

Os agentes comunitários de saúde evangélicos e o trabalho de atenção e cuidado à saúde que desenvolvem junto à população

ALDA LACERDA[•]

MARIA BEATRIZ GUIMARÃES*

CARLA MOURA LIMA*✉

VICTOR VINCENT VALLA[•]Ⓣ

1. Introdução

Esse artigo visa trazer algumas reflexões que o nosso grupo de pesquisa, por meio da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania” do CNPq em parceria com o LAPPIS, vem investigando nos campos da religião e da saúde, tendo como foco as classes populares. Conforme já mencionado em artigos anteriores (Valla et al, 2004; 2005), as nossas pesquisas têm se voltado para os membros das igrejas evangélicas - principalmente das igrejas pentecostais e neopentecostais - em função do crescimento da busca religiosa por parte dos sujeitos das classes populares, cuja motivação para a adesão religiosa pode ser, entre outras, encontrar um sentido para a vida e solucionar os problemas do cotidiano.

As igrejas pentecostais surgiram nos Estados Unidos no início do século XX. No Brasil, a primeira igreja criada foi a Congregação Cristã do Brasil em 1910, em São Paulo, e em seguida a Assembléia de Deus em 1911, em Belém no Pará. Essas igrejas se diferem das outras igrejas protestantes¹ por incorporarem aos seus cultos manifestações denominadas "dons do Espírito Santo" - experiências individuais marcadas pela emoção - como aqueles que, segundo o relato bíblico, teriam sido expressos pelos discípulos de Jesus, no Dia de Pentecostes. Estes dons são de falar em línguas (glossolalia), de

[•] 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

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

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

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

¹ As igrejas protestantes também são chamadas de históricas ou tradicionais. Para aprofundar essa temática vide Lima & Valla (2003).

interpretação dessas línguas, de evangelização, de cura, de profecia, de sabedoria, de discernir os espíritos (ler os pensamentos) e de fazer milagres (Corten, 1996).

Por sua vez, o neopentecostalismo pode ser considerado um movimento religioso que surgiu em um período de grave crise econômica no Brasil, e foi liderado, principalmente, pela Igreja Universal do Reino de Deus, igreja esta criada no ano de 1977. Em seguida emergiram outras igrejas, tais como a Igreja Internacional da Graça de Deus em 1980 e a Igreja Cristo Vive em 1986. A partir desse período torna-se cada vez mais difícil quantificar o número de igrejas menores que têm surgido, principalmente em bairros de periferia e em comunidades (Lima e Valla, 2003), disseminando-se nas faixas mais pobres da população. Essas igrejas caracterizam-se por utilizar os meios de comunicação de massa, enfatizam a prosperidade individual, a moralidade familiar e a prática do exorcismo de demônios (Ramalho, 2000). Ambas religiões são marcadas pelas experiências emotivas.

Segundo Corten (1996), o pentecostalismo se caracteriza pela importância dada à emoção, onde até a própria proposta teológica se subordina à “experiência emotiva partilhada” pelos crentes. Há uma reivindicação que haja uma “experiência emotiva” e esse desejo aponta para o encanto e alegria demonstrados nos cultos. A grande contradição para muitos dos observadores da classe média é que está se lidando com pessoas que frequentemente vivem na miséria, na doença e em ambientes repletos de violência e, no entanto, experimentam essa intensa alegria de estar viva.

Outras perspectivas religiosas que demonstram uma discussão mais intelectualizada acabam encarando os cultos pentecostais como se tratando de um “misticismo arcaico”, e a ideia corrente na sociedade é a de que o pentecostal vire suas costas para o “mundo” e entre no processo de alienação na vida. No entanto, ressalta Corten (1996), muitas vezes o que ocorre é virar as costas para o mundo capitalista de competição e modernização para construir redes de solidariedade onde, se doam roupas e alimentação e acham empregos para os membros mais necessitados.

A partir da pesquisa realizada no ano de 2004, na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro, intitulada “Ouvidoria Coletiva”², ficou evidenciado o sofrimento de diversos profissionais de saúde do SUS diante das precárias condições de vida e saúde da

² A Ouvidoria Coletiva teve como objetivo organizar um sistema de vigilância em saúde capaz de identificar os principais problemas de saúde dos moradores dos complexos de favelas dessa região, e os recursos utilizados na tentativa de superá-los (GUIMARÃES *et.al.*, 2005)).

população e dos limites para se resolver grande parte dos problemas. Foi apontada a necessidade da criação de espaços institucionais de escuta para os trabalhadores do SUS, principalmente para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em virtude da complexidade do seu trabalho e dos impasses que enfrentam no seu dia-a-dia (Guimarães *et.al.*, 2005). Isso motivou alguns pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca a criarem grupos de Terapia Comunitária com os ACS³, de modo que esses trabalhadores pudessem partilhar suas experiências de vida com o intuito de potencializar recursos individuais e coletivos que os auxiliem a encontrar possíveis caminhos para resolução dos problemas levantados⁴.

Os grupos de Terapia Comunitária com os ACS propiciaram um contato mais próximo dos pesquisadores com esses agentes de saúde, e a constatação de que muitos deles pertenciam às igrejas pentecostais e neopentecostais. Com isto entendemos ser relevante discutir a inserção religiosa desses trabalhadores e o impacto no seu processo de trabalho.

É nessa perspectiva que realizamos, no ano de 2007, uma pesquisa⁵ empírica, de caráter qualitativo, com entrevistas abertas, porém com alguns conteúdos temáticos, de tal modo que o entrevistado pôde discorrer livremente acerca das questões propostas pelo pesquisador. Optou-se por utilizar esse tipo de entrevista pois, de acordo com Montenegro (1992), possibilita ao entrevistado um extenso campo de estímulos capazes de desencadear processos involuntários de associação e de rememoração. Nesse sentido, foi estabelecida uma relação dialógica entre entrevistado e entrevistador, respeitando-se os diferentes saberes (Martins, 1989). Foram entrevistados sete ACS moradores e trabalhadores de centros de saúde de comunidades do complexo da Maré, na região da Leopoldina, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino, todos pertencentes de igrejas pentecostais e neopentecostais. O presente artigo se volta para a apresentação de parte do material

³ As rodas de Terapia Comunitária com os ACS da região da Leopoldina têm ocorrido desde junho de 2006, por meio de uma parceria da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/ Fiocruz) com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

⁴ No âmbito da Ouvidoria Coletiva, a Terapia Comunitária tem sido entendida como uma metodologia que, além de prestar assistência a uma dada parcela da população, serve de instrumento de pesquisa para se conhecer as condições de vida, saúde e trabalho dos ACS.

⁵ Essa pesquisa intitulada “Religiosidade, Sociedade Civil e Saúde: um estudo sobre redes e apoio social no cuidado integral à saúde” contou com o financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – Faperj.

coletado nessa pesquisa e objetiva investigar a adesão dos agentes comunitários de saúde entrevistados às igrejas pentecostais e neopentescotais e as repercussões dessa adesão no seu processo de trabalho.

2. A adesão religiosa dos agentes comunitários de saúde

Os ACS são moradores das comunidades onde atuam, e essa condição é importante pois eles precisam ter livre acesso e conhecimento sobre a realidade local e as condições de vida e saúde das famílias pelos quais são responsáveis. Este profissional desenvolve um trabalho complexo que envolve ações educativas, de promoção e prevenção com a população. O envolvimento dos ACS com a população tem apontado para relações mais humanizadas, onde muitas vezes não é possível curar os problemas de saúde mas é possível cuidar dos sujeitos necessitados (Vasconcelos, 1998), uma vez que a demanda dos sujeitos, muitas vezes, não é por problemas de saúde de ordem física, mas de outras dimensões existenciais ou até mesmo a necessidade de falar e desabafar os seus problemas. A escuta e o acolhimento dos sujeitos são fundamentais quando se realizam as visitas domiciliares. Essas visitas podem ser entendidas como atos terapêuticos, e a disponibilidade para a escuta permite dar a devida atenção às demandas dos usuários. Nesse sentido, conforme discutido por Silva et al (2004), os agentes comunitários não são apenas *elos* de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde, no sentido de ser um veículo de comunicação, mas sim *laços* quando a relação predominante é fundamentada no respeito e no diálogo.

Por serem moradores da comunidade, os ACS compartilham os mesmos problemas da população, e, desse modo, convivem com situações nas quais a pobreza, as condições de vida e as diversas formas de violência são fontes de sofrimento constante. Em muitos casos constata-se que os ACS, apesar de serem moradores das comunidades onde atuam, possuem uma condição de vida melhor do que parte dessa população. O seu trabalho faz com que eles entrem em contato com as condições de vida de moradores de suas comunidades que, até então, desconheciam. Seus relatos apontam para o sentimento de preocupação e perplexidade diante do grau de miséria e pobreza que vivem alguns desses moradores (Guimarães *et. al.*, 2005).

No seu dia-a-dia os sujeitos vivenciam diferentes tipos de aflição que podem estar relacionadas com a saúde física e mental; a precariedade do trabalho ou má remuneração; a

falta de saneamento e condições dignas de moradia; a fragilidade dos relacionamentos sociais e a desorganização familiar, e buscam respostas a estas aflições procurando médicos, curandeiros, instituições religiosas, entre outros, (Fry & Howe, 1975) na perspectiva de terem os seus problemas solucionados. O nosso interesse aqui é pela busca religiosa que, por sua vez, pode ser entendida como uma das estratégias das classes populares no enfrentamento dos problemas e impasses do cotidiano e alívio para o sofrimento (Valla et al, 2005; Guimarães et al, 2005).

Ao se buscar a religião como fonte para aliviar a aflição ou sofrimento é notória a grande oferta de instituições religiosas, no entanto é visível a busca das classes populares pelas igrejas pentecostais e neopentecostais. Diversos fatores podem ser determinantes da vinculação dos sujeitos a uma determinada religião, e para Fry & Howe (1975) tanto a umbanda quanto o pentecostalismo têm como uma de suas características a conversão de seus membros em momentos de crise, o que os leva a afirmar que essas duas religiões “*se opõem às demais no seu modo de recrutamento, que é feito geralmente através da aflição*” (Fry & Howe, 1975 p. 75).

A filiação dos sujeitos às igrejas pentecostais e neopentecostais em momentos difíceis de vida se confirmou na pesquisa. A adesão religiosa dos ACS entrevistados foi motivada por diversas circunstâncias. Alguns freqüentavam as igrejas evangélicas desde criança por influência da própria família, mas, em geral, o que observamos é que o momento que antecede a adesão costuma ser precedido por uma situação de crise, um tipo de sofrimento e aflição relatado como uma sensação de vazio existencial ou como se estivessem no “fundo do poço”, seja em função das precárias condições de vida; de problemas de saúde na família; de alcoolismo e uso de drogas; de envolvimento de entes queridos no tráfico de drogas e outras atividades ilícitas, ou seja, “*uma vida cansada, uma vida temida, uma vida desgraçada que muitos têm*” (relato de um pastor entrevistado na pesquisa).

Após a adesão a uma religião específica, os fiéis passam por um processo de inserção a essa religião que, no caso dos pentecostais e neopentecostais, requer largar o vício ou o consumo - de cigarro, álcool e outras drogas – e entrar em conformidade com todos os preceitos que são exigidos pelas igrejas, tais como não ter uma vida desregrada,

não trair o cônjuge, só manter relações sexuais após o casamento e outras que são exigidas para que a conversão possa se dar.

Embora a busca pelas igrejas seja uma opção individual, motivada pela presença de um individualismo crescente na nossa sociedade, é freqüente a formação de redes sociais, onde os fiéis passam a se ajudar mutuamente e encontram um sentimento de pertencimento e maior sentido de vida, principalmente diante de tanta miséria e opressão. Dentro dessa possibilidade de se fortalecer os laços sociais, alguns ACS falam das amizades conquistadas e dos vínculos de confiança estabelecidos com outros membros da igreja:

“(...) e comecei a contar da minha experiência com Deus, como eu fiz para me apegar. Uma coisa fundamental foi a amizade que Deus pôs, a amizade confiável. Não é daquelas amizades que vêm, que quer saber o que houve, e depois sai contando por aí. É amizade que permaneceu ali comigo até o fim, até hoje.”

Nas igrejas constroem-se relações de solidariedade ao compartilhar problemas semelhantes, já que, segundo a fala de um dos ACS entrevistados, *“quando alguém passa por uma situação igual, eu tenho essa experiência para contar e dar força para outra pessoa”*. Diante de situações difíceis parece também existir uma compreensão de que o cristão consegue entender o que os demais vivem porque ele tem fé em Deus, confia na solução dos problemas, e compartilha, além de crenças, semelhantes visões de mundo:

“É muito difícil para as pessoas não cristãs entenderem esse problema. É muito fácil para você chegar para uma pessoa não cristã e falar: - meu marido me trai, [e a pessoa responder]- Larga ele, boba! Arruma outro. Não querem saber que você tem um sentimento por aquela pessoa”.

A fé é um valor importante para esses fiéis, e pode ser visto como um dos bens intangíveis circulantes nas redes sociais e que norteia a busca por cuidado à saúde. Isso fica evidenciado em diversos relatos, como, por exemplo, o caso da filha de um ACS que se encontrava doente:

“(...) Ela teve uma febre, parou de urinar. Parou de beber água (...). A minha cunhada falou: “Você leva essa menina para a emergência”. Eu disse: Não. Eu vou para a igreja porque eu quero saber o que é a fé que todo mundo fala.”

A partir da adesão os fiéis passam a perceber e a ressignificar as situações vivenciadas de uma maneira própria. Por meio de códigos compartilhados entre si e do sentimento de pertencimento, o trabalho dos ACS também passa a ter um novo significado.

Isto pode ser explicado pelo fato de que para aqueles que são convertidos a uma religião, a vida é reconstruída dentro desse sistema de crenças e inserida em uma visão de mundo sagrada, onde o espiritual e o material não são separados (Cesar e Shaul, 1999). Compreende-se dessa forma que o trabalho, como parte intrínseca da vida desses ACS, também assume uma esfera sagrada e sobrenatural.

3. O trabalho dos agentes comunitários de saúde

Para os ACS entrevistados, a realização de um preparo espiritual, por meio da oração, antes de sair para o trabalho torna-se pré-condição que visa garantir um bom desempenho profissional, pois eles têm consciência de que lidam com diferentes sujeitos e seus sofrimentos, e que a dimensão intersubjetiva está sempre colocada:

“Então, antes de sair da minha casa eu peço sim, que o Senhor me proteja, que ele selecione o meu trabalho porque eu lido com seres, eu lido com vida e cada casa que eu entro é um problema. Aí eu peço ao Senhor que ele me prepare para que eu chegue ali e tenha o que dar, que eu possa ajudar essa família. (...) Eu creio que Deus pode fazer, através da minha oração, da minha fé, abençoar aquela família também, porque eu sou uma abençoadora.”

Os ACS se sentem mais fortalecidos por meio da frequência a cultos religiosos e das orações, o que os permitem se sentir mais preparados para lidar com a diversidade e complexidade do seu trabalho:

“Primeiro a gente ora, pede a Deus sabedoria. Porque a gente tem que ter muita sabedoria, porque cada casa que a gente entra é um tipo de família diferente, a gente pede a Deus para proteger, para gente pronunciar palavras que não venham magoar as pessoas. Porque têm muitas pessoas de classes diferentes. Têm pessoas de pouco estudo, pessoas que têm mais estudo...é muito dividida”.

Embora a oração tenha um papel central na vida dos fiéis, constatamos, nesse grupo entrevistado, um certo cuidado prudente ao lidar com a população, respeitando as diferenças de valores e crenças. Um exemplo é que eles relatam que a oração só deve ser feita se a família quiser e permitir:

“Hoje em dia tem gente que pede para a gente orar por ela (...). Tudo é o pedido. Eu não posso invadir a casa da pessoa e sair orando. Eu não posso fazer isso. Só se ela permitir. Ela tem que querer.”

Por sua vez, há também relatos de casos em que eles oferecem ajuda por meio de orações e o morador se recusa a aceitar, como mostra a fala do ACS abaixo:

“Ofereci um pouquinho daquilo que eu sempre tenho. Ela não aceitou. No momento eu fiquei mesmo chateada, mas depois eu..., “Carece Meu Deus?” É o inimigo que não quer deixar ela enxergar”. Aí eu comecei a orar de longe.”

Apesar de alguns técnicos expressarem a preocupação com o fato dos ACS serem evangélicos pentecostais e neopentecostais, entendendo que a adesão a essas religiões poderia trazer problemas no lidar com a população, como, por exemplo, a recusa a visitar as casas de famílias que são centros de umbanda ou de candomblé, o que observamos, nesse grupo de entrevistados, é que esse pensamento não procede. Assim, ao serem perguntados acerca de como reagem quando eles têm que entrar em casa de pessoas pertencentes a outras religiões, obtivemos a seguinte resposta:

“Eu tenho uma família, que na entrada da casa tem um bode. O bode me adora. Tem uma cobra, tem um peru. Onde eu rodo o peru está do meu lado. Não me incomoda em nada. Quando eu chego tem lá a casinha deles. Eu não vou chegar: “Olha só: aqui tem macumbeiro?” Não, gente, cada um com seu cada um.”

E ele prossegue a fala:

“Quando eu chego lá é uma alegria, eles me recebem muito bem. Tem um pé de manga que tem de tudo plantado. “Ó, quando der manga eu te dou”. “Pode mandar.” E tudo bem. Mas há um respeito. Ele tem lá a religião dele e eu tenho a minha. Agora se eles me pedirem a minha opinião, eu dou. Está entendendo? Mas fora isso, não. Não é por isso que a gente vai deixar de amar o nosso irmão porque ele é assim, porque ele é assado. Nada disso. Por isso é que esse mundo está assim. As guerras lá fora são por quê? Por causa de religião. É um absurdo. Quem faz a nossa vida é Deus.”

Dentro dessa linha de raciocínio, os ACS apontam para a importância de se respeitar a opção religiosa dos sujeitos e sinalizam que não devem dizer à família que vão fazer uma oração para eles. Apesar dessa postura, eles assumem que interiormente crêem que suas orações possam ter um efeito benéfico para a família:

“Eu não vou dizer para família: “Vou te fazer uma oração”. Não. Primeiro que eu tenho que respeitar essa família, a crença dela. Mas eu creio que através da minha oração, Deus já começa trabalhar. Isso é certo.”

Essas questões nos remetem à postura ética do profissional, o que foi relatado espontaneamente pelos ACS como sendo de fundamental importância, no sentido de que eles não podem e não devem interferir na vida do morador:

“(…) porque o agente de saúde é um pouco psicólogo, médico, amigo. Ele é um pouco tudo. Só não pode se meter na vida do paciente. Ele tem que ouvir e observar. Tem coisas que ele não pode perguntar. (...) Nem tudo ele pode perguntar. Porque se ele perguntar, ele bota tudo a perder. Tem coisas que só com uma olhada, ele já observa como é o ambiente.”

No que se refere ao processo de saúde-doença-cuidado, a adesão dos ACS às igrejas pentecostais e neopentecostais nos leva a sugerir que eles passam a ter uma determinada compreensão da saúde e do adoecimento, dentro de uma perspectiva em que acreditam que as curas tratam de males que geralmente não são físicos, mas que se localizam na esfera espiritual com repercussões psicossomáticas, onde a resolução não passa por medicamentos (Corten, 1996), mas pela oração e reflexão espiritual. Tal compreensão, por sua vez, vai interferir na busca de cuidados à saúde, ou seja, nos seus itinerários terapêuticos, assim como na integralidade do cuidado das suas práticas.

Os ACS dessas religiões evangélicas distinguem a doença do corpo, ou seja, material, da doença da alma, de natureza espiritual, e o seu olhar nas visitas domiciliares vai estar imbuído dessas representações sobre a saúde e a doença.

“O agente comunitário de saúde evangélico, que acredita em Deus, quando chega na casa de uma pessoa, ele detecta quase todos os tipos de problemas – material, pela experiência que ele já tem como agente de saúde, e espiritual. Ele pode detectar que aquela doença pode ser espiritual também.”

Eles entendem que as doenças no corpo físico também podem ser causadas por problemas de outras ordens: psicológicas ou espirituais; e algumas vezes recorrem a soluções que denominam de “sobrenaturais”, como orações pela cura das pessoas. Essa cura, no seu imaginário, pode representar não só a cura da doença física, mas também a cura da alma, do espírito

“A pessoa está tão fincada no problema, aí vem uma dor de cabeça, uma dor nos rins, vem um câncer. Mas aquilo tudo é uma doença que ela está absorvendo dos problemas. Desde o momento que você encontre uma solução para liberar esse

problema e tenta resolver de uma maneira sobrenatural, que não te atinja, que você não se machuque, é a melhor coisa.”

Por terem essa visão ampliada e integral do ser humano, os ACS evangélicos podem interferir no itinerário terapêutico do usuário, no sentido de que são capazes de perceber quando a doença física está acobertando um problema de outra dimensão existencial. Nesse sentido, a partir do diálogo e de uma conduta individualizada específica a cada encontro, eles, em alguns casos, interferem no processo terapêutico do usuário encorajando-o a refletir acerca de sua doença e a buscar as causas que estão ocasionando os seus problemas de saúde. Isto, em certo sentido, complementa o atendimento médico que é oferecido pelo sistema público de saúde, pois não se restringe à doença física, mas busca uma atenção integral de acordo com as necessidades de cada morador visitado. Constroem, assim, um projeto terapêutico junto com o usuário voltado para atender as demandas de saúde colocadas por sua clientela, e sintonizado com o contexto específico de cada encontro e de cada sujeito (Mattos, 2004).

Alia-se a isto o fato de que, em geral, a visão religiosa – pentecostal e neopentecostal especialmente - insere-se em uma perspectiva otimista da vida, onde os fiéis são encorajados a ter controle sobre as suas vidas e a buscar a solução dos problemas através do “empoderamento” pessoal, na condição de todos serem filhos de Deus.

Nesse sentido, torna-se relevante trazer o relato de um ACS em relação a uma paciente poliquêixosa, muito dependente desse profissional, dos médicos e dos medicamentos. Conforme este trabalhador foi adquirindo mais intimidade com a moradora, começou a encorajá-la a tentar tirar as doenças da cabeça dizendo: *“fala com a doença que você pode ter ela, mas ela não pode te ter, ela não pode te dominar”*. A paciente, então, relatou que todos os familiares não ligam mais para ela, dizendo que: *“se eu ficar doente, todo mundo vai vir me ver”*. O ACS compreendeu qual a estratégia que estava por trás dos problemas de saúde da paciente e tentou contribuir para a reversão da situação da seguinte maneira:

“Mas a senhora tem que pedir a Deus para tirar esse veneno que está afastando sua família de você. Vamos orar pra senhora. E começamos orar ali, eu e ela. Voltei lá no outro dia, oramos, voltei no outro dia, oramos e quando foi na 2ª feira eu falei assim: “E aí D. Teresa, e os filhos?” “Ah, meu filho teve aqui, me deu até presente”. Eu falei assim: “Oh, benção! Oh Glória! Oh Jesus! Obrigada Senhor! E a

dor?”“Sumiu.” E era tudo espiritual. Então se a gente não tiver uma reflexão de tudo o que acontece ao nosso redor através da palavra de Deus, a gente só se perde.”

A atitude tomada por esse ACS pode ser compreendida na perspectiva da integralidade no sentido de que o profissional teve uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da usuária, adequando o que ele podia oferecer no contexto específico da situação em que ambos se encontravam (Mattos, 2004).

Para os ACS entrevistados, uma das formas de se perceber se o problema é espiritual pode estar associada ao excesso de sujeira e desordem presente na casa, que um olhar atento pode ser capaz de registrar:

“Eu chego numa casa, vejo aquela casa toda em miséria, pobreza, sujeira... aquilo ali é espiritual... falta de Jesus.(...) Aí você detecta aquela sujeira.”

A esse respeito, Monteiro (1985) relaciona a doença espiritual à noção de desordem que se manifesta no corpo físico, mas também no corpo social e espiritual. A associação entre doença e desordem é compreendida pelo fato de que a doença afeta, de um modo geral, o vigor moral, a vontade pessoal e o fluxo da energia cotidiana. De acordo com a autora, a doença espiritual pode vir a tornar-se doença quando o corpo sofre uma ação prolongada e desordenada das forças sobrenaturais, debilitando as funções vitais.

A participação nos cultos pode ser uma forma de tentar se reorganizar e se reestruturar diante das adversidades, e, desse modo, buscar um cuidado integral para si próprio e para seus entes queridos, pois na igreja se sentem cuidados física e espiritualmente. Assim sendo, é comum os relatos de situações de adoecimento que, durante o seu itinerário terapêutico, procuram a igreja antes do serviço de saúde. Um ACS nos fala de sua filha que tinha tido uma crise convulsiva e refere:

“Ia atrás de um carro para poder levar minha filha para o hospital, mas antes eu passei na igreja. Tinha um irmão orando, eu pedi a ele que orasse pela minha filha naquele momento. “Irmão, por favor, faz uma oração aqui pela minha filha e depois sigo o caminho.”

Essa busca pela igreja, pela oração, antes de um atendimento médico, até mesmo em situações percebidas como sendo de emergência, tem significado dentro de uma lógica própria dessas religiões de que a cura das doenças vem após a oração. No entanto, também pode ser pensada em função dos médicos, e dos serviços de saúde em geral, se voltarem

para tratar sintomas específicos, enquanto as instituições religiosas buscam oferecer soluções para as aflições em geral (Fry & Howe, 1975).

4. Considerações finais

A adesão religiosa dos ACS pode ser entendida como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde e das adversidades da vida, tendo em vista que as classes populares vivem em estado de emergência permanente (Valla, 2000), o que, por sua vez, pode levar ao sofrimento e aflição constantes da população. Nos cultos, no compartilhar com outros cristãos, os ACS se sentem cuidados e fortalecidos para exercerem o seu trabalho, pois a auto-confiança e a crença de terem sido escolhidos e estarem sendo orientados por Deus aparecem como forças propulsoras que impulsionam um protagonismo inédito no âmbito individual, coletivo e comunitário (Lima e Valla, 2005).

Na reorientação dos cuidados em saúde, vimos constatando que a dimensão emotiva, do afeto e do comprometimento dos agentes de saúde em relação aos problemas dos usuários tem tido mais eficácia do que a dimensão racional e lógica da palavra (Vasconcelos, 2006). Através da compaixão sentida, da sensação da presença de Deus e da fé, o crente vê a sua vida de outra maneira (Corten, 1996). O ACS religioso, ao realizar o seu trabalho de integralidade na atenção e cuidado à saúde dos moradores, não restringe o seu olhar aos aspectos físicos da doença, mas redimensiona-a em um novo contexto que compreende a enfermidade como uma provação que coloca ao paciente a possibilidade da reflexão acerca dos conflitos morais, afetivos e psicológicos (Mariz, 1994), que podem estar na base dos problemas de saúde de sua clientela.

5. Referências Bibliográficas

CESAR, W. & SHAULL, R. *Pentecostalismo e futuro das igrejas cristãs: Promessas e desafios*. Petrópolis/São Leopoldo: Vozes/Sinodal, 1999.

CORTEN, A. *Os pobres e o Espírito Santo*. O pentecostalismo no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1996. 285p.

FRY, P.F. & HOWE, G. N. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo. *Debate à crítica* n.º 6: 79-94, 1975.

- 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>
- LIMA, C. M. & VALLA, V. V. Religiosidade popular e saúde. *Caderno de Educação Popular*. Rio de Janeiro: CEPEL / ENSP/FIOCRUZ, 2003.
- LIMA, C. M. & VALLA, V. V. Religiosidade popular e saúde: fome de que? In: V ENPEC: Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, 2005, Bauru, *Anais do V ENPEC: Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências*.
- MARIZ, C. Alcoolismo, gênero e pentecostalismo. *Religião & Sociedade* Rio de Janeiro: ISER 16/3, 1994.
- MARTINS, J. S. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: *Caminhada no chão da noite*. Hucitec: São Paulo, 1989.
- MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, set./out. 2004, vol.20, no.5, p.1411-1416.
- MONTENEGRO, A. T. *História oral e memória: a cultura popular revisitada*. São Paulo: Contexto, 1992.
- MONTERO, P. *Da doença à desordem: as práticas mágico-terapêuticas na Umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- RAMALHO, J., Desafios do Pentecostalismo. *Ensino Religioso*, junho/2000.
- SILVA, R. et.al. Do Elo ao Laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 75-90.
- VALLA, V.V, Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, V.V (Org.) *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- 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. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 103-117.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L.; LACERDA, A. A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 267-291.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 39-57, 1998.

_____. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 13-157.