termos práticos e discursivos podia compor um leque amplo de possibilidades de cura e alívio das aflições. No entanto, essa junção não deve ser pensada como uma soma aleatória de recursos e *retóricas terapêuticas* distantes. Nos dois casos estão em jogo ações que partem de um plano invisível – espiritual, emocional, energético, psicológico – para interferir no plano visível do corpo, dos tecidos e das células e em ambos os casos ao paciente era dado uma parcela grande de responsabilidade pela sua cura, que não deixava de ser mediada por aqueles que ofereciam o tratamento espiritual e tinham sua parte de intervenção nesse processo.

No dia da cirurgia espiritual, na sexta-feira, os pacientes iniciavam sua rotina como nos demais dias às 8h da manhã. Durante a manhã boa parte deles recebia algumas terapias enquanto um grupo formado pelas pessoas que tinham vindo pela primeira vez e dois ou três “veteranos” eram encaminhados para a roda de conversa. No início da tarde, até meados de 2009, todos os pacientes participavam da terapia da oração, porém depois de algumas mudanças essa terapia passou a ocorrer pela manhã, logo após a roda de conversa. Recorrentemente era dito que aquela terapia era o início do “processo pré-operatório” que aconteceria naquele dia, o momento no qual o paciente iria “começar a internalizar as energias e seus propósitos de cura para hora da cirurgia”. Essa preparação era explicada como um “momento de introspecção” que deveria acompanhar o paciente pelo resto do dia até o momento da cirurgia: “é o momento onde vocês irão afirmar os propósitos desse tratamento, afirmar um compromisso com a cura do ser como um todo, o momento para exercitar a nossa fé”. Para as pessoas que conduziam a terapia da oração “aqui começa todo o processo da cirurgia espiritual” e a terapia era conduzida com este sentido através das visualizações de células, órgãos, ossos e tecidos sendo envolvidos por luzes, energias, cores e mantras com poderes de limpeza, restauração e cura.

Assim, o “exercício da fé” envolveria uma ação imaginativa sobre o corpo e a partir do corpo que, no entanto, não deveria apenas ser imaginado internamente como também tocado externamente “naquela parte onde você mais necessita dessa cura” e/ou no coração. Em dado momento da terapia, os pacientes eram convidados a tocar nessas partes do seu corpo e transmitir a elas “a luz curadora” que haviam mentalmente colocado em suas próprias mãos. Deste modo, esse “pré-operatório” envolvia a criação de um “corpo mental” e a percepção de um “corpo físico” já que a cirurgia espiritual em si, assim como as demais terapias, age por princípio em todos os corpos possíveis¹⁴⁴.

Ao final da tarde de sexta-feira, após a aplicação de mais algumas terapias, iniciava-se a movimentação para a realização das cirurgias. Entre às 18h e 19h, pacientes e voluntários deveriam jantar, em momentos separados, os voluntários geralmente antes dos pacientes

¹⁴⁴ Com as mudanças na rotina terapêutica em 2011, a terapia da oração passou a ocorrer às quartas-feiras pela manhã e sua “função” foi alterada: de pré-operatória a terapia se tornou “um portal de entrada para o sistema”, ou seja, a internalização proposta pela técnica, que em si não sofreu alterações, agora era vista como uma forma de preparação do paciente para o recebimento de todo o processo terapêutico e não apenas a cirurgia.

ou logo após. Quando comecei a pesquisa essa separação não era seguida estritamente, pois havia espaço para os dois grupos, porém com o aumento do número de pacientes não havia mais espaço para os voluntários comerem junto com eles. Essa refeição era frugal, uma sopa de legumes e clara de ovo sem nenhum tipo de carne e com pouquíssimo sal. Alguns voluntários diziam em tom de brincadeira que a sopa era mesmo “uma comida de hospital, pois não tem gosto de nada”¹⁴⁵. A única fruta permitida era a laranja lima e esse jantar deveria ser leve justamente porque logo mais os pacientes iriam ser operados e uma refeição pesada ou com alimentos ácidos ou gordurosos poderia interferir no processo da cirurgia espiritual.

Depois do jantar, a equipe de enfermagem encaminhava os pacientes novamente aos quartos para prepará-los para cirurgia. Os pacientes deveriam estar vestidos apenas com suas gandolas e a roupa de baixo, sem pijamas ou meias e essa recomendação era observada até mesmo no inverno¹⁴⁶. Deitados, eles aguardavam pelas equipes de voluntários que fariam os procedimentos preparatórios para cirurgia.

Os voluntários chegavam gradualmente ao Centro para as cirurgias que ocorriam a partir das 20:30h. Como muitos vinham do trabalho, havia uma tolerância para que se chegasse até às 19:15h a fim de que pudessem participar da preparação inicial dos pacientes e acompanhar as demais orientações repassadas às equipes. Alguns voluntários já estavam no Centro desde a parte da tarde e três ou quatro deles trabalhavam ali nos três turnos da sexta-feira. Ao chegar ao Centro todos deveriam assinar uma lista de presença, mesmo os que estavam na casa o dia inteiro, para que o coordenador do turno pudesse saber quantas e quais pessoas estavam presentes e assim distribuir as funções relativas à cirurgia espiritual (essa era uma prática comum em todos os turnos).

Antes de iniciar a cirurgia, a equipe de voluntários se reunia na Sala da Dualidade. Em total penumbra, a sala era iluminada por uma

¹⁴⁵ Em 2010 o refeitório do CAPC passou por uma grande reforma e uma nova cozinha foi montada. Em 2011, um chef de cozinha especializado em gastronomia hospitalar passou a orientar a preparação das refeições. Assim, a cozinha do CAPC transformou-se no “Centro Gastronômico e Dietético Nosso Lar” e recebeu o título de “Templo de Alquimia Alimentar e Espiritual”.

¹⁴⁶ Havia aparelhos de ar-condicionado em todos os quartos do CAPC que servem como aquecedores no inverno, mas não nos corredores onde os pacientes aguardavam por alguns minutos a chamada para cirurgia, de modo que sempre fazia um pouco de frio ali nos dias mais rigorosos de inverno.

tênue luz verde e pela chama de uma vela de sete dias acesa aos pés do altar de pedra com a imagem do guerreiro andino. Uma música suave tocava ao fundo, geralmente sons da natureza ou músicas religiosas. O silêncio era uma constante exigência e, ao contrário de outros turnos onde essa norma era eventualmente quebrada, na sexta-feira à noite a introspecção dos voluntários era perturbada apenas pela movimentação de entrada na sala daqueles que iam chegando ao Centro. Uma ou duas pessoas aplicavam passes nos voluntários dentro da Sala da Dualidade. Tão logo o voluntário recebia o passe, ela ou ele se sentava em um dos bancos ou cadeiras dispostas nessa sala e de olhos fechado todos aguardavam pelo coordenador de turno que iria fazer uma pequena abertura.

Essa primeira abertura era breve e nela o coordenador pedia a proteção “dos mentores da casa, do mestre Jesus, dos índios Charruas, dos povos andinos, dos caboclos e preto-velhos” para que os trabalhos daquela noite ocorressem “dentro da mais perfeita harmonia” e que cada colaborador pudesse “abrir todo o seu ser para se tornar um instrumento de amor, de paz e quem sabe de cura, nas mãos da espiritualidade amiga”. Um pai-nosso era rezado.

Em seguida, todos os voluntários vestidos de branco com aventais, máscaras e toucas idênticos aos utilizados em centros cirúrgicos de hospitais¹⁴⁷, se dirigiam ao auditório do CAPC que já se encontrava na penumbra iluminado por luzes verdes. Ali eles recebiam as funções relativas às atividades preparatórias que antecedem a cirurgia espiritual, um “pré-operatório” que envolvia algumas práticas realizadas na seguinte sequência: aplicação do passe de câmara, lavagem dos pés com uma solução de água e canela que era borrifada por um voluntário e outro secava o pé do paciente com papel-toalha, iodo-podal, massagem do chakra com óleo e, por fim, a marcação do local onde seria realizada a cirurgia¹⁴⁸. Apesar do número de intervenções todo esse procedimento não levava mais que vinte minutos, a não ser quando havia poucos voluntários. Durante este processo, o paciente permanecia deitado no seu leito.

Após esta preparação, os voluntários guardavam rapidamente os instrumentos e utensílios utilizados e retornavam ao auditório onde

¹⁴⁷ Esse avental é diferente do jaleco. Ele não possui abertura frontal, é similar a uma bata que é amarrada nas laterais e tem dois bolsos na frente.

¹⁴⁸ Essa marcação era feita com o líquido de cor rosa-avermelhado semelhante ao utilizado em processos de assepsia nos hospitais.

ouviam uma fala do dirigente geral, uma pequena palestra voltada para os trabalhadores da casa onde ele tratava quase sempre de uma questão moral relacionada aos cuidados com a saúde, ao exercício da caridade, da paciência, do amor ao próximo, as mazelas da compulsão, da ignorância ou do apego, ou ainda tematizava algo ocorrido durante a semana e exposto na mídia que pudesse ter alguma ligação com mensagens desse tipo. Geralmente sua fala se iniciava com a frase “Estamos aqui irmãos em mais uma sexta-feira...” e a tônica da perseverança era o que quase sempre acompanhava seu discurso.

Ao final de sua fala, outro dirigente da casa, geralmente a dirigente do CAPC, abria oficialmente os trabalhos da noite solicitando a leitura de um trecho do Evangelho. Em seguida, um irmão da segurança fazia os pedidos de auxílio:

Pedimos aos nossos mentores espirituais, irmãos Savas, Yura e Gabriel, às falanges que protegem essa casa, os nossos irmãos Incas, Charruas, Maias, nossos irmãos preto-velhos e caboclos e todos aqueles que vêm a esta casa trabalhar no anonimato, que eles nos deem a segurança necessária para realização dos trabalhos de hoje.

Em seguida, o irmão (ou irmã) da segurança ia até a dirigente dos trabalhos daquela noite, segurava por um instante suas mãos e dizia:

Irmã, eu passo agora a você a responsabilidade dos trabalhos dessa noite pedindo a espiritualidade amiga e a nossos mentores que a auxiliem nesta tarefa para que corra tudo na mais perfeita harmonia e possamos dar o auxílio aos irmãos que recorrem a esta casa na busca de paz, amor e da cura de seus sofrimentos.

A dirigente mencionava novas rogativas, similares às já feitas pelo responsável pela segurança, e era rezado um pai-nosso. Imediatamente passava-se a leitura das funções de cada voluntário que iria compor as equipes de cirurgia.

Havia duas equipes trabalhando simultaneamente até meados de 2009. Com o aumento do número de pacientes uma terceira equipe foi criada. Cada equipe era formada da seguinte maneira: dois ou três **médiuns operadores**, três **médiuns doadores**, um **instrumentador cirúrgico**, um **fitoterapeuta**, uma pessoa encarregada de ordenar a entrada dos pacientes na sala de cirurgia, duas pessoas encarregadas de preparar o paciente na maca e depois aplicar os curativos e retirá-lo da

maca, um **leitor de prontuário** cuja função era ler em alto e bom som o nome do paciente, a localização da sua cirurgia e a fitoterapia a ser utilizada, duas pessoas que aguardavam fora da sala de cirurgia e só entravam ali quando o paciente era retirado da maca, uma delas conduzia uma cadeira de rodas na qual o paciente deveria ser levado ao quarto após a cirurgia e a outra deveria pegar seu prontuário com o leitor de prontuários, guiar quem estava conduzindo a cadeira de rodas para o quarto correto, auxiliar o paciente a deitar-se na cama e, por fim, entregar o prontuário do paciente no setor de enfermagem ou deixá-lo pendurado no leito quando a pessoa ia receber a terapia de prótese. Entre os médiuns operadores havia alguns que eram médicos de formação, mas não todos, nem necessariamente deveria haver um médico-médium por equipe.

Essa era a formação ideal, porém em momentos nos quais havia poucos voluntários podia-se formar equipes apenas com dois médiuns doadores, uma pessoa para fazer os curativos e uma para conduzir os pacientes ao quarto e devolver os prontuários à enfermagem. Em cada equipe o médium operador, que pelo nome já nos diz que é aquele que faz a cirurgia, operava um determinado número de pacientes e depois era substituído por outro médium. Geralmente, apenas esse membro da equipe era substituído durante o processo, pois se considerava que a execução da cirurgia era uma tarefa que energeticamente demandava demais do médium. Em dias críticos de ausências, o que era raro, alguns operadores ao sair da função de médium operador iam conduzir os pacientes aos quartos nas cadeiras de rodas ou ler os prontuários. Quando havia presença de muitos voluntários, os médiuns doadores também podiam ser substituídos no decorrer das cirurgias.

Os médiuns doadores são aqueles que “doam energia” durante o processo, que tanto pode ser a energia ou magnetismo pessoal da pessoa quanto a transferência dos fluídos salutares que emanam da espiritualidade. O fitoterapeuta tem como função aplicar a fitoterapia sobre o local da cirurgia, um líquido composto por ervas e identificado pela letra F seguida de um número, cada número corresponde a determinadas patologias. A fitoterapia mais comumente utilizada nas cirurgias do CAPC é a F2, para tratamento do câncer. Por fim, o instrumentador cirúrgico é a pessoa que passa ao médium operador os instrumentos utilizados durante a cirurgia espiritual: bisturi de fio cego, algodão, gazes, assim como recolhe os materiais utilizados e faz a “desmaterialização”, algo que será explicado mais adiante.

Depois de receberem suas funções dentro da cirurgia, os voluntários dirigiam-se aos quartos e retornavam para o auditório com os pacientes que assistiam a uma palestra do dirigente geral, irmão Álvaro. Novamente menções à fé no processo de cura e que era preciso “crer no poder do pai maior” sem se esquecer de “fazer a sua parte”: mudar condutas, pensamentos, “melhorar as emoções”, reavaliar conceitos, etc. A ideia de “mudança”, de transformação era reforçada, pois a doença seria o aviso de que algo “precisa se mudado” e essa mudança estaria relacionada a um melhoramento do ser, já que adoecemos “não para morrer, mas para melhorarmos como pessoas, como seres humanos”. A dramaticidade de sua fala era acentuada pelo ambiente iluminado por luzes verdes em meio a escuridão.

Neste momento, os voluntários estavam posicionados atrás dos pacientes, em pé, e com as mãos em seus ombros. Ao final da palestra os voluntários erguiam as mãos sobre as cabeças dos pacientes (sem tocá-las) enquanto todos rezavam um pai-nosso. Esse ato era semelhante a um passe estático, o que comumente é aplicado em muitos centros espíritas, e era dito aos pacientes que “neste momento os irmãos estão com as mãos sobre sua cabeça, emanando energias curadoras”. Logo depois, os pacientes retornavam para aos quartos sendo conduzidos lentamente pelos voluntários ao som da música “Tocando em Frente”, na voz de Maria Betânia¹⁴⁹. Esse era um momento de grande comoção para alguns e onde havia um contato muito próximo entre pacientes e voluntários, já que eles se davam os braços nessa caminhada de volta aos quartos ou o voluntário colocava sua mão sobre o ombro do paciente.

¹⁴⁹ O início da música diz “Ando devagar porque já tive pressa/E levo esse sorriso porque já chorei demais/ Hoje me sinto mais forte, mais feliz que sabe?/Eu só levo a certeza do que muito pouco eu sei/E nada sei”. A música é cantada pelos voluntários também e sua letra se ajusta perfeitamente à dramaticidade do momento que antecede a cirurgia.



Palestra antes da cirurgia¹⁵⁰



Ida para os quartos, momentos antes da cirurgia

Assim que todos os pacientes eram recolocados em seus leitos, os membros das equipes de cirurgia ocupavam suas posições e a equipe

¹⁵⁰As imagens desse capítulo foram retiradas do site www.nenossolar.com.br.

de enfermagem iniciava seu trabalho conduzindo os pacientes para os corredores onde, em grupos de quatro pessoas, eles aguardavam sentados em cadeiras de plástico branco o momento de entrar na sala de cirurgia. Nessa espera realizavam uma breve nebulização feita com água e florais de Bach que teria a função de acalmar o paciente. Todo material para nebulização era previamente preparado pela equipe de enfermagem que era a única autorizada a manipular o cilindro de oxigênio ao qual eram conectadas as máscaras de nebulização. Quatro enfermeiras realizavam plantão na sexta-feira à noite no CAPC. Enquanto aguardava, o paciente estava com seu prontuário em mãos que deveria ser entregue à pessoa responsável pela organização da entrada dos pacientes na sala de cirurgia assim que solicitado.

As salas de cirurgia no CAPC eram chamadas de “sala operacional” e o conjunto de salas operacionais era nomeado de “centro cirúrgico”. Em cada uma das salas eram acomodados dois pacientes simultaneamente. A pessoa era conduzida para o interior da sala pelo voluntário encarregado dessa função bem como de repassar os prontuários ao leitor e ao mesmo tempo orientar os outros voluntários do suporte sobre o local da cirurgia para que eles pudessem preparar o paciente na maca. Essa preparação envolvia a acomodação do paciente na maca e abertura da gândola para identificação do local da cirurgia. Quando esse local era o seio ou testículos, por exemplo, pequenas toalhas eram utilizadas para não deixar o paciente tempo demais exposto, sendo retiradas apenas quando da aproximação do médium operador. Vale lembrar que o paciente neste momento estava usando apenas a gândola e roupa de baixo e ao deitar-se na maca retirava os chinelos ou sapatos.

A cirurgia iniciava-se após a leitura do prontuário que se resumia a seguinte fala:

Irmão Antônio da Silva, operação do fígado visando tratamento específico F2.

Irmã Maria da Silva, operação da mama esquerda visando tratamento específico F2.

Irmão José da Silva, operação do timo visando tratamento específico F2¹⁵¹.

¹⁵¹ A expressão “tratamento específico” refere-se ao câncer ou doenças degenerativas assim como a fitoterapia F2. A palavra câncer não era nomeada nesse momento, mas estava bastante presente em outras dinâmicas da casa, sobretudo, nas palestras.

Também era o leitor de prontuário que informava quando da troca do médium operador e do término das cirurgias da noite dizendo em ambos os casos “esta é a última cirurgia do médium operador” logo após a leitura do prontuário. A este voluntário também competia a anotação do nome do médium operador no prontuário dos pacientes.

Quando os médiuns operador e doadores se aproximavam do paciente, o instrumentador já se encontrava com seu carrinho com o “equipamento cirúrgico” junto à maca. Neste carrinho havia uma bacia com gazes embebidas em um líquido da cor rosa numa tonalidade bem forte, uma vasilha com gazes brancas, uma vasilha menor com bolinhas de algodão, um vidro onde são depositados os materiais utilizados na cirurgia, os frascos com as fitoterapias e outro vidro onde era colocado o bisturi de fio cego. Um doador fica aos pés do paciente, outro próximo à cabeça e um terceiro em frente ao médium operador, do outro lado do leito.



Momento da cirurgia espiritual (atenção para o carrinho com instrumentos utilizados na cirurgia)



Cirurgia Espiritual

O instrumentador passava para o médium operador o bisturi que era pressionado ao longo da marca que indicava o local da cirurgia, efetuando assim um “corte”. Em seguida, ele colocava as gazes de cor rosa sobre o local, fazia alguns movimentos vibratórios sobre o local, captando “energia” do médium doador a sua frente e depois de alguns poucos segundos dizia “*desmaterialização*”. Neste momento, o médium operador afastava-se da maca e o instrumentador retirava uma por uma as gazes do corpo do paciente colocando o indicador sobre uma das extremidades da gaze e com a outra mão puxando a extremidade oposta com um movimento gradual até a retirada total da gaze. Uma médium operadora me explicou que neste momento o que o instrumentador fazia era “aparar as arestas” dos dardos energéticos e não exatamente “fazer desaparecer” instantaneamente o tumor:

Uns dardos ficam mais em cima, com pontas saindo, outros tortos, então quando ele puxa a gaze daquela maneira ele na verdade está aparando os dardos para que todos fiquem bem inseridos no corpo do

paciente. A desmaterialização é a colocação correta desses dardos para que aconteça uma ação sobre a matéria.

Assim, a desmaterialização ocorreria através do encapsulamento do tumor através dos dardos energéticos, o que irá “matar o tumor de fome”. A intenção desse procedimento é claramente a de “fazer algo desaparecer”, “eliminar”, “tirar da matéria”, mas isso ocorreria através de um processo gradual e não de um ato instantâneo, por isso a necessidade de se fazer uma, duas, três ou várias cirurgias espirituais.

Após a retirada de todas as gazes o médium operador dizia “*fitoterapia*” e outro médium colocava as mãos umedecidas com o líquido escuro sobre o “corte” fazendo algumas vibrações sobre o local. Depois disso, o médium operador fazia novos movimentos vibratórios com as mãos sobre o local da cirurgia (e em alguns momentos tocava o corpo do paciente), ainda “captando energia” (ou ectoplasma) do médium que estava a sua frente, do outro lado do leito, e que era repassada, através desses movimentos, ao corpo do paciente.

Depois desses movimentos, o instrumentador passava para o médium operador gaze branca e o bisturi com o qual ele fazia sobre a marca de iodo um movimento de costura, “fechando o corte” e logo depois dizia “*mão direita sobre o paciente, a Deus e a Jesus a prece da cura*”. Os médiuns doadores e o fitoterapeuta colocavam a mão direita sobre o paciente, estendiam acima da cabeça a mão esquerda com a palma virada para cima e o médium doador que estava próximo à cabeça do paciente rezava um pai-nosso. Durante essa oração, o médium operador continuava fazendo movimentos vibratórios sobre o local da cirurgia, agitando bastante as mãos.

Por fim, o médium operador dizia “*em nome de Deus e Jesus esta irmã está operada, que Deus seja por ela agora e para sempre*” ou “*eu nome de Deus e Jesus esta operação está concluída, que Deus seja por esse irmão hoje e sempre*”. Saíam imediatamente do leito e iam para o próximo, onde tudo se repetia após a leitura do prontuário. Sobre o local da cirurgia era aplicado um esparadrapo e o paciente era reconduzido ao seu leito em cadeira de rodas. O tempo da cirurgia não excedia três ou quatro minutos.

Os pacientes que iriam receber prótese não recebiam o curativo e aguardavam por esse procedimento nos quartos. A equipe de prótese era formada por três pessoas: uma que aplicava a prótese e sua função seria similar a do médium operador, outra que lia o prontuário do

paciente e fazia as vezes do instrumentador cirúrgico, repassando o material da prótese, e uma terceira pessoa que seria o equivalente ao médium doador (sobre a prótese ver capítulo IV).

A contar da palestra proferida para os pacientes, que geralmente iniciava-se às 20h, todas as cirurgias estavam concluídas no mais tardar às 22h, mas na maioria das vezes às 21:30h. Ao final todos os voluntários se reuniam novamente no auditório e eram feitos os agradecimentos aos mentores da casa, aos espíritos da segurança, caboclos e preto-velhos pela proteção recebida naquela noite. Um último pai-nosso era rezado e água fluidificada era distribuída a todos. Alguns voluntários se reuniam para arrumar o auditório para o dia seguinte quando os parentes dos pacientes viriam assistir uma palestra. Em pouco mais de cinco minutos tudo estava preparado. Um pouco depois das 22h era servida uma ceia para os pacientes, frutas e biscoitos. Os voluntários que dormiam no CAPC iam jantar, depois retirar as próteses e fechar os portões.

No dia seguinte, antes de deixar o CAPC, o paciente recebia do médico ou médica de plantão as orientações sobre o pós-operatório onde se recomendava que ele não deveria fazer esforço físico, manter relações sexuais, comer carne vermelha, fumar ou ingerir bebida alcoólica nas próximas 48 horas e que só depois de transcorridas 24 horas da cirurgia é que se deveria tomar banho e retirar o curativo. Esses procedimentos seriam necessários porque a ação energética da cirurgia espiritual demoraria um determinado tempo para ser fixada e, assim, surtir efeito no organismo. Após esses avisos, os pacientes eram liberados para tomar café da manhã e depois disso receberiam mais algumas terapias. Por volta das 10:15h, se reuniam para uma reflexão final sobre o tratamento, e alguns eram convidados a fazer parte dos grupos terapêuticos no NENL, novamente um pai-nosso era rezado e, por fim, todos se dirigiam ao auditório onde seus parentes ou amigos os aguardavam. Neste momento, passavam mais uma vez diante do espelho, o mesmo que eles encararam na quarta-feira pela manhã, quando iniciaram sua semana de tratamento.

Palavras que agem, gestos que falam

A cirurgia espiritual no CAPC criava uma expectativa geral em torno desse evento que pode ser analisado como aquele através do qual a

agenda das *performances* de cura da instituição se tornava mais evidente. Schieffelin (1996: 64) define como *agenda* aquilo que as pessoas que participam de uma *performance* esperam obter ou realizar através dela, sua intencionalidade, aquilo pelo qual as pessoas se reúnem para produzir a *performance*. Não estou afirmando que essa expectativa comum não existia ao longo do tratamento como um todo, mas durante a cirurgia espiritual a interação coletiva e total de todos os presentes naquele cenário se dava de forma a aglutinar os participantes em torno de um mesmo evento, em uma mesma temporalidade, pois durante a rotina terapêutica da semana essa sincronicidade não se dava já que os pacientes muitas vezes estavam em atividades diferentes ou experimentando terapias diferentes, e também os voluntários de um mesmo turno poderiam estar em ambientes e com tarefas distintas.

Na cirurgia espiritual não se observava essa dispersão. Desde os momentos iniciais de sua preparação até sua completa finalização, era possível observar uma interação mais estreita entre os atores. Embora cada voluntário tivesse uma função diferente no decorrer da cirurgia, eles estavam atuando juntos em torno do mesmo processo e deviam estar cientes e atentos aos movimentos dos demais envolvidos na *performance* para saber o que fazer, qual seria o próximo passo. Do mesmo modo, embora os pacientes fossem operados separadamente, havia uma concentração de todos em torno desse evento único que seria aquele mais aguardado por todos durante a semana de tratamento. Assim, durante a cirurgia espiritual se daria de forma mais contundente aquilo que Langdon (2007a: 11) aponta como a *participação expectativa* da *performance*, ou seja, a participação plena de todos os presentes no evento para criar a experiência.

A estética biomédica presente no CAPC também era reforçada através desse evento no qual falas, gestos e objetos retirados desse domínio eram utilizados como *meios* de produção da *performance*. Ainda remetendo a Schieffelin, os *meios* seriam os dispositivos convencionais e/ou estéticos que podem ser usados para produzir efeitos particulares numa *performance*, porém esses meios não devem ser pensados enquanto entes que simplesmente transportam de forma direta algum sentido primário. Eles também são investidos de significados através do modo, ou como diz o autor, da *estratégia* com que são usados dentro de uma *performance*.

Assim, o uso do bisturi, do jaleco, do esparadrapo, da cadeira de rodas, a leitura do prontuário e outros objetos e falas tomadas do

domínio biomédico devem ter seus usos percebidos aqui como *meios* que estrategicamente estão sendo utilizados nessa *performance* para produzir uma alteração profunda na experiência dos sujeitos em estados de aflição e sofrimento, e por isso o investimento sobre eles passa por formas criativas de significados e não apenas pela reprodução de sentidos. O objeto pode ser o mesmo, a linguagem pode ser a mesma, mas a intencionalidade e as expectativas colocadas sobre o seu uso nesse espaço não é da mesma ordem daquela que se tem com esses mesmos elementos nos espaços biomédicos.

Com relação específica aos objetos, concordo com Rabelo (2010: 9) que, ao analisar o uso de objetos nas práticas de cura no candomblé e no pentecostalismo, diz que “o objeto não é simples intermediário de um sentido que lhe é externo: o sentido se articula nele ou nas conexões que ele põe em movimento”. Assim, se por um lado o uso de um objeto como o bisturi de fio cego, por exemplo, carrega de sentidos o evento da cirurgia espiritual por ser retirado da imagética biomédica, por outro lado ele também permite a articulação e produção de outros significados através de seu uso numa cirurgia que, embora não “corte a carne” interfere diretamente sobre ela. Deste modo, o que deve ser valorizado aqui em termos de uma análise centrada na *performance* não seria tanto o sentido literal desses símbolos biomédicos, mas o modo como a expressão estética que eles acionam será utilizada na produção da *performance* (Langdon, 2007a)¹⁵².

Ao colocar uma ênfase maior sobre o evento das cirurgias espirituais para pensar a *performance* nas práticas terapêuticas do CAPC não quero com isso desprezar ou tornar irrelevantes as demais práticas da casa que também estão carregadas de performatividade. Como dito mais acima, os atos que compõem a rotina terapêutica do Centro também podem ser momentos de reflexividade que colocam a experiência dos sujeitos em relevo, embora para alguns participantes, especialmente os voluntários, esses atos possam ter se tornado eventos menos destacados do “cotidiano institucional”, o que não significaria

¹⁵² Embora eu trate aqui especificamente dos objetos mais identificados com a biomedicina utilizados na cirurgia espiritual, penso que o mesmo pode ser dito dos objetos religiosos que também fazem parte do CAPC. Embora esses estejam menos presentes no ato da cirurgia em si, eles estão espalhados em profusão pelo Centro e, especificamente quanto aos objetos que não fazem parte da imagética cristã, como abordado no capítulo II, eles também colocam em movimento significados diversos e são utilizados de formas heterogêneas e distintas daquelas encontradas em seus contextos de referência primária, a exemplo das imagens indígenas, do tumi inca, da mesa andina, etc.

menos performatizados.

Assim, os passes cotidianos, a aplicação das terapias, as preces contínuas, as aberturas e encerramentos dos trabalhos podem ser vistas como atos que fazem parte da rotina ordinária do Centro para os voluntários, embora para os pacientes esses eventos possam ser extraordinários, fazendo parte de uma experiência que suspende seu cotidiano, constituindo-se em momentos onde o doente deve voltar-se para a sua experiência com a enfermidade e refletir sobre seu processo de cura. Por outro lado, ao mesmo tempo em que essa rotina é marcada por tentativas de padronização e pela ênfase na repetição, ela permite os espaços nos quais haveria uma maior impressão das particularidades e heterogeneidades que fazem parte do corpo de voluntários do CAPC. Como discutido no capítulo IV, é através dessa rotina que vão sendo produzidos os sentidos em torno das práticas e discursos relacionados ao tratamento espiritual, que por mais marcados que sejam por uma necessidade de fixação de conceitos, normas e técnicas, estão sendo constantemente tensionados pelos modos como os sujeitos colocam esses elementos em relação.

Estou chamando esses eventos que compõem a rotina terapêutica do CAPC de *performances centrifugas*, aquelas nas quais haveria um controle maior da experiência da *performance* – que se dá especialmente pelo foco na repetição padronizada – e, conseqüentemente dos riscos inerentes a ela, mas que ao mesmo tempo permitem a descentralização dos discursos e das práticas que envolvem o tratamento espiritual como um todo e uma participação mais “pulverizada” dos sujeitos presentes no cenário da *performance*.

É preciso considerar também que há atos extra-institucionais vividos tanto por voluntários quanto por pacientes que são extensivos das *performances* vividas no CAPC, as “reverberações” de que fala Schieffelin, que extravassam as paredes do Centro. Esses atos podem ser vistos como ações “medicativas” que os pacientes desenvolvem a partir do contato com o CAPC e que fazem eco na experiência da internação. Essas ações podem ser compreendidas como o uso em casa dos medicamentos recebidos no CAPC (o que pode ser acompanhado por preces), os momentos onde o paciente irá utilizar o algodão energizado recebido na instituição, a observação dos alimentos que serão consumidos nas 48 horas depois da cirurgia espiritual, etc. Todas essas ações podem ser pensadas como momentos de extensões das *performances* de cura do CAPC.

Por outro lado, o cotidiano dos voluntários pode estar marcado por atos que antecedem e (in)formam sua atuação performática como as orações feitas em casa, a meditação, as leituras, os filmes, o cuidado de si, as práticas “ordinárias” do serviço voluntário (como a participação na escola de médiuns), o ajustamento da rotina laboral para poder atuar como voluntário, também podem ser vistos como extensões das performances que esses voluntários vivenciam no CAPC.

Já os eventos como as rodas de apresentação e de conversa, a terapia da oração e, principalmente, a cirurgia espiritual podem ser consideradas como *performances centrípetas*, aquelas que se destacam no cotidiano institucional por exigirem um engajamento mais direto entre os atores a fim de produzir uma experiência coletiva que potencialize a reflexividade sobre os processos de cura. Nessas performances, o risco envolvido é maior para os voluntários, pois é colocada uma grande expectativa sobre suas atuações, sobretudo, na cirurgia espiritual que é o ápice do tratamento.

Há de se considerar também um outro tipo de ator presente nesse cenário que tanto pode ser *performer* quanto audiência que são os espíritos (ou “a espiritualidade”) representados pela figura dos mentores, dos diversos espíritos que ali trabalham no anonimato assim como pelos espíritos sofredores ou doentes que ali buscam alívio para seus sofrimentos, ainda que não sejam dirigidas a eles, pelo menos no CAPC, formas específicas de tratamento no plano visível.

As pessoas constroem a *performance*, seja ela *centrípeta* ou *centrífuga*, com a expectativa da participação desses espíritos, pois espera-se que eles atuem de forma contínua naquele cenário, embora essa atuação jamais se dê sob a forma da incorporação. Em uma das minhas visitas ao NENL presenciei uma “bronca” proferida por uma coordenadora de turno que reclamou veementemente da falta de concentração da equipe naquela tarde. Segundo sua observação, o trabalho havia sido “um caos”, com conversas paralelas e ao final os voluntários rezaram o pai-nosso de forma desigual, “uns na frente, outros atrás”, prova de que não estiveram concentrados na atividade, justamente no dia em que estavam recebendo uma visitante, no caso eu. Porém, minha presença não era o motivo maior da repreensão, mas o fato dessa desorganização ser vista pela espiritualidade: “o silêncio é a alma desse trabalho irmãos. Quem está na espiritualidade e vem para nos auxiliar, com um tumulto desses chega na porta e nem entra! Vai embora porque não vê luz!”

Do mesmo modo, ela teria observado algumas pessoas comendo balas durante os trabalhos e novamente a audiência que poderia ser afetada mais diretamente por esse ato aparentemente simples era a espiritualidade, mas neste caso a espiritualidade inferior¹⁵³: “Vocês não tem noção do que é uma bala para a espiritualidade inferior, isso é alimento! Nem queiram saber o que faz uma espiritualidade inferior diante de uma bala!”, de modo que a recomendação foi para evitar comer durante os trabalhos e caso precisassem fazê-lo que fosse fora do local de aplicação das terapias para não colocar em risco os trabalhos e, conseqüentemente, a *performance*.

A separação que estou modulando aqui entre *performances centrífugas* e *performances centrípetas* não diz respeito a uma qualidade maior das últimas sobre as primeiras. Essa divisão entre pequenas *performances* ordinárias que (in)formam o cotidiano ou a rotina terapêutica do CAPC, e algumas *performances* que podem ser tomadas como extraordinárias e que estão centradas numa relação mais direta entre todos os participantes é tão somente uma forma de analiticamente pensar a composição desse cenário terapêutico em sua multiplicidade sem desprezar qualquer dos seus elementos e considerando algumas propostas teóricas que vão pensar os atos de *performance* a partir de elementos ordinários e extraordinários porque todos são produtores de sentidos e fazem parte da construção social da realidade.

Um elemento central para pensar a *performance* são os atos de fala e também esses guardam espaços de relação com o cotidiano dos atores. Para Bauman e Briggs (1990) as *performances* não são simplesmente usos estéticos da linguagem que se distanciam tanto da vida do dia-a-dia quanto de questões mais amplas acerca do significado. Para eles, uma *performance* está ligada a vários eventos de fala que existem e atuam antes, durante e após a *performance*, o que requer que os estudos etnográficos centrados na *performance* estejam atentos à forma e aos significados do ato performático que indiquem uma gama mais ampla de tipos de discurso, alguns dos quais não são enquadrados como *performance*. Deste modo, os autores deslocam a atenção da temporalidade do ato performático para pensá-lo enquanto elemento constituinte e constituído na ação social. A proposta é ver a *performance*

¹⁵³ Este evento ocorreu durante os trabalhos de desmentalização, realizados para as questões espirituais/emocionais. A “espiritualidade inferior” seria aquela composta pelos espíritos que interferem negativamente na vida dos sujeitos através de processos obsessivos que podem levar a doenças, sobretudo, de ordem mental.

amplamente envolvida na construção social da realidade e não apenas como atos de fala deslocados de um contexto histórico e cultural mais amplo, do qual ela faz parte e o qual ela também forma e modifica.

Já Tambiah (1985) ao analisar o poder das palavras nos rituais discorda das análises que fazem uma separação dicotômica entre uma linguagem ordinária, cotidiana e uma linguagem que seria própria dos rituais. Para ele, a distinção entre linguagem sagrada e profana deve ser pensada em termos relativos e não absolutos. A linguagem mágica não difere da linguagem ordinária qualitativamente, mas é apenas usada de maneira mais intensa: “The same laws of association that apply to ordinary language apply to magical language” (idem: 35). Assim, Tambiah tenta relacionar linguagem e ação e ver como o processo ritual participa da construção social da realidade, podendo ser visto como estímulo ou sinal para atividades cotidianas ou como resposta a eventos precedentes. Para ele, o rito não é conduzido num vácuo, mas no contexto de outras atividades ou eventos que antecedem ou sucedem o ritual. Para Tambiah não pode haver análise do poder das palavras separada da ação. A lógica do ritual tem que ser pensada na sua relação com as ações cotidianas, pois o ritual seria para ele antes de tudo uma forma de organizar a ação, sendo a magia uma evidência da criatividade do pensamento, e não um modo de expressão pura de emoções fora da sua relação com o universo social dos atores.

A fala é constitutiva das várias práticas do CAPC. São as orações proferidas ao final de uma terapia, as falas dos facilitadores na terapia da oração que buscam construir cenários através das visualizações e mentalizações, a leitura do prontuário do paciente antes da cirurgia, as palestras proferidas em tom descontraído ou dramático, todos esses são momentos destacados de fala nos quais há uma ênfase no *modo* como a mensagem é (ou deve ser) dita, e não apenas no seu conteúdo. Assim, quando se reza junto ao paciente ou se conduz uma visualização deve-se estar atento ao timbre da voz para que não seja nem alto nem baixo demais, nem vagaroso demais nem apressado. Já na leitura do prontuário é preciso que se leia com clareza os dados a fim de orientar a cirurgia e informar as ações seguintes. Por outro lado, os eventos de fala também são marcados por espaços de autoridade, pois há pessoas mais ou menos autorizadas a proferir certas palavras dentro de uma *performance*. Durante a cirurgia espiritual, por exemplo, o médium operador é o único autorizado a dizer “desmaterialização” e “fitoterapia” e neste momento ele está “produzindo” uma ação para o gestual que por

sua vez também “fala”, mas fala através dos movimentos precisos das mãos do instrumentador puxando as gazes para aparar os dardos energéticos ou do fitoterapeuta potencializando a energia da mistura de ervas.

As palavras ditas são uma forma de organizar a ação e ao mesmo tempo produzir ação de modo que ao finalizar a cirurgia e dizer “em nome de Deus e Jesus este irmão está operado, que Deus seja por ele agora e para sempre”, o médium operador está não apenas informando o final do procedimento cirúrgico, mas informando uma nova condição corporal do paciente que agora “está operado”. Assim, além dos gestos que constituem a cirurgia espiritual e uma série de outras práticas do CAPC, as palavras usadas aqui também “fazem coisas” (Austin, 1999), não apenas no sentido de organizar as *performances*, mas de produzir uma transformação no *status* da pessoa doente.

As visualizações usadas na terapia da oração também seriam exemplos dos usos da fala na produção de ações, no caso imaginativas, que envolvem os atores. É claro que não se pode ter certeza que todos os pacientes estão “criando” imagens a partir da fala dos terapeutas, ou seja, que eles estão engajados na ação imaginativa. Por outro lado, teremos algumas pessoas afetadas pelas palavras e imagens que se formam a partir delas de modo a “produzir” corporalmente o teor dessas palavras, seja em gestos faciais, mas principalmente através do choro. Também nessa terapia temos todo um gestual que se torna uma forma de fala e que participa dos processos imaginativos quando, por exemplo, os terapeutas tocam nas mãos dos pacientes para recolher suas intenções de cura ou quando pedem que eles levantem suas mãos para receber as intenções abençoadas. Esses gestos não são apenas indicativos, mas produtores de “coisas” sejam elas intenções, energias ou bênçãos que são criadas pelas palavras no corpo. Para um dos terapeutas que conduz essa terapia:

Quando eu estou ali falando aquelas coisas eu realmente estou vivendo aquilo, estou sentindo aquilo, eu não estou falando um texto decorado, eu estou vendo mesmo aquele lugar de cura, aquele santuário sagrado surgindo, não é uma somente uma imaginação, é um lugar real que todos nós temos dentro da gente e que é possível acessar.

Pensar o lugar dos processos imaginativos nas *performances* do CAPC é pensar também o lugar que os pacientes ocupam nesses

eventos, sejam eles os atos mais ordinários ou os mais extraordinários. Aparentemente o lugar que o paciente ocupa pode ser visto como extremamente passivo, embora toda a retórica presente no Centro seja direcionada para um envolvimento ativo do paciente no seu processo de cura. No entanto, enquanto passam pelas terapias e pela cirurgia espiritual, os pacientes estão deitados, não falam, o imperativo do silêncio é uma constante. Seus olhos estão constantemente cobertos por uma venda branca de modo que até mesmo olhar o ambiente e reconhecer os elementos que fazem parte das *performances* de cura se torna tarefa complicada quando esse reconhecimento passa pelo sentido da visão. Na cirurgia espiritual o paciente tem um contato visual com o ambiente apenas quando entra e sai da sala de cirurgia, durante o ato em si continua de olhos cobertos ou, dependendo do local da cirurgia, com a cabeça voltada para baixo de modo que pouco pode observar.

A princípio a imobilidade dos pacientes e a insistência em manter seus olhos cobertos me incomodavam, talvez porque eu estivesse no movimento de “ver tudo” que acontecia ali enquanto pesquisadora. Embora fosse explicado que o silêncio e a venda nos olhos eram formas de fazer com que as pessoas tirassem o foco das coisas externas e trouxessem a atenção para si mesmas, uma forma de estimular a reflexão sobre sua doença e seu processo de cura, eu a sentia como uma forma de controle do paciente, sobretudo, da interação entre eles e entre eles e as equipes terapêuticas e que lhes colocava numa situação de muita passividade¹⁵⁴. No entanto, com o decorrer da pesquisa repensei esse lugar de passividade do paciente ao deslocar o foco da questão do olhar simplesmente como forma de ter ação no ou sobre seu entorno, e pensar formas distintas de “ver” através do corpo e dos processos imaginativos e emotivos envolvidos na experiência de internação no CAPC.

O uso de mensagens gravadas, músicas, toques, massagens, odores são formas dadas aos pacientes de vivenciar as práticas de cura do CAPC independente do recurso da visão. A leitura de um relato publicado em livro por um ex-paciente, e hoje voluntário do NENL, sobre sua cirurgia espiritual me chamou a atenção para essas outras formas de ver e agir dos pacientes dentro do CAPC:

¹⁵⁴ Por outro lado é interessante lembrar que a entrada do paciente no CAPC é marcada por um olhar particular de si mesmo no espelho e neste momento ele é instigado a se utilizar plenamente desse sentido.

“Um médium falava ao meu ouvido palavras de incentivo e coragem para enfrentar o momento decisivo e principal da minha estada naquele hospital. Conduzido numa maca de olhos vedados e em decúbito ventral fui ao centro cirúrgico. Alguém colocou o polegar na minha testa, então comecei a ficar mais relaxado, como que anestesiado. Ouvi meu nome ser chamado e mencionado o meu problema com a coluna, senti ser molhado com algo gelado e tocado com pontas de algum material frio e duro, como um cristal, depois alguns movimentos com as mãos sobre minhas costas e um cheiro forte de éter no ar. Ouvi algumas pessoas rezando um Pai Nosso. Senti serem aplicados curativos no local da cirurgia” (Maestri, 2003: 32).

Percebi que para muitos pacientes havia uma importância maior em sentir os procedimentos (e os efeitos) das cirurgias ou mesmo das terapias que simplesmente vê-los. Embora com os olhos cobertos, os pacientes experimentavam uma série de sensações e interferências sobre seu corpo tais como os descritos no relato acima. Seu contato com o evento da cirurgia não era centrado na visão, mas na percepção através de outros sentidos e também de recursos imaginativos, pois no decorrer do tratamento e da preparação para a cirurgia os pacientes recebem, ainda que de forma fragmentada e difusa, informações sobre o que significa a cirurgia espiritual e como ela atua sobre o corpo físico através da materialização energética e da interferência dos espíritos. Essas informações podem ser capturadas do vídeo mostrado na terça-feira, do conhecimento mais geral sobre as cirurgias espirituais veiculados na mídia, da vivência espiritual de alguns pacientes, enfim, de diferentes canais. Desta forma, muito daquilo que o doente vai perceber sobre este “procedimento cirúrgico” envolve elementos criativos e imaginativos que constituirão sua relação com esta *performance*.

Com base nesta perspectiva, percebi que o paciente, embora parecesse ter um lugar passivo na cirurgia espiritual, era também um dos agentes deste processo, pois ele confere sentidos à *performance* que são produzidos por diferentes formas de interação com esse evento. O procedimento performático das cirurgias espirituais é um dos momentos da ação do sujeito no seu processo de cura e, neste sentido, um dos pressupostos do paradigma da *performance* nos lembra que o foco da observação deve estar justamente na agência do sujeito e na sua relação com o ato performativo. Pacheco, fazendo referência a Csordas, lembra que:

“Considerando que a eficácia dos rituais de cura está diretamente relacionada ao modo como a pessoa que está sendo tratada participa e é envolvida no processo terapêutico, é possível então lançar um olhar mais atento sobre a fenomenologia do curar e ser curado: neste sentido, as abordagens performativas, voltadas para a experiência de cura, vêm opor-se a maioria dos relatos antropológicos tradicionais de rituais de cura, que prestavam mais atenção àquilo que é feito aos participantes do que àquilo que os rituais de fato significam para eles” (Pacheco, 2004: 26).

Assim, a pessoa doente negocia os sentidos para a *performance* de cura, estabelecendo com ela as relações pertinentes a sua experiência com a doença.

Deve-se ter em mente também o fato de que, no campo que aqui apresentamos, observamos a circulação de várias representações, práticas, ações e discursos envolvendo saúde, doença, corpo e religião, e pessoas de diferentes classes sociais, formações profissionais, filiações religiosas, estados de aflição e sofrimento, enfim atores que transitam em diversas arenas socioculturais e que estão ali compartilhando o mesmo evento, mas de lugares e com percepções distintas.

No entanto, pensando o caráter paradigmático que envolve as *performances* de cura no CAPC na sua manifestação estética altamente vinculada aos símbolos biomédicos, vejo a cirurgia espiritual enquanto uma *performance* que promove certo consenso temporário em torno dessa multiplicidade ao se apresentar enquanto um evento que reúne uma **ordem clínica** que confere legitimidade político-científica na produção de uma competência “médico-técnica” desejável a um espaço de cura; uma **ordem terapêutica** que traz legitimidade sócio-relacional através do cuidado humanizado que se espera dos cuidadores (e curadores) e uma **ordem espiritual** que oferece uma legitimidade religiosa-secular (a religiosidade não-dogmática) e que seria a diferença entre uma “cirurgia da Terra” e uma “cirurgia do Astral”.

A cirurgia espiritual aparece como uma “cirurgia de verdade” ou “igual a uma cirurgia de verdade”, como diziam muitas pessoas, ao reunir a **ordem clínica** e a **ordem terapêutica** desejável a uma intervenção sobre o corpo, para em seguida diferenciar-se das “cirurgias de verdade” por conter elementos de uma **ordem espiritual** que faz com que essa intervenção não se dê apenas no corpo, mas sobre o corpo através do espírito, das emoções e da mente. Assim, a cirurgia espiritual é capaz de aglutinar as disposições mais científicistas com as mais

espiritualistas presentes no CAPC. Ela dá conta de reunir diferentes concepções porque aglutina todos esses elementos em si mesma. Enquanto uma cromoterapia ou um reiki podem ser desacreditados por alguns voluntários, ou uma modalidade de passe ser recusada por outros, a cirurgia espiritual é o evento que encontra unanimidade entre os trabalhadores da casa, sendo a única prática da instituição sobre a qual não encontrei um só posicionamento de crítica.

As cirurgias do CAPC aparecem ainda como uma purificação das cirurgias do Dr. Fritz, pois elas reafirmam a **ordem clínica** ao produzir no cenário de um hospital a competência técnica da biomedicina, interferindo, mas sem intervir de forma contundente sobre um espaço que é de domínio médico, o corpo. Assim, as perfurações são inadmissíveis tanto quanto desnecessárias para as cirurgias espirituais realizadas ali, pois a necessidade do “corte na carne” é tão somente uma atribuição daqueles que cuidam apenas do corpo das pessoas e ali se está cuidando do todo doente que não terá seu problema solucionado pelo corte. É neste ponto que a *retórica terapêutica* presente no CAPC produz outra diferença importante entre as cirurgias espirituais ali realizadas e as do Dr. Fritz. Pode-se dizer que o Dr. Fritz continuaria, assim como os biomédicos, focalizando apenas os sintomas da doença e extirpando seus efeitos, mas sem dedicar real atenção às causas que provocaram a doença.

Neste sentido, a cirurgia espiritual aqui não pode ser uma *performance fim*, mas uma *performance meio* através da qual a pessoa doente vai gradualmente construindo relação com o processo da cura espiritual e por isso no CAPC não se oferece a cirurgia isoladamente, pois considera-se que seus efeitos só podem ser potencializados pela disposição do paciente em efetuar mudanças em sua vida, o que novamente nos remete ao lugar ativo que é demandado da pessoa doente nesse processo.

Considerações Finais

“(...) eis que o sistema não se define somente pelas séries heterogêneas que o bordam; nem pelo acoplamento, ressonância e movimento forçado que constituem suas dimensões; mas também pelos sujeitos que o povoam, pelos dinamismos que o preenchem e, enfim, pelas qualidades e extensos que se desenvolvem a partir desses dinamismos” (Deleuze, 2006: 174).

Ao observarmos o esforço histórico de consolidação do espiritismo no Brasil, suas relações com outros campos e, em especial, com a biomedicina, podemos dizer que a construção de semelhanças e diferenças seria parte de um processo vital para o espiritismo e suas práticas terapêuticas e aqui estou emprestando o conceito de *mimese*, tal como explorado por Michael Taussig (1993), para pensar como a produção de diferenças e semelhanças no CAPC reflete o processo histórico e inacabado da relação que envolve religião e ciência, medicina e espiritismo.

Inegavelmente a medicina dita científica ocupa um lugar hegemônico nessa relação e a partir do qual estende sua teia discursiva e simbólica. No entanto, a ideia de *mimese* nos permite pensar como os discursos, práticas e símbolos hegemônicos da biomedicina podem ser tomados para se construir tanto diferenças quanto semelhanças que permitam a outros sistemas terapêuticos habitar não apenas as margens como também a cena principal do campo da saúde no contemporâneo.

Em seu livro *Mimesis and Alterity* (1993), Taussig identifica como as populações nativas absorveram o contato violento com o colonizador, analisando especialmente o caso dos Cuna, na Colômbia. O instrumento de resistência destas populações foi recorrentemente “copiar” o colonizador de uma forma que pudessem ter certo poder sobre ele. A forma geralmente escolhida eram os objetos de culto religioso, o que implica numa hibridização de elementos culturais e mudanças semânticas profundas nas relações destas populações com

seus objetos rituais. Este é o pano de fundo para Taussig teorizar sobre a construção das identidades sociais. Tais identidades não são projetos “naturais”, elas são próprias da dinâmica do social. Assim, para Taussig, o encontro do ocidente com o *outro* pode ser analisado do ponto de vista da construção da alteridade a partir da repartição de suas semelhanças (*mimese*). A alteridade seria um outro lado da *mimese*, ou o inverso, onde a diferença é “capturada”, reproduzida num modelo, que é ao mesmo tempo o *outro*, mas sob a forma (modelo novamente) da *mimese*, do mesmo.

Deste modo, o entendimento do encontro colonial, e toda a racionalidade em torno do *outro* – do seu entendimento – passa necessariamente pelo mecanismo de “recortar” o *outro*, de “modelá-lo” a fim de torná-lo semelhante, e com isso criar “poder” sobre ele, poder criado no momento em que o *outro* é “capturado”, entendido. Mas esse entendimento é sempre um recorte, um momento na relação com este *outro*, é aí que os discursos sobre a diferença e as semelhanças podem ser compreendidos, como um artifício político de tradução social.

No caso Cuna a alteridade só passou a ter papel decisivo na política identitária do grupo na medida em que o relacionamento contraditório e conflituoso com o colonizador europeu expôs as expectativas do que constituía uma *indianidade* para este europeu. A estratégia Cuna para sobreviver ao colonialismo europeu e depois norte-americano foi a política da *mimese* e da alteridade. Para tal tiveram que reconhecer o espaço político das representações sociais no campo de disputa da constituição das identidades e reconhecer que isso ocorreu no “mosaico hierárquico das alteridades” construído pelo colonizador, no plano de suas preferências (alteridades ora positivas, ora negativas) (ibid.: 144).

Ao longo do livro Taussig trata mais especificamente de um contexto colonial que guarda grandes diferenças com o cenário que estive analisando nesta tese, mas que não impede uma aproximação com a ideia de *mimese* tal como ele a explora, e nas últimas páginas do livro o autor traz uma cena que remete diretamente ao meu campo de pesquisa. Ele relata uma visita que fez em 1981 a um pequeno “hospital alternativo” localizado em uma cidade no oeste da Colômbia. Esse hospital gozava de uma boa reputação por conta das “curas místicas” que realizava e Taussig chega até ele por conta de um amigo cuja mãe, diagnosticada com problemas mentais, passa por tratamento ali depois de já ter sido tratada também no hospital público da cidade.

Ao percorrer o “hospital”, na verdade uma casa de três quartos, Taussig não encontra qualquer dos símbolos e objetos classicamente utilizados pelos curadores nos espaços de cura observados por ele em outras partes do país. Não há qualquer referência a elementos xamânicos ou espirituais, nem imagens de santos, velas ou garrafas com ervas. O que ele descreve é um ambiente “similar a um laboratório” que tem em suas paredes rachadas quadros com recortes de anúncios retirados de jornais médicos onde é possível ver imagens de órgãos humanos e propagandas de remédios “made in USA”. Taussig parte desse cenário para tratar do que ele chama *excesso mimético*: “mimetic self-awareness, mimesis turned on itself, on its colonial endowment, such that now, in our time, *mimesis as a natural faculty and mimesis as a historical product turn in on each other as never before*” (ibid.: 252, grifos meus). Nesse processo, as fronteiras e as bordas entre o *self* (o mesmo) e o *alter* (o *outro*) se tornariam mais instáveis e porosas e ao mesmo tempo seria produzida uma consciência reflexiva sobre a própria *mimese* de modo que:

“Mimetic excess as a form of human capacity potentiated by post-coloniality provides a welcome opportunity to live subjunctively as neither subject nor object of history but as both, at one and the same time. Mimetic excess provides access to understanding the unbearable truths of make-believe as foundation of an all-too-seriously serious reality, manipulated but also manipulatable”. (ibid.: 255)

Se, como afirma Taussig, nenhuma representação pode ser feita sem a intervenção da *faculdade mimética* – a natureza que a cultura usa para criar uma segunda natureza (ibid.: 250), podemos pensar que historicamente o espiritismo tem se utilizado da “natureza” da ciência e da religião para produzir uma segunda “natureza” dos espíritos que também trata de ciência e religião. A representação de ciência da qual se utilizam serve tanto para se aproximar quanto para se distanciar dela, pois ao mesmo tempo em que a ciência é vista enquanto um modo de conhecimento objetivo sobre o qual não caberia contestação, sendo a forma por excelência para se alcançar “a realidade do mundo”, ela seria também incompleta, justamente por trabalhar com ferramentas e métodos válidos, porém limitados para alcançar as “realidades para além deste mundo”. Seria preciso assim uma “nova ciência”, com novos métodos para dar conta de medir, conhecer e colocar em relação essas diversas realidades e estudar as conexões entre esses mundos.

Por outro lado, se a religião apareceu enquanto dogma a ser

combatido pelo espiritismo, ela também foi utilizada para alargar a compreensão sobre o mundo espiritual. O evangelho cristão não foi jogado fora, ele foi “corretamente interpretado”. Se Jesus não é mais o Deus encarnado, ele torna-se o espírito mais evoluído que já habitou sobre a Terra, “o médico dos médicos”, “o mestre curador” e seus milagres são a prova do poder salutar do passe e da imposição de mãos.

No CAPC uma *mimese* médica é produzida através de imagens, formas, gestos, objetos, falas e discursos retirados de domínios representacionais biomédicos e terapêuticos, que colocam em questão tanto a construção quanto a validade de “identidades” fixas para esse lugar (se espírita/espiritualista, instituição religiosa/terapêutica, hospital/centro de apoio, cura a doença/cura o ser). Ao mesmo tempo, esse *excesso mimético* permite certa reflexividade dos atores que transitam nesse espaço a cerca de suas práticas, o deslocamento constante das suas fronteiras, e a realização de esforços sempre renovados de legitimação social e política que conduzem a distintos posicionamentos dentro do campo da saúde e da religião.

Neste sentido, a ênfase na dimensão terapêutica da instituição pode ser analisada, por um lado, como forma de depuração dos elementos religiosos heterogêneos que permeiam o CAPC, pois ela produz para a instituição um lugar legitimado de práticas que podem ser reconhecidas a partir de espaços seculares como a medicina e as terapias complementares, e não puramente com base no discurso religioso que poderia ser mais facilmente contestado enquanto uma questão de “crença” e não de “ciência”.

Por outro lado, será o elemento religioso-espiritual que irá conferir um diferencial a esse processo terapêutico e que fará dele um complemento necessário e indispensável aos demais sistemas terapêuticos, sobretudo o biomédico. Além disso, é no espaço legitimado da religião que se produz um deslocamento da autoridade biomédica e dos controles normativos do Estado sobre o cuidado com a saúde. É aqui que se coloca em questão um aparato jurídico que, ao mesmo tempo em que se presta ao controle das práticas de cura na nossa sociedade, garante aos seus sujeitos a liberdade religiosa e as formas terapêuticas que se achem nela envolvidas. De modo que teremos aqui os momentos onde se apostará na semelhança – tanto com a medicina quanto com a religião –, e os espaços onde a ênfase será colocada nas diferenças com relação a esses mesmos agentes.

Ao “copiar” os símbolos médicos, as pessoas no CAPC estão de

certa forma agindo sobre esses símbolos, redefinindo suas propriedades e seus usos para além daquilo que eles possam representar dentro da biomedicina. Neste sentido, no momento em que é feita a cópia, a *mimese*, também se produz uma intervenção sobre essa *estética biomédica* que é dotada de distintos propósitos e intencionalidades: da produção de uma legitimidade sociopolítica à transformação da experiência da doença, da construção de uma *retórica terapêutica* afinada com uma agenda psicomédica contemporânea à uma crítica implícita ao modo como os saberes médicos oficiais pensam as doenças e a cura.

Giumbelli afirma que “*as fronteiras identitárias do espiritismo só se mantêm por esforços de delimitação e diferenciação sempre renovados*, dirigidos tanto para o interior dos grupos espíritas quanto para o conjunto dos atores sociais com os quais eles entretêm relações” (1997a: 284, grifos no original), atores esses especialmente representados pela biomedicina em sua análise. O autor chama a atenção em outro momento (Giumbelli, 2006) para as relações de introjeção, subversão e complementaridade que o espiritismo desenvolveu historicamente com a medicina oficial e destaca a mediunidade receitista e as cirurgias espirituais como dois importantes elementos da terapêutica espírita através dos quais poderíamos observar, simultaneamente, a introjeção e subversão de elementos, dinâmicas e lógicas da biomedicina. Por outro lado, o espiritismo buscaria produzir certa complementaridade com a biomedicina ao tentar definir domínios específicos para sua atuação que envolve técnicas e concepções distintas para pensar a saúde e tratar as doenças.

Podemos dizer que mais do que introjetar ou subverter, os sujeitos que formam o CAPC agem sobre categorias, práticas e lógicas biomédicas de forma a deslocar os aparentes lugares de fixação que elas ocupam, e não podemos esquecer que entre esses sujeitos estão alguns médicos. Para isso, constroem constantemente relações de semelhança e diferença com a biomedicina que ora questionam, ora reforçam os limites do que seriam os domínios próprios de uma “medicina espiritual” e das possibilidades de sua utilização, num exercício constante de produção (e não apenas reprodução) de sentidos marcado por disputas, tensões e conflitos, mas também por alianças e proximidades construídas nesse processo.

As relações de aproximação, criação de identidades e diferenças entre o espiritismo e medicina estão no cerne da construção dessa

religião no Brasil e refletem o ideal de síntese proposto pela doutrina espírita entre ciência e religião, síntese essa nunca completada e por isso mesmo sempre em processo. Dos embates históricos entre médicos e espíritas no início do século XX (Gama, 1992; Giumbelli, 1997a; Isaia, 2008b) até o tímido, porém nada irrelevante ingresso das Associações Médico-Espíritas nos espaços acadêmicos (Soares, 2009), penso que é a relação em si entre esses sistemas (na sua dimensão *processual*) através dos atores que deles fazem parte que deve ser considerada e não o sucesso ou fracasso (Vasconcelos, 2003; Lewgoy, 2006) da intenção de Kardec (ou dos espíritos e dos espíritas) em trazer ao mundo uma forma de conhecimento que fosse ao mesmo tempo uma “ciência religiosa” e uma “religião científica”.

O caráter terapêutico do espiritismo no Brasil, e consequentemente das práticas do CAPC, estão imersos nessa *mimese* que envolve as disputas políticas históricas travadas pelos espíritas e contra os espíritas na relação com a ciência, através da medicina, e da religião com base no cristianismo. O conceito de *mimese* nos permite pensar os conteúdos políticos que atravessam esses lugares de contato, deixando as rachaduras e os cortes mais evidentes e significativos dentro de um campo histórico de disputas em torno das legitimações político-sociais que envolvem saúde-doença. Ao considerar a argumentação de Taussig, de que a capacidade mimética e as histórias coloniais são inseparáveis, penso que a capacidade mimética do espiritismo brasileiro seria inseparável da história da medicina brasileira como já ficou demonstrado em algumas análises (Gama, 1992; Giumbelli, 1997a; Jabert, 2008; Isaia, 2008b, 2008c).

É através das práticas dos atores que esses processos de produção de semelhança e diferença são atualizados e as incongruências acomodadas, mas isso não alivia o caráter tenso dessa produção que, embora não seja determinada por qualquer dos lados, é atravessada por linhas desiguais dentro das quais a biomedicina aparece como uma importante linha de força que não pode ser ignorada. A *mimese* aparece, então, como essa forma de “recortar” e “modelar” *o outro* a fim de torná-lo semelhante, criando poder sobre ele no momento em que o captura, no momento em que ele é entendido, embora esse entendimento seja sempre um recorte, um momento na relação com este *outro*, através do qual os discursos sobre a diferença e as semelhanças são produzidos.

Essa *mimese* médica estava presente em todo espaço do CAPC como já foi dito. Nas cirurgias espirituais, no entanto, elementos desse

processo se acentuavam. Ela estava nas roupas, nos objetos, nos gestos, nas falas, na organização espacial, na distribuição das funções, no modo como o paciente participava e era conduzido durante a “intervenção cirúrgica”. A divisão das equipes e das funções demonstrava um caráter hierarquizado dessas práticas que remete aos contextos hospitalares, e o fato de haver médicos (encarnados) operando constituía-se num ponto interessante para se pensar esses processos de hierarquização que envolvem as cirurgias espirituais do CAPC.

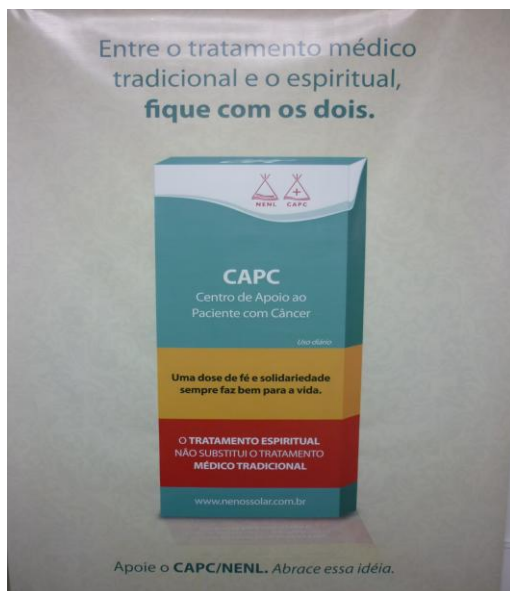
É claro que há outro tipo de hierarquização que advém da formação religiosa em si, pois um médium que atua há muito tempo na casa, assim como aqueles que se envolvem mais diretamente com as práticas espirituais do NENL, estão num patamar distinto daqueles que iniciaram suas trajetórias como voluntários há poucos meses. A mudança dessa “posição” dependeria do engajamento pessoal de cada um com a instituição e suas demandas, bem como de uma disposição em aprofundar seus conhecimentos a cerca do espiritismo e das práticas terapêuticas da casa.

Embora se dissesse que todas as funções eram essenciais para o bom andamento das cirurgias, de modo que não haveria distinção entre os membros da equipe, havia um caráter hierarquizado evidente na sua composição na qual o médium operador ocupava uma posição de destaque. Por exemplo, quando a equipe se dirigia às salas de cirurgia, o médium operador deveria ir à frente, seguido pelo instrumentador, os médiuns doadores, o fitoterapeuta e, por fim, os demais membros da equipe que tem funções auxiliares como o leitor de prontuário, aqueles que auxiliam a entrada e saída dos pacientes da sala de cirurgia e os que conduzem os pacientes de volta ao quarto. Do mesmo modo, ao saírem da sala de cirurgia o operador deveria ir a frente seguido pelos demais componentes da equipe. Como já mencionado em outro capítulo, quando foram ser escolhidas pessoas para substituir a dirigente do CAPC na condução de todo processo que envolve as cirurgias espirituais, os médicos que também eram médiuns operadores foram os indicados por “conhecerem os dois lados do processo, o físico e o espiritual”, numa soma de competências adequada para os procedimentos da casa.

Entretanto, não devemos analisar as cirurgias espirituais do CAPC, assim como as demais práticas da casa que envolvem uma forte imagética biomédica, apenas com reprodução de uma representação médica. Mais do que isso, o que se dá é a produção de um evento que

retira poder daquilo que copia no momento que o recorta e age sobre ele. Por outro lado, o lugar de legitimidade que esse *outro* ocupa é capaz de influenciar os modos como ele deve ou pode ser copiado a fim de potencializar a utilização do seu próprio poder pelos outros.

Um fato interessante que remete a essa questão diz respeito a uma denúncia feita em 2009 pela filha de um paciente do CAPC que teria abandonado o tratamento alopático para tratar-se apenas no Centro. Como já deve ter ficado claro ao longo desse texto, jamais observei esse tipo de orientação sendo feita aos pacientes. Ao contrário, as pessoas que buscavam o Centro ouviam repetidas vezes que eles só podiam estar sendo tratados no CAPC se estivessem também sendo acompanhados por um médico. Portanto, se os avisos orais não estavam sendo suficientes talvez uma imagem servisse mais do que mil palavras para chamar a atenção sobre essa regra básica da casa. Grandes cartazes foram produzidos e espalhados pelo Centro e folders foram entregues aos pacientes numa espécie de “campanha de alerta” sobre a necessidade de se manter o tratamento convencional (alopático) além do tratamento espiritual. A reprodução de uma caixa de medicamento genérico foi o meio escolhido para passar essa mensagem. Os dizeres do cartaz enfatizavam: “Entre o tratamento médico tradicional e o espiritual fique com os dois (...). o tratamento espiritual não substitui o tratamento médico tradicional”.



Não é uma casualidade que o símbolo escolhido para “ilustrar” a importância do tratamento espiritual aliado ao alopático tenha sido uma caixa de medicamento. Essa imagem representa tanto um esforço de se produzir semelhança quanto diferença com relação à biomedicina ao mostrar que o tratamento espiritual é *diferente* do biomédico, mas tão eficaz quando este, portanto, o paciente deve ficar com os dois a fim de ampliar suas chances de cura. Neste sentido, o uso da caixa de medicamento genérico para passar uma informação e contrapor uma acusação, o jaleco, a roupa branca, os quadros de anatomia, o iodo, os horários, o silêncio, a hierarquia das funções, a leitura de um prontuário antes da cirurgia espiritual, o gesto com o bisturi, as palavras que fazem fazer quando se diz “em nome de Deus e Jesus, essa operação está concluída”, os curativos, todos esses momentos eram de recorte e modelagem desse *outro* a fim de capturá-lo, criar poder sobre ele e usar esse poder da cópia para influenciar o que é copiado (Taussig, 1993: 250). Neste sentido, podemos ver a recente incorporação das práticas de saúde ditas alternativas, complementares ou integrativas aos sistemas oficiais de saúde tanto como um reflexo do poder da *mimese* quanto uma tentativa do aparato biomédico de também “mimetizar” os seus *outros*, entendê-los e, conseqüentemente, também criar poder sobre eles.

Por outro lado, as orientações do pós-operatório dadas apenas pelos médicos, a observância do código de ética médica na emissão de um atestado, a marcação do local da cirurgia por uma pessoa com conhecimento biomédico, a necessidade de uma ambulância para transportar pacientes para hospitais “da Terra” em casos de emergência, a manutenção de uma mini-UTI, a proibição de acesso ao espaço físico da enfermagem onde estão os prontuários de todos os pacientes, tudo isso atestava o lugar privilegiado desse *outro* que, ao marcar sua posição nesse espaço terapêutico empresta a ele sua legitimidade social e política.

A dimensão terapêutica do CAPC estava, assim, fortemente marcada (embora não determinada) por uma estética biomédica e era nas cirurgias espirituais que essa ênfase se dava por excelência, onde podia se observar uma *mimese* médica intensa que se apresentava no ambiente, nas roupas, nas falas, na burocracia, nos gestos e nos objetos. Nessa produção mimética não se deve pensar que são os sentidos pré-estabelecidos pelo modelo biomédico que determinam a *performance*, antes devemos observar as *convencionalizações* a partir das quais os atores constroem (*inventam*) os sentidos no ato performático ao

mimetizar elementos desse campo.

Deste modo, o que se dá é uma produção de semelhanças e diferenças capaz de conferir às práticas do CAPC uma legitimidade que se faz tanto a partir da cópia de um “modelo biomédico” de atuação e cura quanto da contestação dos limites dessa mesma medicina em prover saúde, alívio ou respostas para os estados de sofrimento e aflição.

Neste sentido, minha interpretação dessas práticas não poderia estar centrada numa leitura semântica dos símbolos biomédicos ou religiosos que fazem parte desse cenário tomando-os enquanto meras representações acionadas pelos sujeitos que constroem as práticas de cura, sejam eles curadores ou pacientes. Como Schieffelin (1985), penso que tais símbolos são eficientes não porque comunicam sentidos (*meaning*), mas porque permitem a formulação de significados em um contexto social no qual os participantes estão engajados com tais símbolos numa interação criativa, não sendo simplesmente informados por eles, mas agindo sobre eles e com eles construindo *performances* nas quais gestos, palavras, textos, objetos, imagens, substâncias e outros elementos são deslocados dos seus lugares de aparente fixação para compor uma ação criativa na busca da cura.

Os símbolos, discursos e práticas biomédicos e religiosos presentes no CAPC não podem funcionar como meras representações que informam um sentido inequívoco e homogêneo que pode ser apreendido e utilizado numa comunicação sem ruído. O que busquei mostrar aqui é como esses elementos são acionados e colocados em relação na construção de um espaço terapêutico-religioso como o CAPC que envolve sujeitos com agendas semelhantes, mas com modos de significação particulares sobre o que é cura, religiosidade, saúde, doença, espiritualidade.

Se nesse processo foi possível observar muitas vezes um deslocamento da dimensão “espiritual” para outra mais “terapêutica” isso, no entanto, não impedia o movimento inverso, ou seja, a busca de uma ação terapêutica resultando em um encontro com o sagrado, com a espiritualidade, com novas formas de religiosidade. Esses movimentos não são irreduzíveis na experiência dos sujeitos que fazem parte desse cenário, eles apenas apontam para as ambiguidades que são constitutivas da relação entre sistemas que aparentemente estariam separados – medicina e espiritualidade, ciência e religião – mas que da perspectiva daqueles que ali buscam a cura estão sempre juntos.

Bibliografia

ABRAHAMS, Roger D. 1986. "Ordinary and Extraordinary Experience". IN: TURNER, Victor e BRUNER, Edward M. (orgs) *The Anthropology of Experience*. Urbana/Chicago: University of Illinois Press.

ALGRANTI, Miguel. 2007. "Teorías etiológicas de la enfermedad y algunos principios terapéuticos en las prácticas de las Escuela Científico Basilio de Buenos Aires". IN: Scripta Ethnológica, Vol. XXIX, pp. 109-119.

ALMEIDA, Alexandre Moreira e NETO, Francisco Lotufo. 2003. "A visão espírita dos transtornos mentais". Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia, 15-18 Out, 2003.

ALMEIDA, Alexandre Moreira de; ALMEIDA, T.M., and GOLLNER, A.M. 2000. "Cirurgia espiritual: uma investigação". IN: Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 46, nº 3, pp. 194-200.

ALVES, Paulo César B. e SOUZA, Iara Maria A. 1999. "Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico". IN: RABELO, Miriam C. M.; ALVES, Paulo César B. e SOUZA, Iara Maria A. (orgs.). *Experiência da Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ARRIBAS, Célia da Graça. 2008. *Afinal, Espiritismo é religião? A doutrina espírita na formação da diversidade religiosa brasileira*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. 226 f.

AUBRÉE, Marion e LAPLANTINE, François. 2009. *A mesa, o livro e os espíritos: gênese, evolução e atualidade do movimento social espírita entre França e Brasil*. Maceió: EDUFAL.

AURELIANO, Waleska de Araújo. 2006. *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)*. Dissertação de

Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande (PB). 210 f.

_____. 2010. “Medicina, espiritualidade e *performance* no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer”. IN: FLEISHER, Soraya, TORNQUIST, Carmen e MEDEIROS, Bartolomeu (orgs.). *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: Ed. da UDESC.

AUSTIN, J. L. 1999 [1962]. *How to do things with words*. Cambridge: Harvard University Press.

BACH, Edward. 2006. *Os remédios florais do Dr. Bach*. São Paulo, Editora Pensamento.

BARROS, Nelson Filice de. 2008. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

BASTIDE, Roger. 1967. “Le spiritisme au Brésil”. IN: Archives des Sciences Sociales des Religions. N. 24, pp. 3-16.

_____. 1985. *As Religiões Africanas no Brasil*. São Paulo: Pioneira.

BASTOS, Cristiana. 2001. “Omulu em Lisboa: etnografias para uma teoria da globalização”. IN: Etnográfica, Lisboa, Vol. V (2): 303-324 .

BAUMAN, Richard e BRIGGS, Charles. 1990. “Poetics and performance as critical perspectives on language and social life”. IN: Annual Review of Anthropology, v. 19, Bernard J. Siegel, Ed. Palo Alto, Annual Reviews Inc.

BHABHA, Homi. 2007. “Ética e Estética do Globalismo: uma perspectiva pós-colonial”. IN: *A Urgência da Teoria*. Lisboa Fundação Calouste Gulbenkian.

BIESELE, Megan and DAVIS-FLOYD, Robbie. 1996. “Dying as Medical Performance: the oncologist as Charon.” IN: LADERMAN,

Carol e ROSEMAN, Marina (orgs.). *The Performance of Healing*. Routledge: New York.

BONET, Octavio. 2004. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BRASIL. 2006. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde.

CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira de. 1961. *Kardecismo e Umbanda*. São Paulo: Pioneira Editora.

CAMURÇA, Marcelo Ayres. 2000. “Entre o cármico e o terapêutico: dilema intrínseco ao espiritismo”. IN: Rhema, V. 6, n. 23. pp. 113-128 .

_____. 2003. “Espaços de Híbridização, Dessubstancialização da Identidade Religiosa e Ideias fora do Lugar”. IN: Ciências Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião, Porto Alegre, ano 5, n. 5, p.37-65 .

CARDOSO, Vânia Zikán. 2009. “Os afetos da descrença”. IN: Antropologia em Primeira Mão, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 114, pp. 1-17.

CARVALHO, José Jorge. 1994. “O encontro de velhas e novas religiões: esboço de uma teoria dos estilos de espiritualidade”. IN: MOREIRA, Alberto e ZICMAN, Renée (orgs.). *Misticismo e novas religiões*. Petrópolis: Vozes.

_____. 1999. “Um espaço público encantado. Pluralidade religiosa e modernidade no Brasil”. IN: Série Antropologia, nº 249, Brasília: UnB.

CAVALCANTI, Maria Laura Viveiros de Castro. 1983. *O Mundo Invisível: cosmologia, sistema ritual e noção de pessoa no Espiritismo*. Zahar Editores: Rio de Janeiro.

CHAMPION, Françoise. 1990. “La nébuleuse mystique-ésotérique: orientations psychoreligieuses des courants mystique et ésotérique contemporains”. IN: CHAMPION, Françoise et HERVIEU-LÉGER, Danièle (orgs.). *De l'émotion en religion: renouveaux et traditions*. Paris: Editions du Centurion.

CHAZAN, Lilian Krakowski. 2005. “Vestindo o Jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico”. IN: Cadernos de Campo – Revista dos Alunos de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo, nº 13: 15-32.

CRUZ, Inácio M. N. Frade da. 2007. *Doutor Fritz andou de disco voador: hibridizações e sincretismos na terapia espiritual de Chico Monteiro*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião. 141 f.

CSORDAS, Thomas. 1996. “Imaginal performance and memory in ritual healing”. IN: LADERMAN, Carol e ROSEMAN, Marina (orgs.). *The Performance of Healing*. Routledge, New York.

_____. 2008. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

DAHLKE, Rudiger e DETHLEFSEN, Thorwald. 1995. *A doença como caminho*. São Paulo, Editora Cultrix Ltda.

DAMAZIO, Sylvia F. 1994. *Da elite ao povo: Advento e expansão do espiritismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

D'ANDREA, Anthony A. F. 2000. *O Self Perfeito e a Nova Era: individualismo e reflexividade em religiosidades pós-tradicionais*. São Paulo: Loyola.

DELEUZE, Gilles. 2006. *Diferença e Repetição*. Rio de Janeiro: Graal.

DEMIAN, Melissa and WASTELL, Sari. 2007. “Creative Appropriations and Institutional Contexts: Introduction”. IN: INGOLD, Tim and HALLAM, Elizabeth (orgs.). *Creativity and cultural improvisation. Asa Monographs 44*. Oxford: Berger. pp. 119-126.

DIEHL, Eliana e RECH, Norberto. 2004. “Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia”. IN: LANGDON, E.J. e GRANELO, L. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ABA.

DINIZ, Débora; LIONÇO, Tatiana e CARRIÃO, Vanessa. 2010. *Laicidade e Ensino Religioso no Brasil*. Brasília: Letras Livres/Editora UnB/Unesco Brasil.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. 1983. “O culto do eu no templo da razão”. IN: DUARTE, L. F. D. *Três ensaios sobre pessoa e modernidade*. Boletim do Museu Nacional, nº41, Rio de Janeiro: MN/UFRJ.

_____. 1986. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores/CNPq.

_____. 1999. “O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna.” IN: Maria Luiza Heilborn (org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.

_____. 2005. “Ethos privado e justificação religiosa. Negociações da reprodução na sociedade brasileira”. IN: HEILBORN, Maria Luiza [et al.]. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamound.

_____. 2006. “Ethos privado e modernidade: o desafio das religiões entre indivíduo, família e congregação”. IN: Duarte, L. F. D.; Heilborn, M. L.; Lins de Barros, M.; Peixoto, C. (orgs.). *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contracapa.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; GOMES, Edlaine; JABOR, Juliana e LUNA, Naara. 2006. “Família, Reprodução e Ethos Religioso – subjetivismo e naturalismo como valores estruturantes”. IN: DUARTE, L. F. D. [et al.]. *Família e Religião*. Rio de Janeiro: Contracapa.

FADLON, Judith. 2004. “Meridians, Chakras and Psycho-Neuro-Immunology: The Dematerializing Body and the Domestication of Alternative Medicine”. IN: *Body & Society*, SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi), Vol. 10(4): 69–86.

FAVRET-SAADA, Jeanne. 1977. *Les Mots, la Mort, les Sorts*. Paris: Gallimard.

_____. 2005. “Ser Afetado”. IN: *Cadernos de Campo – Revista dos Alunos de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo*, nº 13: 155-161.

FERREIRA, Luciane Ouriques. 2010. *Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. 256 f.

FINGER, Roseni Salet. 2004. *Saúde e Espiritualidade num contexto sócio-cultural: um estudo de caso no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer em Florianópolis*. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências Sociais UFSC: Florianópolis. 77 f.

FLEISCHER, Soraya. 2006. “Bolsas, livros, camisetas e certificados, Ou o que as parceiras de Melgaço têm a dizer sobre os cursos de treinamentos”. Trabalho apresentado no ST Parto e Maternidade: profissionalização, assistência, políticas públicas. Publicado nos anais do VII Seminário Fazendo Gênero, Florianópolis, agosto de 2006.

FLEISCHER, Soraya; TORNQUIST, Carmen S. e MEDEIROS, Bartolomeu F. 2010. “Popularizando o cuidado com a saúde: uma apresentação”. IN: FLEISHER, Soraya, TORNQUIST, Carmen e MEDEIROS, Bartolomeu (orgs.). *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: Ed. da UDESC.

FOUCAULT, Michel. 2000[1979]. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 15ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 2006. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FRIGERIO, Alejandro. 2005. “Identidades Porosas, Estructuras Sincreticas y Narrativas Dominantes: miradas cruzadas entre Pierre Sanchis y la Argentina”. IN: *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 7, n. 7, p. 223-237.

FULLER, John. 1974. *Arigó: The Surgeon of the Rusty Knife*. New York: Thomas Y. Crowell.

GAMA, Cláudio Pimentel. 1992. *O espírito da medicina: médicos e espíritos em conflito*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. 278 f.

GERBER, Richard. 1988. *Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro*. São Paulo, Editora Cultrix.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. 2005. “A produção antropológica sobre a articulação saúde, religião e corpo: conquistas, ressalvas e perspectivas”. IN: *Ilha, Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 7 (1 e 2), pp. 113-124.

GIUMBELLI, Emerson. 1997a. *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo*. Ministério da Justiça, Arquivo Nacional: Rio de Janeiro.

_____. 1997b. “Heresia, doença, crime ou religião: o espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais”. IN: *Revista de Antropologia*, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, vol. 40, n. 2, pp. 31-82.

_____. 2002. *O Fim da Religião: dilemas da liberdade religiosa no Brasil e na França*. São Paulo: Attar Editorial.

_____. 2003. “O 'Baixo Espiritismo' e a História dos Cultos Mediúnicos”. IN: *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 247-281.

_____. 2006. “Espiritismo e medicina: introjeção, subversão, complementaridade”. IN: ISAIA, Artur César (org.). *Orixás e Espíritos: o debate interdisciplinar na pesquisa contemporânea*. Uberlândia: EDUFU.

_____. 2008. “A presença do religioso no espaço público: modalidades no Brasil”. IN: *Religião e Sociedade*, v. 28 (2): 80-101.

GOOD, Byron J. 1994. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

GREENFIELD, Sidney. 1992. “O corpo como uma casca descartável: as cirurgias do Dr. Fritz e o futuro das curas espirituais”. IN: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, nº 16/1-2.

_____. 1999. *Cirurgias do Além: pesquisas antropológicas sobre curas espirituais*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

HARAWAY, Donna. 2009. “Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX”. IN: TADEU, Tomaz (org. e trad.), HARAWAY, Donna e KUNZRU, Hari. *Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano*. 2ª Edição, Belo Horizonte: Autêntica Editora.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. 1990. “Renouveaux émotionnels contemporains: fin de la sécularisation ou fin de la religion?” IN: CHAMPION, Françoise et HERVIEU-LÉGER, Danièle (orgs.). *De l'émotion en religion: nouveaux et traditions*. Paris: Editions du Centurion.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000. Sinopse preliminar do censo demográfico. IBGE, Rio de Janeiro, 450 p.

INGOLD, Tim and HALLAM, Elizabeth. 2007. “Creativity and cultural improvisation: an introduction”. IN: INGOLD, Tim and HALLAM, Elizabeth (orgs.). *Creativity and cultural improvisation. Asa Monographs 44*. Oxford: Berger. pp. 1-24.

ISAIA, Artur César. 2008a. “Fé contagiosa, loucura coletiva?”. IN: Revista de História da Biblioteca Nacional, ed. Nº 33.

_____. 2008b. “Mensagens do Além, Imagens do Aquém: o espiritismo no discurso da faculdade de medicina do Rio de Janeiro nas primeiras décadas do século XX”. IN: RAMOS, Alcides; PATRIOTA, Rosângela e PESAVENTO, Sandra Jatahy (orgs.). *Imagens na História*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild.

_____. 2008c. “O discurso médico-psiquiátrico em defesa do espiritismo na faculdade de medicina do Rio de Janeiro dos anos 1920”. IN: Revista Brasileira de História das Religiões – Ano I, no. 1 – Dossiê Identidades Religiosas e História.

JABERT, Alexandre. 2008. *De médico e médiuns: medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX*. Tese de Doutorado em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz. 308f.

KAPFERER, Bruce. 1986. “Performance and the Structure of Meaning and Experience”. IN: BRUNER, E. e TURNER, V. (orgs.). *Anthropology of Experience*. Urbana, University of Illinois Press.

KARDEC, Allan. 1944. *O Livro dos Espíritos*. Federação Espírita Brasileira: Brasília.

_____. 1994. *O Livro dos Médiuns*. Araras, SP: Instituto de Difusão Espírita.

_____. 1981. *O Evangelho segundo o Espiritismo*. Araras, São Paulo: Instituto de Difusão Espírita.

_____. 2007. *A Gênese: os milagres e as predições segundo o Espiritismo*. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira.

_____. 2007. *O Céu e o Inferno*. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira.

_____. 2009. *O que é Espiritismo?* Araras, São Paulo:

Instituto de Difusão Espírita.

KLEINMAN, Arthur. 1978. "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems". IN: *Social Science and Medicine*, V. 12: 85-93.

_____. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkley: University of California Press.

KOERICH, Tânia Regina da Silva. 2006. *Fatores motivacionais para o trabalho voluntariado*. Trabalho de Conclusão de Curso em Administração – Faculdade Decisão, Florianópolis. 76 f.

KOSS-CHIOINO, Joan D. 2005. "Spirit Healing, Mental Health, and Emotion Regulation". *Zygon: Journal of Religion and Science*, vol. 40, no. 2, pp. 409-421.

LADERMAN, Carol e ROSEMAN, Marina. 1996. "Introduction". IN: LADERMAN, Carol e ROSEMAN, Marina (orgs.). *The Performance of Healing*. Routedledge, New York.

LANGDON, E. Jean. 1994. "Breve histórico da Antropologia da Saúde". In: *A Negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Étnico*. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC, 1994.

_____. 1996. "Performance e preocupações pós-modernas em antropologia". IN: *Antropologia em Primeira Mão*. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. 2007a. "Performance e sua Diversidade como Paradigma Analítico: A Contribuição da Abordagem de Bauman e Briggs". Trabalho apresentado na Mesa Redonda: Performance, Drama e Ritual – A Formação de um Campo e a Experiência Contemporânea, 31º Encontro Anual de ANPOCS.

_____. 2007b. *The Symbolic Efficacy of Rituals*:

From Ritual to Performance. Mimeo.

LAPLANTINE, François. 2004. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fonte.

LEFÉVRE, Fernando. 1983. “A função simbólica dos medicamentos”. IN: *Revista de Saúde Pública*: São Paulo. pp. 500-503.

LeSHAN, Lawrence. 1992. *O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde*. São Paulo: Summus Editorial.

LEVI-STRAUSS, Claude. 2008a. “O feiticeiro e sua magia”. IN: LEVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosac Naify.

_____. 2008b. “A eficácia simbólica”. IN: LEVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural*. São Paulo: Cosac Naify.

LEWGOY, Bernardo. 2000. *Os espíritas e as letras: um estudo antropológico sobre cultura escrita e oralidade no espiritismo kardecista*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. 353f.

_____. 2004a. “Etnografia da leitura num grupo de estudos espíritas”. IN: *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 10, n. 22, p. 233-254.

_____. 2004b. “O livro religioso no Brasil recente: uma reflexão sobre as estratégias editoriais de espíritas e evangélicos”. IN: *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 6, n. 6, p.51-69.

_____. 2004c. *O grande mediador: Chico Xavier e a cultura brasileira*. Bauru: Edusc.

_____. 2006. “Representações de Ciência e Religião no Espiritismo Kardecista: antigas e novas configurações”. IN: *Civitas*, Porto Alegre, volume 6, nº 2, pp. 151-167.

- _____. 2011. “Uma Religião em Trânsito: o papel das lideranças brasileiras na formação de redes espíritas transnacionais”. IN: *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 13, n. 14, p. 93-117.
- LOCK, Margaret M. 1998. “Breast cancer: reading the omens”. IN: *Antropology Today*, 14 (4):7-16.
- LUDUEÑA, Gustavo Andrés. 2009. “Performance y popularización de una vertiente del espiritismo argentino”. IN: *Debates do NER*, Porto Alegre, ano 10, nº 15, pp. 71-103.
- LUIZ, André (espírito). 2008. *Evolução em Dois Mundos*. Ditado pelo espírito André Luiz, psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Viera. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira.
- LUIZ, André (espírito). 2009. *Nosso Lar*. Ditado pelo espírito André Luiz, psicografado por Francisco Cândido Xavier. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira.
- LUNA, Naara. 2007. “A personalização do embrião humano: da transcendência na biologia”. IN: *Mana*, Rio de Janeiro, v. 13(2): 411-440.
- _____. 2008. “Religiosidade no contexto das terapias com células-tronco: uma investigação comparativa entre pesquisadores 'iniciantes e iniciados' e seus pacientes”. IN: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 28 (2): 156-178.
- LUTZ, Catherine A. 1988. “Emotion, Thought, and Estrangement: Western Discourses on Feeling”. IN: LUTZ, Catherine A. *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments in a Micronesian Atoll and their Challenge to Western Theory*. Chicago, The University of Chicago Press.
- _____. 1990. “Engendered emotion: gender, power, and the rethoric of emotional control in American discourse”. IN: LUTZ, Catherine A. e ABU-LUGHOD, Lila (eds.). *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.

LUZ, Madel Therezinha. 1988. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.

_____. 1996. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis.

_____. 2005. "Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX". IN: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176 .

LYNCH, Darrell. 2005. "Patient preparation and perceived outcomes of spiritual healing in Brazil". IN: *Anthropology of Consciousness*, Berkley, Vol. 15(1):10-41.

MACHADO, Ubiratan. 1997. *Os Intelectuais e o Espiritismo*. Niterói: Publicações Lachâtre.

MADUREIRA, Antoinette de Brito. 2010. *Vassouras, Ciganas e Extraterrestres: médiuns e emoções no campo espírita de Natal*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. 358 f.

MAESTRI, Adilson. 2003. *Missão IV: o sagrado caminho de volta para casa*. Florianópolis: Ed. do Autor.

MAGNANI, José Guilherme C. 1999. *Mystica urbe. Um estudo antropológico sobre o circuito neo-esotérico na metrópole*. São Paulo: Studio Nobel.

MALUF, Sônia. 1996. *Les enfants du verseau au pays des terreiros. Les cultures thérapeutiques et spirituelle alternatives au Sud du Brésil*. Tese de Doutorado, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

_____. 2003. "Os filhos de aquário no país dos terreiros: novas vivências espirituais no sul do Brasil". IN: *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, 5(5): 153-172.

_____. 2005. “Mitos Coletivos e Narrativas Pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da Nova Era”. IN: *Mana*, Rio de Janeiro, Vol. 11(2): 499-528.

_____. 2010. “Além do tempo e do texto: desafios de dilemas dos estudos de religião no Brasil”. Trabalho apresentado na mesa “Religiões e Religiosidades: desafios teóricos e empíricos” no III Encontro do GT Nacional de História das Religiões e Religiosidades. ANPUH. Mimeo.

MARIZ, Cecília L. 2005. “‘De vuelta al baile del sincretismo’: un diálogo con Pierre Sanchis”. IN: *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 7, n. 7, p. 189-201 .

MARTÍN, Eloísa. 2007. “Aportes al concepto de 'religiosidad popular': una revisión de la bibliografía argentina”. IN: CAROZZI, María Julia e CERNADAS, César Ceriani (orgs.). *Ciencias sociales y religión en América Latina*. Buenos Aires: Biblos.

MATTINGLY, Cheryl. 1994. “The concept of therapeutic emplotment”. *Social Science and Medicine*, 38 (6): 811-822.

_____. 1998. *Healing Dramas and Clinical Plots: the narrative structure of experience*. NY: Cambridge University Press.

_____. 2000. “Emergent Narratives”. IN: GARRO, Linda C. and MATTINGLY, Cheryl (eds.). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. University of California Press: Berkeley and Los Angeles, California.

MAUSS, Marcel. 2003. “Ensaio sobre a dádiva - Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”. IN: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify.

MENEZES, Raquel Aisengart. 2004. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro, Garamond/FIOCRUZ.

_____. 2006. “Religiosidade e interpretação da

morte”. IN: *Religião e Sociedade*, v. 26(1): 174-197.

MONTERO, Paula. 1985. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 2010. “Religião: sistemas de crenças, feitiçaria e magia”. IN: *Sociologia: ensino médio*. Coordenação Amaury César Moraes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, Coleção Explorando o Ensino, v. 15.

NAPOLITANO, Valentina e FLORES, Gerardo M. 2003. “Complementary Medicine: cosmopolitan and popular knowledge, and transcultural translations - cases from urban Mexico”. IN: *Theory, Culture & Society* (SAGE, London, Thousand Oaks and New Delhi), Vol. 20(4): 79–95

NASCIMENTO, Marilene Cabral do. 1998. “De panaceia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita”. IN: *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, V(1): 99-113 mar.-jun.

NENL, Núcleo Espírita Nosso Lar. 2007. *Mesa Andina: seu significado, roteiro para sua instalação e manejo*. Mimeo.

NOGUEIRA, R. P. 2001. “Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea”. IN: VASCONCELOS, E. (org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos*. São Paulo: Hucitec.

NUNES, Ana Maria Pereira. 2002. *Vivenciando o ser e o estar sendo cuidado no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer*. Tese de doutorado em Filosofia da Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 185 f.

ORTIZ, Renato. 2005. *A morte branca do feiticeiro negro: umbanda e sociedade brasileira*. São Paulo: Brasiliense.

PACHECO, Gustavo de Britto Freire. 2004. *Brinquedo de cura: um estudo sobre a pajelança maranhense*. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Museu Nacional – UFRJ. 284f.

PEIRANO, Mariza. 2006. “Temas ou Teorias? O estatuto das noções de ritual e de performance”. IN: Revista Campos, Curitiba, vol. 7(2):9-16.

PUTTINI, Rodolfo Franco. 2004. *Medicina e Religião no Espaço Hospitalar*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 267 f.

RABELO, Miriam Cristina M. 1993. “Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas”. IN: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(3): 316-325.

_____. 2010. “A construção do sentido nos tratamentos religiosos”. IN: RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, 4(3): 3-11.

RABELO, Miriam C. M.; MOTTA, Sueli Ribeiro e NUNES, Juliana Rocha. 2002. “Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo”. IN: Religião e Sociedade, Rio de Janeiro, 22(1): 93-121.

RANQUETAT JÚNIOR, Cesar Alberto. 2011. “Ciência e Religião: os debates em torno das pesquisas com células-tronco embrionárias no Brasil”. IN: Ciências Sociais e Religião, Porto Alegre, ano13, n. 13, p. 37-56.

RIVERA, Edil Torres. 2005. “Espiritismo: The Flywheel of the Puerto Rican Spiritual Traditions”. IN: Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, Vol. 39, Num. 2 pp. 295-300.

SANCHIS, Pierre. 1997. “O campo religioso contemporâneo no Brasil”. IN: ORO, Ari Pedro e STEIL, Carlos Alberto (orgs.). *Globalização e Religião*. Petrópolis: Vozes.

_____. 2001. “Religiões, religião...alguns problemas do sincretismo no campo religioso brasileiro”. IN: SANCHIS, Pierre (org.). *Fiéis e cidadãos: percursos do sincretismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.

SCHIEFFELIN, Edward. 1985. "Performance and cultural construction of reality". IN: *American Ethnologist*, v. 12(4): 707-724.

_____. 1996. "On failure and performance. Throwing the medium out of seance". IN: LADERMAN, Carol e ROSEMAN, Marina (orgs.). *The Performance of Healing*. Routledge, New York.

_____. 1998. "Problematizing performance". IN: HUGHES-FREEDLAND, Felicia (ed.). *Ritual, Performance, Media*. Londres/Nova York: Routledge.

SCHMIDT, Bettina E. 2009. "Meeting the Spirits: Puerto Rican Espiritismo as Source for Identity, Healing and Creativity". IN: *Fieldwork in Religion*, Vol 3.2, pp. 178–194.

SEGATO, Rita Laura. 1992. "Um Paradoxo do Relativismo: discurso racional da antropologia frente ao sagrado". IN: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 16(1-2): 114-135.

SEMÁN, Pablo. 2007. "La secularización entre los cientistas de la religión del Mercosur". IN: CAROZZI, María Julia e CERNADAS, César Ceriani (orgs.). *Ciencias sociales y religión en América Latina*. Buenos Aires: Biblos.

SFEZ, Lucien. 2008. *La salud perfecta*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

SILVA, Vagner Gonçalves da. 2006. *O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas sobre as religiões afro-brasileiras*. São Paulo: EDUSP.

SILVEIRA, Nádía Heusi. 2000. *Narrativas sobre o câncer: a perspectiva do doente*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 94 f.

SIMONTON, O. Carl, MATTHEWS-SIMONTON, Stephanie e CREIGHTON, James L. 1987. *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer*. São Paulo, Summus Editorial.

SOARES, Luiz Eduardo. 1994. “Religioso por Natureza: cultura alternativa e misticismo ecológico no Brasil” IN: SOARES, Luiz Eduardo. *O rigor da indisciplina. Ensaios de antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

SOARES, Roger. 2009. “As Associações Médico-Espíritas e a Difusão de seu Paradigma de Ciência e Espiritualidade”. IN: Debates do NER, Porto Alegre, ano 10, nº 15, pp. 129-150.

SONTAG, Susan. 1984. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

SOUZA, Ângela Maria de. 2009. “Deslocamentos na Cidade: o movimento Hip Hop nos/dos bairros de Florianópolis”. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC, V. 43, nº 2, pp. 549-562.

STEIL, Carlos Alberto. 2007. “Prólogo desde Brasil: la contribución del diálogo regional en el Mercosur al área de las ciencias sociales de la religión en Brasil”. IN: CAROZZI, María Julia e CERNADAS, César Ceriani (orgs.). *Ciencias sociales y religión en América Latina*. Buenos Aires: Biblos.

STOLL, Sandra Jacqueline. 2003. *Espiritismo à Brasileira*. São Paulo: EDUSP.

STRATHERN, Marilyn. 2004. *Partial Connections*. Update Edition, Altamira Press.

TAUSSIG, M. 1993. *Mimesis and Alterity: A Particular History of the Senses*. New York: Routledge.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. 1999. “Ascensão e profissionalização da terapêutica alternativa no Rio de Janeiro (anos 80-90)”. IN: PHYSIS – Rev. de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 9 (2):75-98.

_____. 2002. “A diversidade da rede terapêutica alternativa no Rio de Janeiro”. IN: PHYSIS – Rev. de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 12(2):325-344.

_____. 2003. “Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico”. IN: *PHYSIS – Rev. de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 13(2): 83-104.

TAMBIAH, Stanley Jeyaraja. 1985. “The magical power of words”. IN: TAMBIAH, S. J. *Culture, Thought and Social Action: an anthropological perspective*. Cambridge: Harvard University Press.

_____. 1990. *Magic, science, religion, and the scope of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.

TEIXEIRA, Francisca Niédja Barros. 2009. “Reiki: religião ou prática terapêutica?”. IN: *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 7, n. 15 .

TESSER, Charles Dalcanale e BARROS, Nelson Filice de. 2008. “Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde”. IN: *Revista de Saúde Pública*, 42(5):914-20.

VASCONCELOS, João. 2003. “Espíritos Clandestinos: Espiritismo, Pesquisa Psíquica e Antropologia da Religião entre 1850 e 1920”. IN: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 23(2): 92-126.

VELHO, Otávio. 2007. *Mais realistas do que o rei: ocidentalismo, religião e modernidades alternativas*. Rio de Janeiro: Topbooks Editora.

WAGNER, Roy. 2010. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify.

WARREN, Donald. 1984. “A terapia espírita no Rio de Janeiro por volta de 1900”. IN: *Religião e Sociedade*, Vol 11 (3), Rio de Janeiro: ISER/Ed. Campus. pp. 56-83.


_____. 1986. “A medicina espiritualizada: a homeopatia no Brasil do século XIX”. IN: *Religião e Sociedade*, Vol 13 (1), Rio de Janeiro: ISER/Ed. Campus. pp. 88-107.

WEBER, Max. 2000. “Os Tipos de Dominação”. IN: WEBER, Max. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*.

Brasília: Editora Universidade de Brasília.

WHO, World Health Organization. 2002. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*.

ANEXOS

	NÚCLEO ESPÍRITA NOSSO LAR FICHA DE ATENDIMENTO
ENTREVISTA NR.: _____	
NOME: _____	
END. (Av., rua, etc. ...): _____ NR.: _____ FONE: _____	
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____	
DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____	
RELIGIÃO: _____ (_____)	
ANOTAÇÕES: _____	

ENTREVISTADOR: _____ DATA: ____ / ____ / ____	
ESPAÇO RESERVADO AO COORDENADOR:	

Ficha de atendimento – primeiro documento de cadastro dos pacientes do CAPC,
preenchido na consulta prévia realizada no NENL

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____ DATA / / REGISTRO _____
 Idade: _____ Sexo: _____

I - OBSERVAÇÕES MÉDICAS

→ Fumo _____ Álcool _____
 → Gastrite / Refluxo / Esofagite / Hérnia de Hiato / Azia / Disfagia / Diarréia / Constipação intestinal
 → HAS descompensada: () _____ NORMAL() _____
 Compensada – medicação: _____
 → Diabetes Mellitus: SIM() _____ NÃO() _____
 Uso de Insulina: TIPO _____ DOSE _____ HORA _____ + TIPO _____ DOSE _____ HORA _____
 Hipoglicemiante oral (TIPO/DOSE) _____
 → Doença cardiovascular: _____
 → Doença Respiratória: _____
 → Doença Infectocontagiosa: _____ NÃO() _____
 → Convulsão _____ Alergia _____ em QT _____ em RT _____

CONDUTA MÉDICA: INTERNO EXTERNO

OBSERVAÇÕES DE NUTRIÇÃO

Altura: () _____
 → PESO HABITUAL _____ PESO ATUAL _____ PESO TEÓRICO: MÍN _____ MÉD _____ MÁX _____
 → Classificação do Estado Nutricional: _____
 → Dieta Recomendada: _____
 Suplemento Nutricional/Horários: _____

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM

→ Pressão Arterial: _____ mmHg Hora: _____
 → Decúbito Elevado: NECESSÁRIO() _____ DESNECESSÁRIO() _____
 → Cuidados Especiais de Enfermagem/Medicações: _____

**Formulário de avaliação utilizado pelos profissionais de saúde do CAPC
 (médicos, enfermeiros, nutricionista)**



Dados do Paciente

Data: ____/____/____

Nome: _____

Matrícula: _____

Informações Complementares

Aplicações

Algodão: _____

Homeopatia: _____

Florais: _____

REIKI

MASSAGEM

PSICOTERAPIA

 Iodização: _____ Caulins: _____ Biogel: _____ Salinização: _____ Crioterapia: _____ Cromoterapia: _____ Estímulos: _____ Avaliação Espiritual NENL - Retornar no Dia ____/____/____ Avaliação Física CAPC - Retornar no Dia ____/____/____

Data dos Atendimentos

1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

Operação / Local:

Médium Operator

Irmão(ã): _____ Data: ____/____/____

CENTRO DE APOIO AO PACIENTE COM CÂNCER
Fones do CAPC – Ribeirão da Ilha – (48) 3337 6363 / 3337 6394
Fones do NENL – Forquilha – (48) 3357 0045 / 3357 0047

AGENDA PARA TRATAMENTO FÍSICO COM HIBERNAÇÃO NO CAPC

NOME.....CADASTRO.....

INSTRUÇÕES AO PACIENTE

O paciente deverá comparecer ao CAPC, sito à Rua Baldicero Filomeno, 1747, Ribeirão da Ilha, Florianópolis – SC, para tratamento nos seguintes dias:

DIA DA SEMANA	DATA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
Quarta – Feira	/ /	08:00 às 18:30 horas	Retorna para casa
Quinta – Feira	/ /	08:00 às 18:30 horas	Retorno para casa
Sexta - Feira	/ /	08:00 horas	Horário da hibernação
Sábado	/ /	11:00 horas	Retorno para casa

ATENÇÃO: Um ou mais familiares do paciente deverão comparecer ao CAPC, às 09:00 horas de sábado, para acompanhá-lo no instante em que for liberado do tratamento.(ALTA)

Retorno para avaliação espiritual: Dia: ___/___/___ Hora: ___:___hs - Na Forquilha

A ADMINISTRAÇÃO

Agenda da semana entregue aos pacientes no dia da triagem.



CENTRO DE APOIO AO PACIENTE COM CÂNCER – CAPC
Rua: Baldicero Filomeno, 1747 – Ribeirão da Ilha
Florianópolis - SC

CAPC
(Ribeirão da Ilha)
(048) 3337 6363
NENL
(Forquilha)
(048) 3357 0045

RETORNO PARA REFORÇO DE TRATAMENTO

Nome do Paciente: _____ Cadastro: _____

Retornar ao CAPC (Ribeirão da Ilha) no dia...../...../..... às 13:00 horas. No seu retorno será marcado novo tratamento. Esse tratamento deverá ocorrer na semana da data acima.

Responsável do CAPC: _____ Fone: _____

Procedimentos a serem adotados nas próximas 48 horas, após a operação espiritual:
- Não fazer esforço físico/ Não ter relações sexuais/ Não comer carne vermelha/ Não dirigir/ Não pegar peso.
- Procurar manter-se equilibrado emocionalmente e fazer leituras edificantes.
- Retirar o curativo e tomar banho somente 24 horas após a operação espiritual.

Convite para retorno e orientações pós-cirúrgicas entregue aos pacientes na dia de “alta” da semana de tratamento.

Centro de Apoio ao Paciente com Câncer/Núcleo Espírita Nosso Lar**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu,, R.G. nº,
declaro que voluntariamente solicito tratamento complementar no NENL/CAPC, como apoio
ao meu tratamento médico alopático. Estou ciente que me encontro num centro terapêutico
de medicina complementar e apoio, como também de que em situações clínicas graves ou
de dependência psico motora, o meu responsável deverá permanecer no ambiente interno
até o encerramento das atividades.

Eu declaro que recebi todas as informações das normas, responsabilidades e terapias,
previamente. Eu autorizo as aplicações terapêuticas não invasivas e intervenções médico-
emergenciais, enquanto estiver neste Centro de Apoio e NENL.

.....
Data:/...../.....

Paciente e/ou Responsável

**Termo de responsabilidade assinado pelos pacientes no primeiro dia de tratamento
no CAPC**

Núcleo Espírita Nosso Lar - NENL
Centro de Apoio ao Paciente com Câncer - CAPC

Convite para Grupo Terapêutico

Prezado (a) _____

Cura não é simplesmente a eliminação de sintomas, mas um estado de espírito que nos permite usufruir a vida de uma maneira mais consciente.

Ampliar a percepção de quem somos é uma decisão que pode fazer a diferença entre a saúde e a doença.

Os Grupos Terapêuticos do NENL/CAPC têm como objetivo principal proporcionar ao paciente um fórum legítimo para crescimento pessoal e auto-conhecimento.

Gostaríamos de contar com a sua participação em um Grupo Terapêutico.

Data de início: ___/___ Horário: das ___ às ___.

Local: NENL - Forquilha - ___ andar - sala ___.

Saúde é PAZ!

Convite entregue aos pacientes do CAPC ao final do tratamento para participação em grupos terapêuticos do NENL

**NÚCLEO ESPÍRITA NOSSO LAR
CENTRO DE APOIO AO PACIENTE COM CÂNCER**

Roda da Cura
Terapia em Grupo



Todas as terças-feiras entre 16:00 e 19:00 horas os pacientes que já tenham se tratado no CAPC são recebidos em Nosso Lar, Forquilha, sala nº 201, para uma experiência de 7 encontros semanais, destinados a fortalecer a recuperação e acelerar a cura. A reunião destinada a abrir os trabalhos de um novo grupo será na terça-feira, dia 04/08 às 15:00 horas. Compareça e se comprometa com você mesmo.

Estamos lhe esperando.

Convite Roda da Cura