

O cuidado integral e as emoções redes sociais - democracia , solidariedade e inclusão

ALDA LACERDA[•]

MARIA BEATRIZ GUIMARÃES*

CARLA MOURA LIMA*✉

VICTOR VINCENT VALLA[•]①

I – Introdução

A importância do cuidado para a vida social e para a organização de práticas de integralidade à saúde tem sido amplamente discutida por diversos autores no campo da saúde coletiva (Pinheiro & Mattos, 2004). Embora o cuidado seja relevante em todas as classes sociais, vamos nos ater, nesse artigo, em discutir o cuidado na perspectiva das classes populares, pois o estudo dessa parcela da população vem sendo o nosso objeto de interesse em diversas pesquisas. Em algumas pesquisas realizadas (Guimarães et al, 2005) identificamos a existência de um verdadeiro impasse¹ provocado pela situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população que vive nos complexos de favelas do município do Rio de Janeiro. Os impasses da população decorrem das precárias condições de vida, da violência cotidiana em suas diversas formas, da luta pela sobrevivência, das condições insalubres de moradia, do dilaceramento das relações familiares e tem um impacto direto na saúde da população. Nesse contexto, parcelas crescentes da população vêm adoecendo e apresentando um tipo de sofrimento que transcende a dor física², que é denominado de sofrimento difuso³ (Valla, 1999). Caracteriza-se por uma sensação de um

① Pesquisadora e professora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ; doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. alda@ensp.fiocruz.br

✉ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; pesquisadora-visitante na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; pesquisadora do Grupo de Pesquisa LAPPIS. beatriz.guima@ensp.fiocruz.br

✉* Mestre em Ensino de Ciências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz / Fiocruz.; Bolsista Tec-tec da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ. carlamoura@ensp.fiocruz.br

① Pesquisador titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ; Professor na Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; pesquisador do LAPPIS. victorvalla@ensp.fiocruz.br

¹ O impasse tem sido compreendido pelo nosso grupo de pesquisa como uma importante categoria que sintetiza uma série de fatos cotidianos que culminam na inação, advinda da própria ineficácia das soluções encaminhadas ou da impossibilidade de agir diante das circunstâncias apresentadas (Guimarães et al., 2005).

² A literatura médica costuma associar o sofrimento a dor física e desconsiderar a totalidade do sujeito (Cassel, 1982)

³ Este termo foi cunhado pelo professor Victor Valla em um serviço de saúde, dito por uma profissional. O sofrimento difuso se encontra disseminado de forma ampla em toda a sociedade, em especial entre as classes populares.

mal estar generalizado com uma diversidade de sintomas, tais como irritabilidade, insônia, nervosismo, ansiedade, angústia, dores no corpo, acrescido da falta de perspectiva de vida.

O sofrimento difuso causa incapacidades funcionais e leva ao aumento da demanda de atenção médica, sendo responsável por uma parcela significativa dos gastos com consultas, exames, licenças médicas e aposentadorias por problemas de saúde. A resposta mais imediatista a esse tipo de sofrimento, e que tem sido utilizada nos serviços públicos, é a medicalização com benzodiazepínicos para “acalmar” os sintomas. O que se percebe é que o recurso à medicalização não resolve o problema individual e propicia a cronificação do paciente, dependente deste tipo de medicação, além de acobertar a discussão dos problemas sócio-econômicos envolvidos na gênese do sofrimento e da formulação de práticas e políticas de saúde que atendam as necessidades da população (Fonseca, 2007).

É notória a falta de espaços para acolher e cuidar do sofrimento difuso nos serviços públicos de saúde, fato amplamente percebido por aqueles que vivenciam esse sofrimento nas classes populares. As práticas de saúde organizadas segundo a lógica do modelo biomédico priorizam o diagnóstico e o tratamento das doenças definidas pelo saber técnico-científico, e tendem a se afastar do sujeito doente e seu cuidado. Embora os serviços públicos sejam cobrados pela produtividade, ou seja, pela quantidade de consultas, exames e procedimentos realizados, e disponibilizem pouco tempo para ouvir os relatos dos sujeitos, o que se percebe é que não se trata apenas de falta de tempo. É preciso levar em conta que é inerente a racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do paciente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas buscar a doença no organismo, seja pelo exame físico ou por instrumentos técnicos (Valla et al, 2004).

Tendo em vista a relevância de acolher e aliviar o sofrimento difuso, o cuidado assume uma dimensão importante, o que implica em sair da centralidade da doença para o sujeito e seu cuidado. O cuidado é mais do que um ato pontual, é uma atitude interativa de atenção, preocupação e responsabilização para com o outro (Boff, 2000), e inclui o acolhimento, a escuta dos sujeitos e o respeito pelo seu sofrimento e suas histórias de vida (Lacerda & Valla, 2004). Cuidar dos sujeitos é ajudá-los a aliviar o sofrimento e dar-lhes o apoio necessário para superar as dificuldades e enfrentar os impasses do cotidiano.

Assim sendo, em situações onde os impasses, por serem determinados socialmente, transcendem o âmbito do atendimento em saúde, nem sempre é possível curar, mas não se pode renunciar a tratar ou cuidar dos sujeitos doentes (Vasconcelos, 1998). É preciso, portanto, pensar em práticas de cuidado integral onde se torna possível tratar o sofrimento difuso, não por meio da medicalização, mas por abordagens que aproximem o cuidador e os sujeitos que estão sendo cuidados e permitam a expressão de emoções ligadas ao sofrimento - como os medos, ansiedades, tristezas, raivas, angústias - de modo que estas possam ser acolhidas e ressignificadas.

Em trabalhos anteriores, temos abordado o cuidado como uma dimensão da integralidade das ações em saúde, ultrapassando assim a dimensão técnica e os cuidados tradicionais de higiene (Lacerda & Valla, 2003 e 2004). Dentro dessa abordagem, vimos discutindo algumas práticas e atividades de cuidado integral tais como homeopatia, grupos religiosos, determinadas atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, entre outras, que visam promover a saúde e abrem espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico. Essas práticas de cuidado integral trabalham na perspectiva do apoio social e suas redes, e se apresentam como propostas para aliviar o sofrimento dos sujeitos e grupos sociais.

Ao falarmos de apoio social nos referimos aos diversos recursos – emocionais e tangíveis - que os sujeitos dão e recebem por meio de relações sociais sistemáticas, relações estas fundamentadas na solidariedade e confiança. O apoio social circula por meio dos vínculos que se estabelecem nas relações interpessoais ou nas relações de maior densidade social, como as redes sociais (Cohen & Syme, 1985; Lacerda & Valla, 2003 e 2004). Uma das características do apoio social é ser um processo recíproco, e que propicia a todos os envolvidos - o doador e o que recebe o apoio - uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma, com conseqüentes benefícios à saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985; Valla, 1999).

Levando-se em conta o sofrimento crescente da população e a necessidade de aprofundar essa discussão no campo da saúde, os objetivos do presente artigo consistem em articular a discussão do cuidado com as emoções, e dar visibilidade às técnicas, dinâmicas e

espaços - institucionais ou não - que trabalham na perspectiva das redes de apoio social e propiciam acolher e ressignificar o sofrimento.

2. Cuidado integral e redes de apoio social: democracia, solidariedade e inclusão

A discussão sobre cuidado, no contexto da saúde, ganha cada vez mais centralidade diante do aumento da demanda de atenção médica decorrente do sofrimento difuso e dos limites do modelo biomédico hegemônico em lidar com as dimensões simbólicas do adoecer humano. O sofrimento difuso pode ser associado a um desencantamento diante da vida em função da conjuntura sócio-econômica e política marcada pela pobreza, desemprego, violência crescente e outros impasses do cotidiano. Está relacionado ao que Chauí (1990) define como o caminho estreito das classes populares, ou seja, uma situação de miséria, com poucas perspectivas, onde falta dinheiro e tempo para se ter uma vida digna.

O atual modelo político-econômico se fundamenta nos princípios capitalistas de competição individual e acumulação privada, e contribui para o individualismo crescente na nossa sociedade. É um modelo que gera a concentração de riquezas e disseminação da pobreza, onde a violência se expande por todos os setores, e promove o esgarçamento do tecido social. Essa desorganização do tecido social, por sua vez, ocasiona a desestruturação dos relacionamentos interpessoais, a dificuldade de constituir vínculos, a retração das redes sociais (Castel, 1993), e a vulnerabilidade ao sofrimento e demais problemas de saúde.

A desorganização do tecido social também fragiliza diversas instituições sociais, como, por exemplo, a família. O que se evidencia, cada vez mais, são famílias matrilineadas, ou seja, mulheres que sustentam e cuidam sozinhas dos seus lares, e que em função da necessidade de sobrevivência não conseguem se dedicar satisfatoriamente à educação dos filhos. Isso resulta em crianças e adolescentes mais expostos e vulneráveis aos riscos da vida cotidiana, principalmente em comunidades empobrecidas. Trata-se, portanto, de contextos de precariedade que acentuam a exclusão dos sujeitos das classes populares que vivem uma fragilidade diante das situações de vida, da instabilidade do presente e da incerteza no futuro.

Exclusão social vem sendo utilizada para definir as modalidades de miséria do mundo (Castel, 1993), no entanto esse termo tem sido questionado diante da premissa de

que todos os sujeitos estão de alguma forma incluídos, já que fazem parte do sistema capitalista na medida em que são potenciais consumidores. Assim, ao falar de exclusão social das classes populares, e o impacto que isso gera no campo da saúde, é importante nos remetermos a Martins (1997), quando afirma ser a exclusão apenas um momento da dinâmica de um processo mais amplo, uma vez que a lógica do capitalismo é de excluir para incluir de outro modo, segundo suas próprias regras. O problema da exclusão começou a se tornar mais visível, atualmente, em função do longo tempo para a re-inclusão, que freqüentemente se dá à custa da degradação pessoal. Para esse autor, a inclusão ocorre, mesmo que de forma marginal, precária e instável, de modo que esse processo cria uma sociedade paralela que é includente do ponto de vista econômico, mas excludente do ponto de vista social, moral e até político.

No cenário de competição, individualismo e inclusão de forma desigual, os sujeitos vivenciam no dia-a-dia emoções de medo, insegurança, revolta, raiva, entre outras. O medo por exemplo, deixa de ser um fato episódico e torna-se uma constante, o que leva Romano (2002) a ponderar que esse medo coletivo impede que a confiança se instale, o que, por sua vez, pode inviabilizar a democracia, uma vez que a confiança é base da mesma. No entanto, o que nos chama atenção nesse tipo de discussão é que as emoções expressas pelos sujeitos e grupos sociais refletem algo do coletivo, ou seja, do contexto social e cultural de exclusão e individualismo no qual a população está imersa.

Fala-se de democracia em geral para legitimar discursos que, por vezes, tentam justificar práticas de inclusão social parcial, no entanto, democracia pressupõe uma determinada forma e conteúdo de existência social onde liberdade, pluralidade, participação e confiança estão presentes em todos os níveis e setores da vida, seja econômico, político, social ou cultural (Souza, 1991). A democracia não se faz, portanto, sem o exercício de uma cidadania plena, com os vários aspectos da inclusão dos sujeitos e grupos sociais contemplados.

No caso da cidade do Rio de Janeiro, o resultado dessa política de exclusão foi a constituição de uma *cidade partida* (Ventura, 1994), onde ainda não podemos prever até quando essa situação de apartheid e violência social permanecerá. Nesse sentido, a constituição de redes de apoio social é relevante como possibilidade de novas ações sociais que incorporem esse contingente de sujeitos incluídos de forma perversa e desigual, uma

vez que essas redes revelam novas formas de solidariedade e instauram um circuito de cuidado onde as pessoas se auxiliam reciprocamente.

3. Emoção e cuidado no âmbito da sabedoria prática

O sofrimento difuso, com a sua diversidade de sintomas “imprecisos” e subjetivos, nos leva a questionar as possíveis relações entre saúde, doença, emoção e cuidado. Os estudos sobre emoções, saúde e doença costumam tratar as emoções como universais, e partem do ponto de vista biológico para identificar áreas do cérebro que seriam responsáveis por desencadear emoções específicas (Damásio, 2004). São estudos que reforçam a dicotomia entre corpo e mente, razão e emoção, e sentimentos e pensamentos, e, desse modo, trazem poucas contribuições para a discussão do sofrimento difuso e para as práticas de cuidado integral à saúde.

Em contrapartida, estudos do campo da antropologia se contrapõem a essa base biológica, e apontam que as emoções são aspectos da experiência individual, mas que não são universais pois são social e culturalmente construídas (Rosaldo, 1984; Abu-Lughod e Lutz, 1988). Existe, portanto, uma tensão dos estudos sobre emoções no que refere ao seu caráter inato ou universal e a compreensão das mesmas enquanto fenômenos sócio-culturais.

Para a antropologia, as emoções são fenômenos sócio-culturais e intersubjetivos que se dão a partir da relação entre sujeitos, na experiência concreta dos mesmos (Abu-Lughod e Lutz, 1988). Essa forma dinâmica de conceber as emoções pode ser útil para viabilizar práticas de cuidado integral, tendo em vista que o cuidado também se constrói no cotidiano, nas relações entre os sujeitos e não pode ser pensado descolado da vida social e cultural

O cuidado integral pressupõe estabelecer relações de troca e envolvimento entre os sujeitos, e essas relações estão permeadas de conteúdos emotivos, que ao serem expressos precisam ser acolhidos. Assim sendo, o trabalho mecânico e técnico do profissional de saúde, mesmo que tenha o objetivo de cuidar do paciente, pode salvar vidas, mas não consegue atingir o sentimento e o sofrimento de quem adoece (Tesser, 1999).

A discussão do cuidado integral e emoções traz a tona as dimensões subjetivas e simbólicas presentes nas relações sociais e nas diversas formas de apreensão do real. Abordar o cuidado presente na intersubjetividade, ou seja, no campo relacional que se

estabelece entre os sujeitos, requer considerar que existe uma dimensão do autocuidado. Embora essa dimensão fuja ao escopo desse trabalho, cabe ressaltar que entendemos que a mesma também é um constructo sócio-cultural.

As dimensões subjetivas e simbólicas do cuidado e as emoções abrem espaços para práticas sociais pautadas em um saber que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis* ou sabedoria prática (Ayres, 2004). Esse tipo de saber tácito se distingue da técnica e da ciência, bem como do livre exercício da subjetividade criadora; aprende-se com a experiência e permeia de modo intencional as ações. No campo da saúde esse saber que se faz presente na relação com o outro é muito importante, pois as decisões, em grande parte, são tomadas a partir da prática, no momento em que as ações estão se dando, e é nesse momento que é exigido do profissional um julgamento e atitude diante da situação. É um saber que muda de situação a situação, por isto não cria leis universais. Nesse momento, o profissional pode lançar mão de saberes técnicos, mas não somente, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião (Ayres, 2004) e a intuição (Guimarães, 2005).

Valorizar o modo de conhecer por meio da experiência e da sabedoria prática pode contribuir para que o cuidado e as emoções sejam legitimados nas diversas práticas de educação e saúde. O cuidado pressupõe uma atitude de desvelo e atenção apurada para com o outro, para que se possa ser capaz de observar e captar pequenos detalhes, gestos inconscientes e sutis, pois eles podem traduzir o que as palavras muitas vezes não conseguem expressar. Ginzburg (1991) aponta para a relevância desse tipo de saber nascido a partir da prática, isto é, adquirido com a experiência, residindo aí a sua força. Nesse tipo de conhecimento entram em jogo elementos imponderáveis, tais como: faro, golpe de vista, olho-clínico, intuição.

Legitimar esses outros tipos de saberes e formas de apreensão do real, que se dão no movimento dinâmico da vida e são constituídos por emoções, implica em falar de intuição, pois é a forma de conhecimento capaz de apreender as diversas nuances presentes em cada acontecimento. No campo da filosofia, Bergson (1974), ao elaborar o seu Método Intuitivo, propõe a existência de duas formas de conhecimento: uma que é obtida pela inteligência e outra, pela intuição. A primeira visa satisfazer as necessidades e interesses práticos, e a segunda se viabiliza por meio de uma apreensão *imediate* da realidade. A intuição ocorre

quando o pensamento racional - nos moldes da inteligência prática/interesseira - é submetido à crítica, permitindo que a atenção se volte para a sensibilidade. Nesta instância, o sujeito, ao vivenciar o momento presente, num lapso de tempo por meio de uma consciência imediata, dá vazão para que a intuição se manifeste (Guimarães, 2005a).

A intuição é, neste sentido, a capacidade do indivíduo captar aquilo que foi sentido e apreendido pelo corpo, percebido por meio de uma forte emoção, que Bergson denominou de criadora, por expressar a criação de algo novo. O pensamento intelectual, por outro lado, re-elabora idéias preconcebidas. Nisto consiste o Método Intuitivo: a intuição apresenta-se sempre como uma totalidade, sob a forma de síntese, mas logo em seguida vem o pensamento racional para elaborar, comparar e analisar aquilo que foi intuído, recorrendo ao conhecimento que o sujeito já possuía anteriormente. Essas duas formas de pensamento são, portanto, complementares (Guimarães, 2005a).

A doença e o sofrimento podem interferir na sensação de controle da própria vida e fragilizar as relações sociais, o que, por sua vez, aponta para a importância da articulação dos sujeitos em rede. Por meio das redes de apoio social circulam diversos bens tangíveis e intangíveis, e o cuidado e as emoções são alguns desses bens simbólicos e intangíveis circulantes.

Diante da precariedade e sofrimento das classes populares, é importante promover e legitimar espaços e redes de apoio social no contexto da saúde, nos quais as dinâmicas ajudem a captar e expressar as emoções e vivências dos sujeitos e grupos - muitas vezes sofridas e dolorosas – e que envolvam a dimensão do cuidado integral. Assim, passamos para o segundo objetivo desse trabalho que consiste em retratar duas práticas de cuidado integral que trabalham na perspectiva do apoio social.

4. Práticas de cuidado integral em rede: a criação de espaços de acolhimento e ressignificação do sofrimento

Pode-se constatar a existência atualmente de diversas atividades terapêuticas e práticas de apoio social disseminadas na nossa sociedade; muitas delas atuando isoladamente, e outras já constituídas em redes. Essas atividades, vistas como práticas contra-hegemônicas, contribuem para legitimar outras formas de pensar para além do modelo biomédico, e referem-se às diversas atividades de solidariedade e apoio social, que

permitem acolher as emoções, e que podem resultar, intencionalmente ou não, em melhorias de saúde (Valla, 1999).

Como já pontuamos em estudos anteriores (Valla et al., 2004), embora existam atividades e práticas terapêuticas e de apoio social, a maior parte delas não está disponível nos serviços públicos de saúde e, devido ao seu custo financeiro, tornam-se inviáveis para as classes populares. Nesse cenário, é necessário dar visibilidade ao modo como as classes populares vêm se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas do cotidiano em resposta às condições de vida a que estão submetidas, como é o caso da organização de alguns grupos religiosos. Abordaremos a seguir dois exemplos de práticas contra-hegemônicas de cuidado à saúde que propiciam a expressão de emoções: a Terapia Comunitária, e a prática do acolhimento presente nas igrejas evangélicas.

A Terapia Comunitária é uma técnica de trabalho com grupos, realizada no Brasil e em outros países, e que foi elaborada e desenvolvida há 20 anos⁴. Esta prática tem-se mostrado um instrumento inovador que permite aos sujeitos enfrentarem suas dificuldades a partir do relato das histórias de vida dos outros participantes, acerca de como cada um lida com as dificuldades e os sofrimentos do cotidiano. A partir do relato, da escuta atenta e da expressão dos conteúdos emocionais, os sofrimentos podem ser ressignificados. Busca-se, desse modo, constituir um espaço onde os sujeitos e grupos se tornem mais fortalecidos e aumentem a sua auto-estima (Barreto, 2005).

Nesse espaço de troca e solidariedade procura-se partilhar experiências de vida e sabedorias, identificar e refletir acerca de situações-problema, de modo a encontrar possíveis caminhos para resolução dos temas apresentados. O terapeuta comunitário procura trabalhar as habilidades dos sujeitos, no sentido de realçar e valorizar o saber produzido pela vivência de cada um; e o grupo se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais. Essa prática de rede de apoio social se constitui em numa abordagem facilitadora do empoderamento, uma vez que potencializa os recursos individuais e coletivos (Barreto, 2005).

Trata-se, pois, de uma terapia para a prevenção e promoção da saúde, cujo foco é o sujeito e seu sofrimento, e não a doença. Nas rodas de Terapia Comunitária circulam, junto aos sofrimentos, os afetos e emoções, expressos em sorrisos, comemorações de datas

⁴ A terapia comunitária foi desenvolvida pelo psiquiatra Adalberto Barreto da Universidade Federal do Ceará.

festivas, músicas, movimentação corporal e partilha de lanche ao final. É uma prática relevante no contexto das classes populares, na medida em que visa promover a inclusão social de seus membros e permite reunir um grande número de pessoas. O envolvimento, sensibilidade, escuta, acolhimento, preocupação para com o outro e respeito pelas diferenças permitem conceber a Terapia Comunitária como uma prática de cuidado integral à saúde.

A outra prática contra-hegemônica se constitui como prática de acolhimento entre os grupos religiosos. O aumento da procura pelas igrejas e centros espíritas é um fato notório, principalmente entre as classes populares da nossa sociedade. Os indivíduos estão buscando esses caminhos na tentativa de resolver seus problemas de saúde e como forma de aliviar o sofrimento. A busca crescente pelas igrejas vem sinalizando a constituição e formação de novas redes de apoio social, pois propiciam o estabelecimento de relações sociais sistemáticas e a constituição de redes sociais intangíveis, onde circulam diversos bens simbólicos. Alguns autores (Parker, 1996; Valla, 2001) compreendem a constituição dessas redes como uma forma dos sujeitos e grupos das classes populares se defenderem da conjuntura de precariedade que tende a excluí-los, ou incluí-los de forma perversa e desigual (Martins, 1997).

As igrejas, principalmente as evangélicas, costumam ficar abertas para receber seus fiéis, que vão para desabafar e serem ouvidos. Os religiosos ouvem e procuram fortalecer a auto-estima com palavras de conforto e estímulo. O reforço à fé do praticante constitui-se em um importante bem simbólico que o ajuda a enfrentar e resistir à pobreza e os impasses do cotidiano (Figueira, 1996). A conversão, por sua vez, propicia a entrada em um novo sistema simbólico que, ao oferecer um senso de coerência e sentido de vida, redimensiona a visão de mundo do fiel, e, com isso, alimenta a sua esperança. Os ambientes das igrejas pentecostais e neopentecostais, por exemplo, procuram promover o bem estar, e os seus discursos ressaltam episódios bíblicos onde os personagens conseguem sair vitoriosos das mais adversas situações. Os cultos religiosos são atrativos para os fiéis, ao proporcionarem um ambiente relaxante e um espaço de encontro, onde é possível compartilhar os problemas e soluções, ouvir músicas ao vivo, cantar junto ou apenas movimentar o corpo (Guimarães, 2005b). Nesse sentido, essas atividades podem ser vistas como práticas terapêuticas e de cuidado em saúde, onde se fortalecem a auto-estima e a alegria de viver.

Segundo Corten (1996), o pentecostalismo se caracteriza pela importância dada à emoção, em que até a própria proposta teológica se subordina à “experiência emotiva partilhada” pelos fiéis. O desejo dos participantes por vivenciar emoções é constatado por meio do encanto e alegria demonstrados nos cultos. Esse autor relata que, freqüentemente, se trata de emoções de consolo em face de males que não podem ser mudados e, assim, a dignidade do ser humano é o que acaba se afirmando. É nesse sentido que o cuidado integral assume relevância nessas religiões, na medida em que lida com o sentimento dos sujeitos e favorece o apoio às emoções (Valla et al., 2004).

Essas igrejas evangélicas promovem a circulação de bens tangíveis, como, por exemplo, a distribuição de cestas básicas, e realizam trabalhos sociais para a comunidade que têm estreita relação com os problemas de saúde da população. Estes trabalhos são fundamentados em ações de solidariedade, e resultam em atendimento médico e odontológico, creches, cursos extra-classe para crianças e adolescentes e de alfabetização para adultos, festas, passeios, além de encaminhar os fiéis para arrumar emprego. Esses benefícios são bens simbólicos e ajudam a população, que os ajudam diante das dificuldades da vida (Valla et al, 2004).

5. Considerações finais

No contexto sócio-econômico e político, no qual os sujeitos das classes populares estão excluídos socialmente ou incluídos de forma desigual e perversa, é evidente os níveis crescentes de adoecimento e sofrimento difuso. As redes de apoio social se apresentam como estratégias de solidariedade e sobrevivência para enfrentar os impasses do cotidiano, e o cuidado, presente nas práticas de integralidade em saúde, assume valor terapêutico, e é um dos bens intangíveis e simbólicos que circulam nessas redes de apoio.

As emoções são discutidas nesse artigo como aspectos da experiência individual, porém refletem algo do contexto social e cultural no qual a população está inserida.

As práticas solidárias e de cuidado integral caracterizam-se como espaços de inclusão e de pertencimento, na medida em que favorecem a construção coletiva de possibilidades de vida e saúde e contribuem para tirar os sujeitos do isolamento social em que se encontram. Tais práticas fortalecem os sujeitos e o coletivo por meio da legitimação do conhecimento produzido a partir das experiências vividas.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar a importância da construção de espaços de apoio social, institucionalizados ou não, onde se viabilizem práticas de cuidado integral que possibilitem acolher e aliviar o sofrimento da população. Tratam-se de espaços que propiciam ressignificar as experiências que causaram sofrimento e atribuir-lhes um novo sentido e significado. Os vínculos de solidariedade e reciprocidade nas redes de apoio social fortalecem os sujeitos para enfrentar situações nas quais a superação dos problemas de saúde e sofrimento e a afirmação dos direitos de cidadania parecem, por vezes, impossíveis.

6. Referências bibliográficas

- ABU-LUGHOD, L. e LUTZ, C. Introduction: emotion, discourse, and the politics of everyday life. In: ABU-LUGHOD, L. e LUTZ, C. (orgs.). *Language and the Politics of Emotion*: New York, Cambridge University Press, 1988, p. 1-23.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, SP, vol. 8, n. 14, set 2003-fev 2004, p. 73-91.
- BARRETO, A.P. . *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
- BERGSON, H.. *Introdução à metafísica...* São Paulo: Abril Cultural, (Os Pensadores), 1974.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, 1982, p. 639-645.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura 4*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 21-48.
- CHAUÍ, M. Notas sobre cultura popular. In: CHAUÍ, M. (Org.). *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez, 1990. p. 61-85.
- COHEN, S. & SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: _____. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 3-22.
- CORTEN, A. *Os pobres e o Espírito Santo*. O pentecostalismo no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1996.

DAMÁSIO, A. *Em busca de Espinosa: prazer e dor na Ciência dos Sentimentos*. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2004.

FIGUEIRA, S.M.A. *Jesus, o médico dos médicos. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde*. Dissertação. 1996 (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1996.

FONSECA, M. L. G. *Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problemas de Nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. Dissertação de mestrado – ENSP/FIOCRUZ, 2007.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. *Mitos, Emblemas, Sinais*. São Paulo: Cia. das Letras, 1991. p. 143-179.

GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Coords). *Os impasses da pobreza absoluta: Relatório da Pesquisa “Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica – Uma proposta de ouvidoria coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro”*, apresentado à Escola de Governo em Saúde/ENSP/FIOCRUZ, 2005. Pode ser acessado em:
<http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>

GUIMARÃES, M. B.L. Intuição, pensamento e ação na clínica. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, vol. 9, 2005a, p. 317-332.

_____. Feminização da pobreza e religiosidade. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.) *Para compreender a pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto/Escola de Governo – ENSP, 2005b, p.169-189.

LACERDA, A. & VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ ABRASCO, 2003, p. 169-196.

LACERDA, A; VALLA, VV; GUIMARÃES, MB; LIMA, CM. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R (orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 445-457.

MARTINS, J. S. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2004. 319p.

ROMANO R. Medo! *Revista Espaço Acadêmico*. Ano II, n. 18, novembro de 2002.

Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/018/18polemica.htm>. Acesso em 12/02/06.

ROSALDO, M..“Toward an Anthropology of Self and Feeling. In: Richard Shweder and Robert LeVine (orgs.) *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 137-57, 1984

SOUZA, H. *Escritos Indignados*. Rio Fundo Editora/IBASE, 1991.

TESSER, Charles Dalcanale. *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização*. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 15, p. 7-14, 1999.

_____. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 39-62.

VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.L.; LACERDA, A. Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

VASCONCELOS, 1998

VENTURA, Z. *Cidade Partida*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.