

AURELIANO, Waleska de Araújo. "Sofrer na alma, sentir no corpo: interfaces contemporâneas entre emoções, espiritualidade e saúde". *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 13, n. 37, pp. 59-79, Abril de 2014. ISSN 1676-8965

ARTIGO

<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>

Sofrer na Alma, Sentir no Corpo

Interfaces contemporâneas entre emoções, espiritualidade e saúde

Waleska de Araújo Aureliano

Artigo recebido em 30.12.2013

Artigo Aprovado em 10.02.2014

Resumo: Com base em pesquisa realizada em instituição espírita que trata pacientes com câncer em Florianópolis (SC), e na qual trabalham médicos, enfermeiros, terapeutas, leigos e religiosos, este artigo discute as interfaces contemporâneas entre sistemas terapêuticos distintos tomando como ponto de contato entre eles a ênfase colocada sobre as emoções como elemento capaz de interferir nos estados de saúde/doença. Analiso como diversas formas de cuidado são articuladas nesta instituição em meio a disputas mais amplas que ora buscam separar, ora unir medicina e religião na construção de uma *retórica terapêutica* contemporânea na qual a dimensão emocional se torna passível de ser apresentada tanto a partir de um viés “religioso/espiritual” quanto “científico/terapêutico”. Neste processo, o enfoque nas emoções também atualiza o arcabouço terapêutico do espiritismo, deslocando suas práticas de um polo considerado essencialmente “religioso/doutrinário” para outro que se pretende mais “secular/terapêutico”. **Palavras-chave:** emoções, cancer, terapias espirituais, espiritismo

Introdução

Ao pesquisar pessoas vivendo com câncer a partir de diferentes contextos tais como hospitais, grupos de ajuda mútua e instituição terapêutico-religiosa, pude observar as construções narrativas engendradas nas relações entre médicos, terapeutas, religiosos e pacientes e como nelas

emergia regularmente a menção direta às emoções como fatores que poderiam não apenas comprometer o tratamento da doença como também desencadeá-la.

Nos dois grupos de ajuda mútua voltados para mulheres mastectomizadas que investiguei (Aureliano, 2006), ambos coordenados por profissionais de saúde, a questão emocional relacionada ao câncer

aparecia especialmente como forma de “introjetar” nas pacientes uma atitude positiva para o enfrentamento da doença com tranquilidade, esperança e confiança no tratamento. As pacientes mais antigas e, principalmente, as coordenadoras desses grupos afirmavam que “ficar triste, deprimida, chorando pelos cantos” não ajudaria em nada. Ao contrário, essa atitude poderia “prejudicar o tratamento” já que “o estresse, a depressão afetam nosso organismo”, de modo que o corpo poderia “não responder bem ao tratamento quando estamos pra baixo, desanimadas”.

Ouvi ainda nesses grupos, mas com menor ênfase, menções aos estados emocionais como fatores que poderiam favorecer o desenvolvimento da doença. Em uma ocasião, a coordenadora de um dos grupos, que era mastologista, respondia a questão feita por uma paciente sobre os motivos que poderiam tê-la levado a desenvolver um câncer, pois ela afirmava ter uma vida saudável, não fumava, não bebia, fazia atividades físicas e não tinha nenhum parente na família com essa doença. A médica disse, então, que “algumas pesquisas dizem que o câncer pode estar relacionado a questões emocionais que trouxeram muito sofrimento, como mortes na família, perdas...”. Antes que ela terminasse sua frase a paciente disse “ah doutora, deve ser isso mesmo! Eu perdi meu marido faz cinco anos, sofri muito, foi muito difícil.” Em outro grupo, após a morte de uma paciente a coordenadora disse às demais mulheres, bastante abaladas com o falecimento da colega, que o que agravou seu estado de saúde foi a tristeza pela qual ela vinha passando com o abandono do companheiro após o câncer, de modo que ela não estaria “tão ruim por causa da doença exatamente, mas sim por causa da tristeza”.

Não explorei devidamente esses discursos envolvendo câncer e emoções na pesquisa com mulheres mastectomizadas,

mas essa relação se impôs anos mais tarde na etnografia desenvolvida em um centro de tratamento para pessoas com câncer vinculado a uma instituição espírita, localizado na cidade de Florianópolis (SC), o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer [CAPC¹] (Aureliano, 2011). Ao iniciar o trabalho de campo, imaginei que tipo de contraste poderia observar entre as perspectivas biomédicas sobre o câncer, especialmente aquelas ligadas à genética e estilos de vida, e as que possivelmente eu encontraria nesse espaço de tratamento ligado ao espiritismo. Ao contrário do que eu supunha, não encontrei no CAPC formas de significação da doença que fossem fortemente marcadas por uma das noções chaves desse universo religioso, a ideia do carma², mas antes modelos

¹ Nas referências à instituição utilizarei a sigla CAPC ou a palavra Centro, com maiúscula.

² O espiritismo está ancorado em alguns postulados básicos que formam o cerne desse sistema religioso-filosófico que não detalharei neste artigo, mas que merecem ser mencionados rapidamente. A crença na imortalidade e na evolução do espírito são as premissas básicas da doutrina. De acordo com Allan Kardec, reconhecido como o codificador da doutrina espírita, 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 consequente 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 (o carma). Além da reencarnação e do karma, 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. Aqueles capazes de desenvolver plenamente essa habilidade de comunicação são chamados de médiuns e se subdividem em diversas categorias. 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

morais-etiológicos que estavam informados por uma categoria que formava zonas de contato entre biomedicina, religião e as medicinas ditas “complementares” para a compreensão das doenças: as emoções.

Neste artigo discuto as interfaces contemporâneas construídas entre sistemas terapêuticos³ distintos tomando como ponto de contato entre eles a ênfase colocada nas emoções como elemento capaz de interferir nos estados de saúde/doença. Analiso como diversas formas de cuidado são articuladas nesta instituição em meio a disputas mais amplas que ora buscam separar, ora unir medicina e religião na construção de uma *retórica terapêutica* contemporânea na qual a dimensão emocional se torna passível de ser apresentada tanto a partir de um viés “religioso/espiritual” quanto “científico-/terapêutico”. Neste processo, o enfoque nas emoções também atualiza o arcabouço terapêutico do espiritismo, deslocando suas práticas de um polo considerado essencialmente “religioso/doutrinário” para outro que se pretende mais “secular/terapêutico”.

O artigo está dividido em quatro partes. Na primeira apresento o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC), instituição na qual foi realizada a pesquisa etnográfica, destacando a heterogeneidade dos sujeitos e práticas terapêuticas que a caracterizam. Na segunda parte, faço uma breve análise de alguns trabalhos no campo da saúde e da religião que tratam das interfaces entre emoções e saúde para

“fora da caridade não há salvação”.

³ O que chamo aqui de *sistema terapêutico* deve ser compreendido como um conjunto variado de práticas 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. Deste modo, as religiões também podem ser analisadas como sistemas terapêuticos não em função de práticas específicas e intencionais definidas como terapias, mas a partir do modo como os sujeitos as utilizam na busca por conforto e alívio para o sofrimento.

em seguida apresentar algumas das práticas realizadas no CAPC que tem como foco essa relação. Por fim, também analiso a centralidade das emoções nesse cenário como elemento fortalecedor do engajamento dos sujeitos com o CAPC. No entanto, argumento que nem sempre a adesão aos tratamentos e à instituição pode ser compreendida em termos de uma conversão religiosa, mas sim como uma forma daquilo que chamei de uma *conversão terapêutica*.

O Centro de Apoio ao Paciente com Câncer

O CAPC está localizado na parte insular de Florianópolis e está vinculado ao Núcleo Espírita Nossa Lar (NENL) cuja sede está na cidade de São José, a nove quilômetros da capital. No CAPC são atendidas apenas pessoas com câncer, doenças degenerativas e autoimunes, e no NENL são tratados outros tipos de doenças físicas e o que eles denominam “doenças da alma” que seriam depressão, ansiedade, pânico, e outras perturbações reconhecidas como “mentais”. O tratamento oferecido no CAPC é gratuito e consiste na aplicação de terapias complementares, realização de grupos psico-terapêuticos e na cirurgia espiritual. O Centro dispõe de 57 leitos para internação que é realizada no modelo hospital-dia, no qual o paciente vem ao Centro durante o dia receber as terapias e retorna para casa no início da noite. Apenas nas sextas-feiras os pacientes pernoitavam na instituição para serem submetidos à cirurgia espiritual.

O ambiente físico do CAPC é semelhante a um hospital ou clínica. O Centro dispõe de uma sala para atendimentos de urgência, uma espécie de “mini-UTI”, e de uma ambulância, elementos que reforçam sua identificação como uma instituição terapêutica capaz de cuidar de pacientes com enfermidades graves. Embora a dimensão religiosa esteja muito presente nos serviços de atenção à saúde ali desenvolvidos, uma forte

conexão com pressupostos biomédicos e científicos pode ser observada na disposição física do Centro (divisão em enfermaria, 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) e na forma como as cirurgias espirituais são realizadas (em macas, com uso de iodo, gazes, bisturis de fio cego, curativos, emissão de atestados e orientações pós-cirúrgicas).

Na época desta pesquisa, trabalhavam no CAPC cerca de duzentos voluntários. Apenas as equipes de enfermagem, da cozinha e limpeza eram remuneradas. A maioria dos voluntários eram pessoas sem formação na área de saúde, porém havia entre eles médicos, homeopatas, nutricionista, bioquímicos e terapeutas diversos que atuavam tanto dentro de suas especialidades quanto na aplicação das terapias e práticas mediúnicas da casa⁴. Entre aqueles que realizavam a cirurgia espiritual encontravam-se alguns médicos. Por outro lado nem todos os médicos que atuavam como voluntários na instituição se reconheciam como espirítas, embora compartilhassem de uma visão de saúde que incluía a dimensão da espiritualidade nos processos de cura.

A questão do pertencimento religioso diversificado também se apresentava entre os demais voluntários do CAPC. Embora boa parte se identificasse como espirita, havia um número importante deles que se autodenominavam

católicos ou “espiritualistas”. Esta última definição era considerada uma forma de pertencimento mais abrangente e difusa afastada do que era reconhecido por alguns deles como uma ortodoxia do movimento espírita representado, especialmente, pela Federação Espírita Brasileira (FEB) na sua regulação sobre as práticas de cura espirítas. Por sua atuação terapêutica, nem o NENL e, consequentemente, nem o CAPC, são filiados a FEB (discutirei melhor esse ponto adiante)⁵. Por outro lado, as duas instituições eram reconhecidas como instituição de utilidade pública municipal, estadual e federal por sua atuação terapêutica assistencial nas cidades de São José e Florianópolis, o que reforçava o reconhecimento social e político de ambas como instituições terapêuticas e não apenas religiosas.

Também encontrei ali voluntários que se denominaram umbandistas, budista, além de pessoas sem religião definida. Esse é um dado importante quando sabemos que a maioria dos voluntários do CAPC é formada por ex-pacientes da instituição ou do NENL. No entanto, ali a adesão à instituição não representaria necessariamente uma adesão ao espiritismo enquanto religião, mas sim a adoção de elementos desse sistema religioso na composição daquilo que Duarte (2005) nomeou de *ethos* religioso privado, ou seja, a construção de disposição ética ou comportamental associada a um universo religioso, mas que teria certa autonomia em relação a instituições religiosas.

Adoto o termo de Duarte aqui, pois, embora o voluntariado no CAPC signifique a adesão a uma instituição que cunho religioso isso não significa, neste contexto etnográfico, a adesão a uma religião específica. Deste modo, não era exigido dos voluntários que eles adotassem o espiritismo como religião, mas sim que

⁴ O total de voluntários vinculados ao NENL e CAPC é de cerca de 800 pessoas, segundo informações do presidente das duas instituições. O NENL concentra a maior parte desses voluntários por realizar cerca de dois mil atendimentos semanalmente (pacientes, acompanhantes, ligações telefônicas/internet, atendimento espiritual à distância e o público usual que busca a casa para ouvir palestras e tomar passes).

⁵ Para uma discussão sobre o papel da FEB na regulação das práticas de cura espirítas ver Giumbelli (1997).

eles se engajassem nas práticas da instituição, especialmente nos cursos de capacitação oferecidos pela escola de médiuns que na época da minha pesquisa estava em vias de ser transformada na Universidade Espírita Nossa Lar.

Compreende-se essa separação quando consideramos o modo como a própria instituição CAPC é apresentada e legitimada socialmente. Aos pacientes era sempre dito que o Centro não era um espaço para doutrinação espírita, que ali ninguém seria doutrinado e que aqueles que queriam desenvolver sua mediunidade ou conhecer mais a fundo o espiritismo deveriam buscar as palestras e orientações do NENL, pois o CAPC seria um local para tratamento do câncer e outras doenças crônicas. Havia uma ênfase em apresentar a instituição como um lugar que oferecia sim um tratamento espiritual, mas com amparo de profissionais de saúde e aplicação de terapias com eficácia terapêutica analisada através de pesquisas científicas na área da medicina complementar.

Os termos “medicina complementar” e “terapias complementares” eram os utilizados para apresentar os tratamentos da casa, evitando-se e mesmo criticando-se abertamente os termos “medicina alternativa” e “terapias alternativas”, pois o tratamento do CAPC não deveria ser tomado como alternativa à biomedicina, mas como complemento a ela. Agindo desta forma, a instituição resguardava-se de possíveis investidas contra suas práticas. Uma das formas de controlar o modo como os pacientes estavam utilizando os tratamentos da casa era solicitar regularmente exames médicos que comprovassem seu acompanhamento por um profissional biomédico⁶.

⁶ Obviamente que essa exigência por si só não garantia que os pacientes estivessem sendo submetidos a tratamentos biomédicos. O uso do termo complementar aqui deve ser visto como posicionamento da instituição dentro de um campo político de forças no qual inegavelmente a biomedicina tem exercido um poder hegemônico,

Os pacientes que buscavam o CAPC também apresentavam pertencimento religioso diversificado, a maioria definindo-se como católica. Vinham de estratos sociais diferentes, com número expressivo de pessoas das classes médias e com formações profissionais distintas: de pescadores e agricultores a empresários e professores universitários. Além disso, encontrava-se em estágios diversos da doença: daqueles fora de possibilidade terapêutica (os considerados terminais) a pessoas recém-diagnosticadas, outras que já haviam passado por todos os tratamentos biomédicos e se consideravam curadas e ainda aquelas que estavam concomitantemente realizando tratamentos como quimioterapia e radioterapia e também utilizavam o tratamento espiritual na busca da cura. Podemos dizer, assim, que o itinerário terapêutico da maioria dos pacientes do CAPC era marcado por uma justaposição de linhas percorridas simultaneamente, e não pela sobreposição de pontos percorridos linearmente.

Ao adentrar o CAPC, a pessoa com câncer se deparava com um leque variado de abordagens e ações para pensar saúde, doença e cura: do recurso à fé e às orações, passando por técnicas psicoterapêuticas, meditação, utilização de medicamentos como fitoterapia, homeopatia e florais, massagens, encontros em grupo onde podiam expor suas impressões sobre a doença e trocar experiências, palestras, cirurgias espirituais. Comum ao tratamento como um todo estava a abordagem das emoções, elemento capaz de articular a um só tempo disposições espiritualistas/religiosas e terapêuticas/científicas para pensar as doenças, funcionando como elo entre sistemas terapêuticos distintos na composição de significados para o enfrentamento da doença e seu tratamento.

porém não exclusivo, no cuidado com a saúde.

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 nos quais 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 que, em geral, experimentaria algum nível de estresse na atualidade, sobretudo quem vive nas grandes cidades. Para o repórter que conduziu a matéria haveria “um corredor estreito entre as dores da alma e as dores do corpo” e estas seriam uma forma de alerta, de aviso para que algo seja mudado na vida do sujeito. 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.

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 biomédicas a percepção de que os sentimentos afetam a saúde do corpo.

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. Dois nomes são sempre citados como pioneiros e divulgadores

dessas pesquisas no século XX: o psicólogo Lawrence LeShan e o radiologista Carl Simonton, ambos norte-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” (1992), LeShan apresenta estudos de caso com pacientes com câncer para mostrar como os estados afetivos e emocionais deles poderia ter contribuído para seu adoecimento e como podem ser revertidos para colaborar com sua cura, ou pelo menos com o alívio de seus sofrimentos. Segundo o autor, “descobrimos que o sistema imunológico é fortemente afetado pelos sentimentos e que determinados tipos de atitude psicológica pode influenciar positivamente nosso sistema de defesa” (1992, p.14). Em suas análises LeShan teria identificado um perfil para o paciente com câncer. Esses pacientes são caracterizados (e ele seleciona casos que ilustram suas hipóteses) como pessoas que viviam conforme normas e convenções sociais que as afastaram do seu propósito de vida e apresentavam, quase sempre, frustrações, perdas e insatisfações no 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, p. 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.

Simonton segue a mesma linha de LeShan ao relacionar o câncer e as emoções e afirmar que os sentimentos têm influência sobre o sistema imunológico e, consequentemente, sobre o modo como os pacientes participam da sua saúde. O radiologista 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” (1987, p.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” (idem, p. 105). Deste modo, “se você participou do aparecimento do seu câncer, também poderá participar da sua recuperação” (idem, p. 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*” (idem, p. 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, p.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, p. 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 sua participação 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.

Susan Sontag (1984) foi uma das principais críticas dos modelos apresentados por Simonton e LeShan e por diversos outros psicólogos e médicos que associaram o câncer e as emoções. Para Sontag, ela própria paciente de câncer, praticamente todas as pessoas passam por estresses e perdas, muitas pessoas estão insatisfeitas com suas vidas 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, p. 66, grifos no original). Sontag considerou a predileção por explicações psicológicas para as doenças, e para tudo mais, como algo típico da era moderna e das sociedades de consumo. Segundo 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" (ídem, p. 71).

Para a autora devemos encarar as doenças de forma objetiva, sem considerá-las metáforas e destituindo-as de todo e qualquer simbolismo. Entretanto, 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. Por um lado foi valorizada 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 consequente estigmatização moral dos doentes que aparece implícita (ou explícita) nas pesquisas de profissionais como LeShan e Simonton.

Apesar das críticas, uma "psicogênese do câncer" (e outras doenças) não deixou de se desenvolver. Hoje existe uma área biomédica conhecida como psiconeuroimunologia (também chamada de

psiconeuroendocrinologia) que investiga a influência das emoções e dos sentimentos sobre o sistema imunológico e, consequentemente, sobre os estados de saúde e doença. Do mesmo modo, correntes das chamadas terapias alternativas e complementares enfatizam 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, nas quais 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. Csordas observa em seu estudo a articulação de elementos oriundos da psicologia e da psicanálise nas formas de cura dessa corrente religiosa. Um ponto que chama atenção em sua análise é o fato de que muitos curadores católicos são também profissionais com formação em psicologia ou outra modalidade terapêutica. Para ele este fato complexifica a relação entre os católicos pentecostais e o sistema de saúde maior e coloca para os curadores carismáticos o problema de como conciliar ciência e religião na prática. Neste sentido, Csordas propõe analisar doença e sagrado como categorias pertencentes ao mesmo nível fenomenológico. Para os católicos pentecostais os rituais de cura podem ser ao mesmo tempo vistos como formas de etnopsiquiatria e ritos de passagem⁷.

⁷ A relação entre religião e psicologia/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

Já Champion (1990, p. 27) chama de “sincretismo psicoreligioso” a união de elementos provenientes de certos valores morais religiosos combinados com a científicidade de práticas psicológicas e técnicas psicoterapêuticas, o que seria largamente observado nos grupos e espaços dedicados às formas terapêutico-espirituais da Nova Era (ou, como a autora prefere nomear, da *nebulosa mística-esotérica*) que conferem grande valor a dimensão emocional nos processos de cura. 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 meu contexto etnográfico em um centro de tratamento espírita, as abordagens sobre as emoções apareciam ali algumas vezes como meio de tratar de questões próprias 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, abordagens provenientes de certas correntes psicomédicas e alternativas/complementares era articuladas ao arcabouço teórico-moral do espiritismo formando uma composição retórica para falar de saúde, doença e cura na qual as emoções apareciam como elemento privilegiado.

Ao lado das explicações genéticas e daquelas voltadas para a análise dos estilos de vida, as emoções emergiam como “fator de risco” para a etiologia do câncer, se transformando em elo importante entre modelos leigos e especializados para pensar a doença e responder por que as pessoas têm câncer mesmo quando não têm uma disposição genética nem “hábitos de risco” (má alimentação, vícios, etc.) e

de Psicanálise.

até mesmo quando possuem todos esses possíveis antecedentes biológicos e comportamentais.

As Emoções e o Tratamento Espiritual

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 sobre as emoções que envolvem os personagens que compõe a cena: a vítima a ser apedrejada, os apedrejadores e Jesus. Para ela:

Muitas vezes nós estamos 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 das posições que podemos “escolher” ocupar na vida. “Mas o que isso tem a ver com o câncer?”, a palestrante perguntou em um dado momento. Daí em diante encaminhou sua fala para tratar do modo como as emoções e a maneira como “a gente observa a vida” podem afetar nossa saúde e influenciar o processo de cura. Segundo ela, “nossa 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 os livros de Simonton e LeShan aqui citados, além da obra “A Doença como Caminho”, de Rudiger Dahlke (médico) e Thorwald Dethlefsen (psicólogo), conhecido *best seller* de autoajuda publicado nos anos 1990 no qual os autores associam as emoções não apenas ao surgimento do câncer, mas a toda e qualquer doença e até aos acidentes.

Essa literatura era lida por outros voluntários do CAPC, especialmente os profissionais de saúde, e indicada aos pacientes em alguns momentos. O livro “A Doença como Caminho”, por exemplo, era indicado aos pacientes por uma médica que proferia uma palestra para eles no primeiro dia de tratamento no CAPC. Esta médica mencionava ainda a psiconeuroimunologia como ramo da medicina que pesquisa a relação entre emoções e sistema imunológico, explicando aos pacientes que as emoções eram inerentes à condição humana e que não causariam doenças, mas que elas agiriam sobre o sistema imunológico “alterando nosso sistema natural de defesa” e, consequentemente, permitindo o surgimento de doenças. Deste modo, ela recomendava, deveríamos estar sempre atentos aos modos como lidamos com nossas emoções, sem negar aquelas consideradas negativas (especialmente medo e raiva/ira). Em sua fala, seria apenas reconhecendo tais sentimentos que poderíamos agir sobre eles de forma a evitar adoecimentos no corpo físico já que, segundo ela, as doenças surgiriam primeiramente nos nossos corpos mentais, emocionais e espirituais, para depois serem

materializadas no corpo físico.

Esse é um modelo argumentativo presente em algumas abordagens psicoterapêuticas para tratar a questão do controle emocional, valor tão presente nas sociedades modernas ocidentais e marcado por ambiguidades com analisou Lutz (1988). Em seu trabalho, a autora nos mostra que nas culturas ocidentais as emoções estão geralmente relacionadas à irracionalidade, à fraqueza e às mulheres. Por outro lado elas podem ser transformadas em um valor positivo no momento em que “a centralidade do afeto para a moralidade deriva do papel dos sentimentos em apontar para o verdadeiro *self*” (1988, p.77). Assim, os sentimentos podem ser vistos como a expressão do que é verdadeiramente humano, puro e natural e não sentir, não ter emoções significaria frieza e desumanidade. Neste sentido, nossa aprendizagem sobre a expressão emocional caminha entre polos oposto: 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.

Discursos contemporâneos sobre o controle emocional não estariam mais sendo pautados na negação de emoções socialmente tidas como “negativas”, mas no seu reconhecimento para posterior ação sobre elas, num constante processo de aprendizado no qual ao mesmo tempo em que se deve reconhecer a “naturalidade das emoções” (vistas como instintivas, naturais, resultado de processos biológicos), propõe-se sua racionalização, pois é preciso saber sentir.

Mais tarde, no mesmo dia da palestra realizada pela médica, alguns pacientes eram selecionados para participar de uma Roda de Florais, coordenada por duas terapeutas de Florais de Bach. Os florais são extratos de flores desenvolvidos pelo médico inglês Edward Bach no início do século XX e tem como propósito

terapêutico agir sobre os estados emocionais dos pacientes (Bach, 2006). Segundo Bach, os problemas de saúde teriam sua origem na mente e nos sentimentos reprimidos que emergem gerando conflitos mentais e, posteriormente, doenças físicas. Para ele, o medicamento deve atuar sobre as causas e não sobre os efeitos da doença, corrigindo o desequilíbrio emocional no campo energético. Suas 38 essências de flores são produzidas exclusivamente na Inglaterra no The Bach Center. Cada essência corresponde a um estado emocional.

Normalmente, as pessoas selecionadas para Roda de Florais eram aquelas que se mostravam muito emotivas durante uma roda anterior, realizada na chegada dos pacientes ao CAPC, chamada de Roda de Apresentações. Nesta roda os pacientes eram convidados a falar seu nome e expressar brevemente e em poucas palavras seus sentimentos naquele momento com relação a sua experiência com a doença. Os pacientes que choravam ou falavam abertamente que estavam desmotivados ou desesperados diante do diagnóstico do câncer e do seu tratamento eram, então, selecionados para Roda de Florais na qual novamente eram instados a se apresentar e falar sobre seus sentimentos, dizer que emoções estavam sentindo naquele momento e o que lhes afligia.

Com base nessas anotações e na conversa desenvolvida na roda, que envolvia uma explicação sobre a terapia de florais e aconselhamentos de ordem psicoemocional, e por vezes 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 que, segundo elas, teriam “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 pelas terapeutas era 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 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 citações a Jesus. Sentimentos como raiva, tristeza, mágoa, perdão e culpa podiam ser tratados tanto a partir da ótica da psicossomática quanto do cristianismo e de preceitos do espiritismo, como a reforma íntima, embora sem referência direta à doutrina espírita. O floral era apresentado como “uma ferramenta” de ajuda para o autoconhecimento, requisito necessário ao bom manejo dos estados emocionais e, consequentemente, da saúde física. A fé na cura também aparecia como elemento importante para potencializar não apenas o efeito dos florais, mas de qualquer medicação, mesmo as alopáticas.

Particularmente interessante era outra roda que acontecia no dia da cirurgia espiritual, às sextas-feiras: a Roda de Conversa. Essa roda era conduzida por pessoas com formação em abordagens psicoterapêuticas, que consideram fortemente os aspectos emocionais e espirituais nos eventos de saúde e doença e valorizam a busca do autoconhecimento

como elemento importante no processo de cura, algo muito próximo do sincretismo psicoreligioso apontado por Champion (1990).

Nesta roda, os pacientes não eram censurados por expressar sentimentos de raiva, medo, angustia ou tristeza como acontecia no meu contexto anterior de pesquisa nos grupos de ajuda mútua para mulheres mastectomizadas nos quais tais sentimentos eram sempre considerados negativos e inúteis ao processo de cura. Aqui os pacientes eram incentivados a reconhecer tais sentimentos e encarar suas fragilidades emocionais que deveriam ser expressas, pois seria apenas através desse reconhecimento que tais emoções e sentimentos considerados “negativos” poderiam ser modificados e transformados.

A busca do autoconhecimento passaria, assim, pelo reconhecimento de formas e padrões emocionais socialmente condenados, mas que de fato seriam vividos pelas pessoas na sua condição humana. Ocultar essas emoções seria porta aberta para as doenças, reconhecê-las seria o primeiro passo para modificá-las, alcançar um equilíbrio emocional e, consequentemente, gozar de estados mais prolongados de saúde e realização pessoal (reforçava-se aqui a abordagem iniciada pela médica no primeiro dia de internação). Saber das suas emoções seria saber quem se é de fato, considerando, assim, as emoções como expressão de autenticidade do eu.

Apesar de um pano de fundo comum, muito pautado em abordagens psicoterapêuticas que eram trazidas por médicos e terapeutas voluntários da instituição, não poderia dizer que a abordagem relacionando saúde-doença-emoções no CAPC revelava um consenso absoluto. No decorrer da pesquisa me deparei com uma série de textos publicados no site da instituição de autoria do irmão Y, pseudônimo de um dos mentores espirituais da casa, o espírito de

um médico conhecido por Irmão Savas, nos quais se podia vislumbrar algo comum com discurso que geralmente eu observava no CAPC sobre as emoções. Porém, em alguns trechos dessas mensagens o mentor recomendava enfaticamente que não se deveria nunca expressar as emoções negativas, algo que ia de encontro às orientações de outras voluntárias do Centro. Suas mensagens também tinham uma linguagem mais religiosa que psicológica. Em um dos artigos podíamos ler:

Na realidade, a melhor forma para controlar nossas emoções negativas é aprender a não expressá-las. Quando tivermos aprendido a não expressar nossas emoções negativas poderemos avançar um passo a mais nessa árdua jornada espiritual (...) 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. 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. (...) Nossas emoções negativas, todas elas, sejam violentas ou de depressão e, geralmente, a maior parte de nosso sofrimento mental não tem a mesma natureza. Essas emoções não são naturais e nosso organismo não tem um centro real e verdadeiro para elas (extraído do site www.nenossolar.com.br, acesso em 23/07/2009, grifo no original).

Quando questionei as voluntárias que conduziam uma das rodas sobre o teor dessas mensagens ela me explicou que, embora pudessem parecer contraditórias, elas na verdade queriam dizer que não devemos dar expressão a sentimentos negativos no sentido de não levar sentimentos de raiva e ódio às últimas consequências:

É diferente você sentir raiva de alguém e expressar isso agredindo a pessoa, seja fisicamente ou verbalmente. Mas você pode reconhecer que esta com raiva daquela pessoa, magoada com ela e dizer isso abertamente, mas sem partir para explosão dos sentimentos, entende? Eu penso que foi o isso o que o Irmão Savas quis dizer com não expressar as emoções negativas.

Para outra:

Há duas correntes de pensamento neste sentido, uma diz que você não deve expressar nunca as emoções negativas, nunca sentir raiva, nunca sentir medo, ser sempre positivo, ser bom, alcançar a bondade plena. E há outra que diz 'não, vamos reconhecer que somos metade bons e metade não tão bons, que temos luz e sombra, amor e ódio' e dessa forma, reconhecendo nosso lado ruim podemos caminhar na direção do lado bom, mas sem negar que temos sim momentos de raiva, de medo e acessando essas emoções para poder mudá-las. É nessa linha que eu trabalho.

Quanto aos pacientes, muitos aceitavam os modelos explicativos que associavam o câncer e as emoções e alguns chegavam a afirmar "agora eu sei como fiz essa doença em mim". A relação entre eventos traumáticos como perdas e separações e o câncer fazia sentido para muitos pacientes, pois esses são eventos comuns na vida de muitas pessoas que consideram ter práticas saudáveis e nenhum hábito de risco que pudesse vir a ocasionar um câncer. Uma pessoa que fuma encontra facilmente a explicação para seu tumor no pulmão, no entanto, outra com o mesmo diagnóstico, mas que não fuma e não tem nenhum histórico de câncer na família, poderá encontrar apenas na relação emoções-câncer uma interpretação coerente para explicar sua doença.

Neste sentido, o que me chamou a atenção entre alguns pacientes atendidos

no CAPC foi o modo como as emoções eram acionadas por pessoas que tinham indícios de terem desenvolvido câncer a partir de uma predisposição hereditária e que, no entanto, colocavam essa possibilidade como remota ou apenas como um dos possíveis fatores capazes de desencadear a doença, mantendo o foco principal no modo como elas estavam "emocionalmente" situadas no mundo. Enquanto o aspecto biológico, a genética, se torna para muitas pessoas com câncer o fio condutor explicativo que dá sentido ao surgimento da doença em suas vidas, para alguns pacientes e voluntários que conheci no CAPC essa dimensão biológica se tornava um dos aspectos da doença, mas não podia ser encarada como seu determinante:

A genética é um fator, mas ela não é o único fator determinante, então, por exemplo, eu geneticamente teria uma propensão maior de ter um câncer por meu pai ter tido, mas isso não quer dizer pra mim que eu tive a doença porque o meu pai teve, porque eu acho que isso não é uma coisa tão linear assim, tão direta digamos assim. Tem esse componente genético, mas eu acho que na verdade ele foi se somar a outros fatores, fatores inclusive emocionais, espirituais, a gente nunca sabe essas coisas. (paciente com histórico de câncer de intestino na família)

Eu acho que a gente tem a coisa genética, mas a minha imunidade estava no meu pé mesmo, eu estava aberta e receptiva, eu estava dizendo não pra vida e um bom não pra vida é um câncer! Eu abri espaço para o câncer acontecer e não sinto culpa por isso, eu acho que foi o que eu pude fazer com o que eu sabia, foi o que deu pra fazer (paciente com histórico de Síndrome de Lynch⁸ na família).

⁸ Tipo de câncer de predisposição genético-hereditária responsável por aproximadamente 10% dos casos de câncer no intestino.

Para esses pacientes, deixar-se determinar pelos genes seria o fim de formas agenciadas em torno da vida e da construção de sua história, com ou sem a doença, numa intensa responsabilidade pela constituição de si⁹. Curiosamente, a negativa do determinismo genético era similar àquela observada com relação ao carma, termo praticamente ausente na abordagem terapêutica do CAPC pela acepção determinista que geralmente carrega no senso comum, sendo muitas vezes associado à ideia de castigo ou punição. Durante todo o trabalho de campo jamais observei a noção de karma sendo utilizada como modelo explicativo para o câncer, salvo em uma palestra no NENL na qual o conceito foi trabalhado para falar de casos nos quais a cura não ocorria independente da fé ou dos esforços do doente. No entanto, o palestrante frisou que tal situação era resultado da escolha do espírito quando de sua reencarnação sendo, portanto, consequência do livre arbítrio, mesmo que depois de encarnado o espírito não mais se recorde disso. A autonomia e a responsabilidade por seus atos são valores importantes na doutrina espírita, o que nos permite compreender como tanto o karma como a genética podem aparecer ora como fatores determinantes da condição dos sujeitos, ora podem ser flexibilizados para permitir novas possibilidades de agência diante da doença.

Emoções e Engajamento Institucional: questionamentos sobre a ideia de conversão

As emoções também apareciam no

⁹ Em comunicação pessoal a pesquisadora inglesa Sahra Gibbon disse ter observado algo semelhante entre pacientes que faziam testagem genética para o câncer em um hospital de Porto Alegre. Segundo ela, pacientes com histórico de câncer de mama na família e que se identificaram como espíritas viam nas emoções um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença, não atribuindo o risco apenas à questão hereditária.

CAPC como elemento importante para a adesão dos pacientes ao tratamento ao provocar impactos emocionais capazes de mobilizá-los para a ação e para o engajamento ativo com o processo de cura. Muitos pacientes entrevistados, e nos depoimentos observados no Centro, mencionaram a grande emotividade que sentiram ao chegar pela primeira vez ao CAPC, uma emoção intensa que podia ser identificada como medo, ansiedade, gratidão, amor ou “algo sem explicação” que levava muitos deles a “só chorar.” O choro era algo extremamente valorizado no CAPC e os pacientes eram incentivados a não reprimir o choro que seria, nas palavras de uma médica voluntária, “a materialização das nossas emoções.”

Essa mobilização emocional era também mencionada por voluntários e pacientes como elemento motivador da sua adesão à instituição, o que não significava necessariamente uma adesão ao espiritismo, como já foi dito. Desta forma, essa adesão não poderia ser analisada aqui em termos de uma conversão religiosa, o que comumente encontramos na literatura que trata do engajamento das pessoas doentes com formas religiosas de cura, mas antes como uma forma daquilo que chamei de *conversão terapêutica*, disposição através da qual elementos religiosos/espirituais seriam ressaltados para se pensar os estados de saúde e doença sem que isso signifique a adesão total a valores e/ou grupos religiosos específicos.

Devo ressaltar que o conceito de *conversão terapêutica* deve ser relacionado àquelas pessoas que frequentavam regularmente o CAPC e/ou o NENL, e que incluíram a instituição em suas trajetórias, e também aos voluntários, não sendo apropriada para se referir aos pacientes que esporadicamente ou eventualmente buscaram, em algum momento de suas vidas, os tratamentos da casa.

Neste sentido, é importante desta-

car que mesmo no momento de adesão formal à instituição como voluntário, o que ocorria em um evento anual depois de um processo de formação que consistia em assistir palestras sobre a doutrina espírita durante um ano aos sábados¹⁰, a pessoa não precisava declarar-se espírita. Em 2010 acompanhei esse evento e alguns dados estatísticos sobre o perfil dos novos voluntários foram apresentados. No quesito religião, das 89 pessoas que estavam ingressando como voluntárias naquele ano 55 se declararam espíritas, 24 católicas, 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 autoidentificação dos voluntários, no entanto, não deve ser tomada como algo *stricto sensu* se lembrarmos de que o espiritismo brasileiro se constituiu em forte relação com outras religiões com as quais foram sendo construídas relações de afastamentos e/ou aproximações que permitem um trânsito mais ou menos difuso de pessoas de um espaço religioso a outro. O que ela revela é o modo heterogêneo como 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. Assim, a noção clássica de conversão, como uma mudança radical de pertencimento religioso, deve ser questionada aqui, pois ela engessaria a análise das formas de engajamento de ex-pacientes com o CAPC ao reduzi-las a uma classificação identitária que para essas pessoas não seria requisito para significarem sua relação com a insti-

¹⁰ Entre 2009 e 2010, as pessoas que tinham assistido pelo menos quatro palestras durante o ano foram autorizadas a participar do evento que formalizava a condição de voluntário. Assim, apesar da recomendação ser de uma preparação de um ano, esse tempo pode ser flexibilizado.

tuição.

A experiência emocional vivida naquele espaço era o que muitas vezes motivava uma ligação mais estreita com o Centro, mas não a introjeção de certos valores morais ou doutrinários do grupo religioso que a instituição representava (cf. Hervieu-Léger, 1990). A fala de uma voluntária, há dez anos atuando no CAPC depois de ter recebido tratamento na instituição, resume bem o que foi expresso por outros voluntários e pacientes durante a pesquisa, sobretudo, aqueles que estavam afinados com diferentes formas de atenção e cuidado (psicologia, biomedicina, tratamentos religiosos diversos, terapias alternativas):

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 (...) 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.

Sua fala nos remete ao que foi apontado por Champion (1990) sobre a valorização da emotividade nas práticas religiosas contemporâneas. Essa emotividade é percebida como algo que confere autenticidade à expressão e à vivência religiosas, porém 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. Neste sentido, penso que não haveria aqui uma diferença tão radical entre uma “austeridade emocional” presente na prática da doutrina espírita com a ideia da “fé

raciocinada” (Madureira, 2010), e a valorização da emotividade como meio de acesso ao mundo espiritual, tão comum no universo da Nova Era. Em ambos podemos observar modelos de pacificação e domínio das emoções, a diferença está no modo como fazê-lo: uma mais racionalizada e pautada na leitura e no estudo, e outra mais focada na experiência, no disciplinamento corporal e no autoconhecimento.

Em uma revisão sobre os estudos antropológicos sobre as emoções, Rezende e Coelho (2010) exploraram a tensão que diz respeito à retórica sobre o controle emocional, tão presente no contemporâneo e que ilumina elementos da retórica terapêutica observada no CAPC. As autoras mostram como, embora esse controle possa ser visto como meio de “falsificar” a expressão emocional “autêntica”, ele também é valorizado como elemento capaz de promover o conhecimento de si, premissa apresentada em certos contextos como forma de alcançar “equilíbrio emocional” e harmonia no sujeito autocontrolado. Remetendo ao trabalho de Nobert Elias sobre o processo civilizatório, as autoras analisam ainda como esse controle emocional de si também diz respeito ao controle do outro. Neste sentido, observamos uma constante racionalização e psicologização dos comportamentos que nos conduz a regulação das expressões emocionais, tornando patológicas as formas não prescritas nesses modelos.

Em confluência com essa dinâmica geral de valorização das emoções no ocidente moderno, centrada no prazer, no controle e na autenticidade, Lewgoy (2011) aponta para um crescente deslocamento dentro do espiritismo de uma visão mais sacrificial e dolorosa para outra pautada no bem-estar e na felicidade, mesmo entre os espíritas mais afinados com as propostas doutrinárias da FEB, entre os 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, consequentemente, sobre as formas de pertencimento e vivência do espiritismo entre seus membros.

Neste sentido, a principal restrição das pessoas que não se identificavam como espíritas e ainda assim se tornaram voluntárias do CAPC dizia respeito justamente à noção do carma, tida como “determinista” e às vezes associada às ideias de culpa e castigo no senso comum, algo que estaria em desacordo com perspectivas terapêuticas pautadas no empoderamento dos sujeitos no seu processo de cura e na produção da autonomia individual, elemento estruturante dos valores das sociedades modernas como já analisado por Duarte (2005).

Considerações Finais

Para finalizar, desejo mencionar certo deslocamento observado no CAPC, mas que se expressa também em outros contextos espíritas, acionado pela adoção de formas terapêuticas diversas que teriam nas emoções um ponto de articulação entre discursos médicos e terapêuticos considerados laicos na legitimação de suas práticas de cura.

Como foi dito mais acima, o NENL e o CAPC não estavam vinculados à FEB, pois suas práticas de cura estariam em desacordo com as normas estabelecidas por esse órgão para a terapêutica espiritual. 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

desenvolvido¹¹. Na primeira metade do século XX isso significou o distanciamento gradativo do receituário mediúnico e a exclusão/negação das entidades relacionadas à umbanda, como demonstrou Giumbelli (1997). Hoje, a restrição terapêutica imposta aos centros ligados à FEB se lança sobre algumas práticas das chamadas terapias alternativas e complementares.

D'Andrea (2000, p. 126) cita um evento ocorrido em um centro espírita da zona sul do Rio de Janeiro em meados dos anos 1990 que, depois de seis anos fazendo uso da cromoterapia 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 teria a ver com a doutrina codificada por Kardec.

Este acontecimento não deve ser visto como um caso isolado, mas como um evento sintomático, entre outros, 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 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 e reafirmando sua autoridade enquanto órgão representativo do movimento espírita brasileiro.

Ao falar sobre o fato do NENL/CAPC não estar filiado à Federação Espírita Catarinense e, consequentemente, à FEB, o presidente do CAPC afirmou que:

O nosso órgão, a quem a gente presta esclarecimento, é a AME-Brasil¹². 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 Nossa 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 têm, 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.

Assim, o órgão que cumpriria (informalmente) a função de “supervisionar” os trabalhos terapêuticos do CAPC seria a AME-SC, tornando assim desnecessário qualquer reconhecimento por parte de federações espíritas já que se considerava que, enquanto médicos e espíritas¹³, os membros da AME gozavam de um conhecimento mais especializado

¹² A Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil) foi oficialmente fundada em 1995, sendo, no entanto, um desdobramento da primeira associação de médicos espíritas criada em São Paulo em 1968. Até meados de 2012 havia aproximadamente 48 AMEs espalhadas por vários estados e cidades brasileiras (www.amebrasil.org.br, acesso em 25 de setembro de 2012).

¹³ No entanto, como dito mais acima, nem todos os médicos do NENL/CAPC se denominavam espíritas no sentido de pertencimento religioso.

¹¹ Ver, por exemplo, o texto “Organização e funcionamento da reunião mediúnica espírita”, publicado pela FEB. Disponível em <http://www.fergs.org.br/portal/blog/2010/11/18/organizacao-e-funcionamento-das-reunioes-mediunicas>. (acessado em 25/01/2011).

das questões médico-científica-espirituais.

Aliado à autoridade dos médicos estava o argumento de que algumas das práticas terapêuticas oferecidas no CAPC tinham o reconhecimento de organismos de saúde internacionais, como a própria Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴ e que as terapias da casa eram testadas e supervisionadas por profissionais “com conhecimento e treinamento específicos”. Na Roda de Florais, por exemplo, esse reconhecimento era valorizado na apresentação da terapia aos pacientes.

Como observou Tavares (1999, 2003), a valorização da dimensão terapêutica envolvida nas manifestações espiritualistas-culturais do movimento da Nova Era se tornou central para legitimá-las, deslocando as terapias alternativas/complementares do “caldo geral da nebulosa alternativa” (Tavares, 2003) para defini-las como práticas que guardam uma eficácia intrínseca, 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 no âmbito da psicologia ao longo dos anos 90, a autora 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” (idem, p. 98-9).

Ao se profissionalizarem e, com isso, produzirem espaços de reconhecimento formalizados, tais práticas e seus praticantes emprestam àqueles que delas se utilizam em espaços religiosos os argumentos da eficácia terapêutica que trazem legitimidade sociopolítica para uma atuação no cuidado com a saúde. No CAPC, um discurso envolvendo a validade científica de suas práticas era acionado em diferentes frentes e tinha nas emoções um ponto articulador importante para falar de saúde, doença e cura: da referência à psiconeuroimunologia e à psicosomática, retiradas dos domínios da biomedicina e da psicologia, até a utilização de formas psicoterapêuticas diversas, passando pelos Florais de Bach que de certa forma eram tomados como uma forma “materializada” de tratamento para as emoções.

Neste sentido, podemos dizer que a adoção no CAPC de discursos e práticas terapêuticas distintas que consideravam as emoções nos processos de cura promovia um deslocamento das suas atividades de um polo tido como mais “religioso/doutrinário” para outro que se pretendia mais “secular/terapêutico”, e que os aproximaria de formas terapêuticas que expressam valores fundantes das sociedades urbanas modernas, tais como a expressão da individualidade, o cuidado de

¹⁴ Desde meados dos anos 1960 a OMS reconhece algumas práticas das chamadas medicinas tradicionais presentes em diversos países, mas é apenas a partir da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que tais práticas passam a ser consideradas na atenção primária à saúde. Em 2002, a OMS lançou um documento no qual tenta fixar definições e ações para o reconhecimento e implantação das medicinas tradicionais e alternativas/complementares nos sistemas oficiais de saúde dos países signatários (WHO, 2002).

si, o subjetivismo e o naturalismo para citarmos novamente Duarte (2005) e Duarte et al. (2006).

É certo que podíamos observar ali formas sutis de doutrinação sendo apoiadas em princípios terapêuticos de certas correntes para falar de temas clássicos do espiritismo como reforma íntima e livre-arbítrio, porém utilizando-se de uma linguagem que abria mão de referências puramente religiosas para se ancorar em concepções psicoterapêuticas. Isso seria possível pelo teor moral que está de certa forma sempre presente em quaisquer abordagens terapêuticas que tenham nas emoções um ponto importante para significação das doenças e da cura. Assim, a dimensão moral das emoções nos eventos de saúde-doença era passível de ser apresentada no CAPC tanto a partir de um viés religioso, espiritual ou holístico quanto científico e terapêutico, permitindo uma plasticidade capaz de contemplar a heterogeneidade dos atores que formam sua rede de voluntários e pacientes.

Referências

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. Campina Grande (PB): Universidade Federal da Paraíba.

AURELIANO, Waleska de Araújo. 2011. *Espiritualidade, saúde e as artes da cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

BACH, Edward. 2006. *Os remédios florais do Dr. Bach*. São Paulo: Editora Pensamento.

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.

CSORDAS, Thomas. 2008. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

DAHLKE, Rudiger e DETHLEFSEN, Thorwald. 1995. *A doença como caminho*. São Paulo: Editora Cultrix Ltda.

D'ANDREA, Anthony A. F. 2000. *O Self Perfeito e a Nova Era: individualismo e reflexividade em religiosidades pós-tradicionalis*. São Paulo: Loyola.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. 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.

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.

GIUMBELLI, Emerson. 1997. *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do Espiritismo*. Ministério da Justiça, Arquivo Nacional: Rio de Janeiro.

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: renouveaux et traditions*. Paris: Editions du Centurion.

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.

LEWGOY, Bernardo. 2011. Uma Religião em Trânsito: o papel das lideranças brasileiras na formação de redes espíritas transnacionais. *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 13, n. 14, p. 93 a 117.

LUTZ, Catherine. 1988. *Emotion, Thought and Estrangement: Western Discourses on Feeling*. IN: LUTZ, Catherine. *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments in a Micronesian Atoll and their Challenge to Western Theory*. Chicago: The University of Chicago Press.

MADUREIRA, Antoinette de Brito. 2010. *Vassouras, Ciganas e Extraterrestres: médiums e emoções no campo espírita de Natal*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco.

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.

MALUF, Sônia. 2005. Mitos Coletivos e

Narrativas Pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da Nova Era. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, pp. 499 a 528.

REZENDE, Claudia Barcellos e COELHO, Maria Claudia. 2010. *Antropologia das Emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

SIMONTON, O. Carl, MATTHEWS-SIMONTON, Sthephanie e CREIGHTON, James L. 1987. *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer*. São Paulo: Summus Editorial.

SONTAG, Susan. 1984. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. 1999. Ascensão e profissionalização da terapêutica alternativa no Rio de Janeiro (anos 80-90). *PHYSIS – Rev. de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n. 2, pp. 75 a 98.

TAVARES, Fátima Regina Gomes. 2003. Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito do saber psicológico. *PHYSIS – Rev. de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n.2, pp. 83 a 104.

WHO, World Health Organization. 2002. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. [Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_edm_trm_2002.1.pdf]

Abstract: Based on research conducted in a Spiritualist institution that treats cancer patients in Florianópolis (SC), where health professionals, religious agents and non-expert people work together, this article discusses contemporary interfaces between different therapeutic systems taking as a point of contact between them the emphasis on emotions as an element capable of interfering in states of health/disease. I analyze how various forms of care are articulated in this institution amid broader disputes that sometimes separate and sometimes unite Medicine and Religion as part of a contemporary *therapeutic rhetoric* through which the emotional dimension becomes liable to be presented both from a "religious/spiritual" bias as well as a "scientific/therapeutic" bias. In this process, the focus on emotions also updates the

therapeutic framework of Spiritualism, when it transfers or dislocates their practices from a pole essentially considered "religious/doctrinal" to another one that aims to be more "secular/therapeutic." **Keywords:** emotions, cancer, spiritual therapies, spiritism