

## **A VIDA RELIGIOSA COMO ESTRATÉGIA DAS CLASSES POPULARES NA AMÉRICA LATINA DE SUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO DO IMPASSE QUE MARCA SUAS VIDAS**

**VICTOR VINCENT VALLA\***

**A** PROPOSTA ORIGINÁRIA da idéia de educação popular em saúde no contexto brasileiro e latino-americano estava relacionada com as preocupações de alguns profissionais de saúde de que a melhoria do seu trabalho nos serviços de saúde passava por uma melhor compreensão das classes populares, que normalmente buscavam resolver seus problemas de saúde por meio dos serviços públicos de saúde. Um dos aspectos centrais da proposta de educação popular e saúde era a percepção de alguns profissionais da necessidade deles mesmos, e seus colegas, de se ter mais sensibilidade com relação aos modos de vida das classes populares para poder, dessa forma, atendê-los melhor porque os compreendem melhor. Um outro aspecto, relacionado com essa melhor compreensão, era a possibilidade de que os profissionais se tornassem facilitadores da proposta de que as classes populares apropriassem para si uma discussão crítica sobre a saúde no Brasil. O desenvolver

---

\* Victor Vincent Valla é professor titular do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e professor da Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense <valla@ensp.fiocruz.br>.

deste processo pode assemelhar-se ao que alguns mediadores experimentam quando trabalham diretamente com os moradores de uma favela ou bairro pobre, em que o principal beneficiado é o próprio mediador ou, no caso de educação popular e saúde, o profissional de saúde, pois sua presença no meio das classes populares permite que ele conheça de perto as condições de vida delas, como também seu modo de falar e de agir. Além do mais, aprende com o dinamismo, criatividade e a emoção com que enfrentam seus imensos problemas, até com alegria. Não há dúvida que nos vários encontros e seminários realizados pela Rede de Educação Popular e Saúde ou Aneps (Associação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde), os profissionais de saúde ampliaram muito seus horizontes intelectuais ao participarem destas práticas.

No decorrer dos anos de vida deste movimento de educação popular e saúde, têm surgido vários conceitos em palestras e publicações: a crise de interpretação é nossa (Valla, 1997); sofrimento difuso (Savi, 2003); apoio social (Lacerda & Valla, 2003); construção compartilhada do conhecimento (Carvalho, Acioli & Stotz, 2001). Destes conceitos, o apoio social é o que tem chamada mais atenção e incentivado mais o debate. O que tem motivado a construção desse conceito é a percepção da imagem do impasse que marca a compreensão da realidade tanto das classes populares como dos intelectuais comprometidos com a mudança social. Na realidade, todos os conceitos acima citados estão relacionados com essa imagem do impasse, até a própria idéia central de educação e saúde. Os problemas vividos são tão intensos e profundos que parecem não ter saída. Como vislumbrar alternativas nesta situação de impasse, aparentemente um beco sem saída, que parece não mostrar nenhuma perspectiva de solução não paliativa para as classes populares?

### **Uma nação marcada pelo impasse**

A conjuntura atual, seja em nível nacional ou internacional, tem contribuído para que a imagem de impasse seja predo-

minante entre alguns que se preocupam com o quadro econômico, social e político. Stotz (Valla & Stotz, 1997) observa que as empresas transnacionais — em número cada vez menor, em virtude de fusões e incorporações — passaram a impor seus interesses em todos os cantos do planeta, envolvendo questões como o grau de proteção das economias nacionais, o âmbito da intervenção direta do Estado na economia, os limites para o endividamento público em função de gastos sociais e assim por diante. No entanto, percebe-se que os sacrifícios impostos à maioria das populações, que vivem apenas do seu trabalho, não têm a contrapartida de economias em crescimento — pelo menos a taxas compatíveis com garantia de melhoria da renda e bem-estar das populações. O mundo do trabalho hoje está constrangido, de um lado, pelo desemprego estrutural e, de outro, pela precarização do trabalho. A situação nos países em desenvolvimento é mais dramática porque políticas, instituições e serviços voltados para a proteção social — que nunca foram muito eficazes e dificilmente tinham caráter universal — vêm sendo revistas, desmontadas ou limitadas.

De um lado, a entrada na economia brasileira do capital especulativo estimula o aumento do desemprego estrutural, em razão dos juros altos usados para atrair os capitais estrangeiros. O crescimento da economia é atrofiada pelas dificuldades que os empresários têm de contrair empréstimos e, como resultado, demitem parte da sua força de trabalho. Cada privatização de uma empresa estatal, até agora, tem resultado na demissão de parcela substancial dos seus empregados. Assim, como alternativa para os desempregados cresce o trabalho informal, de um lado, biscateiros e camelôs, num contexto de precarização e terceirização do trabalho e, de outro, como consequência, cai o número de pessoas que pagam imposto de renda. Se juntarmos a essas questões a da sonegação de impostos por empresários (há estimativas de que mais de 40% deles são sonegadores), pode-se ver que, de várias formas, a arrecadação dos governos não pode crescer o suficiente para possibilitar uma ação mais eficaz do Estado.

A fiscalização do FMI e do Banco Mundial, sobre o controle do governo federal do dinheiro público para a prestação de serviços, faz que os estados e municípios sigam o mesmo caminho. Sabe-se, também, de que atualmente vinte e dois dos estados brasileiros têm acumulado dívidas tão grandes que seria necessário gastar tudo que arrecadam num ano para saldá-las (Rodrigues, 1998).

A proposta hegemônica entre os que se preocupam com a qualidade e quantidade dos serviços básicos e, portanto, com o destino do dinheiro público, é fazer reivindicação e pressão sobre os governantes. Embora se julgue que tal proposta continue sendo necessária e que todo governo somente atue sendo “empurrado”, o que se observa em quase toda a América Latina é uma certa perplexidade quanto aos resultados obtidos. O rígido controle fiscal exercido pelo governo federal e, conseqüentemente pelos estados e municípios, ao lado do forte monitoramento do FMI e do Banco Mundial sobre as contas brasileiras, gera um ambiente de penúria. E os governantes contam com estes limites para ignorar as reivindicações dos setores organizados da sociedade civil de caráter popular. Essa fiscalização mais rígida acaba tendo efeito perverso. Compromissos eleitorais e gastos com empreendimentos que garantem maior visibilidade na sociedade fazem com que os governantes recusem negociar com os movimentos populares para não abrir precedentes com outros que também querem reivindicar. Há, na realidade, controle maior sobre as contas públicas, que ironicamente deixa freqüentemente os movimentos populares sem espaço de negociação.

Há quem possa achar difícil acreditar que o governo brasileiro sofra controle tão grande pelo FMI e o Banco Mundial, pois há todo um esforço oficial de difundir uma imagem de autonomia. Na realidade, a imagem de “impasse” se impõe para descrever o momento atual em que se imaginava ser a oposição o caminho a ser percorrido pelos movimentos populares. O esquema teórico, que indica investimento em bens de consumo coletivo (saúde, educação, estruturas coletivas de lazer, etc.) e

investimento na ampliação da infra-estrutura material para crescimento das empresas (energia, transporte, comunicação, pesquisas, segurança, etc.) como os dois destinos (com demandas crescentes) da verba pública arrecadada mediante impostos, aponta também para uma espécie de confronto, dentro do poder público, entre o que é denominado como a “sociedade civil de caráter popular” e as entidades empresariais e seus aliados.

A esse quadro pode-se acrescentar as dificuldades que os sindicatos enfrentam por causa do problema de desemprego, assim como os partidos políticos com a descrença da população e, em particular, das classes populares de que as eleições possam representar algum tipo de transformação. Embora não seja o caso de todos os políticos, a distribuição de verbas pelo governo federal, assim como o envolvimento em corrupção de um número razoável de políticos, tem o efeito de fazer que as pessoas de poucos recursos vendam ou negociem seus votos.

Uma premissa latente na própria proposta de educação popular e saúde é a de que o campo da saúde pública também se encontra hoje num impasse. No campo da saúde pública, cabe citar o exemplo dos Conselhos de Saúde como outro indicador da imagem do impasse. É importante ter em mente que a regulamentação da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e na Lei Orgânica de Saúde, tem uma coincidência no tempo com a eleição do Fernando Collor de Melo e a aceleração da incorporação da sociedade brasileira ao processo de globalização. De um lado, as medidas aprovadas, principalmente no tocante à criação dos Conselhos de Saúde, foi certamente um avanço; de outro, o rígido e contraditório controle fiscal exercido pelo governo federal — em atendimento às exigências do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial de contenção dos gastos do dinheiro público para pagar a dívida externa ou salvar bancos privados em apuros — tem gerado um ambiente de penúria e controle nos estados e municípios.

O debate sobre os Conselhos de Saúde, sobretudo os municipais, está marcado por este contexto. A importância da parti-

cipação de representantes dos movimentos sociais na VIII Conferência Nacional de Saúde e a aprovação de medidas incentivadoras da participação popular nos Conselhos podem ter tido o efeito de criar uma ilusão ótica, no tocante a considerar os Conselhos como os lugares, “por excelência”, de participação popular na área de saúde. Sem dúvida, os Conselhos representam um espaço importante de participação popular no sistema de saúde, pois são um espaço formal e legal para representantes dos setores organizados da sociedade civil deliberarem sobre os rumos da saúde em seu município. Há, no entanto, uma experiência já acumulada nos Conselhos que indica os limites estreitos em conseguir que as medidas aprovadas sejam levadas à prática.

Justamente pelo fato de que a aprovação do SUS coincide com uma conjuntura de medidas neoliberais, a tendência de muitas das prefeituras no País é exercer excessivo controle sobre o orçamento do setor saúde. Em virtude da difícil situação financeira dos estados e da maioria dos municípios, freqüentemente o trabalho desenvolvido pelos Conselhos é apreciar as decisões já tomadas pelos prefeitos e secretários de saúde. Desde a criação dos Conselhos, se vem debatendo se seu papel é deliberativo ou consultivo. Quem discorda da política do secretário de Saúde, que é quase sempre o presidente do Conselho, entende que um papel consultivo é freqüentemente inócuo com relação às decisões a serem tomadas. Mas, mesmo quando se concorda ser o papel do Conselho Deliberativo, com freqüência, os gastos aprovados superam o orçamento, fazendo que alguns dos conselheiros passem a desempenhar também um papel que alguns profissionais denominam de “reivindicativo”, ou seja, após a decisão tomada como deliberativa, os conselheiros precisam passar a reivindicar o que foi aprovado como direito. Em alguns Conselhos, notadamente no Rio de Janeiro, a demanda por acesso à assistência médica é tão grande, que quase nunca há tempo para discutir questões relativas ao meio ambiente e o controle de epidemias e endemias (Valla, 1995).

Um dos eixos centrais de preocupações com a eficácia dos Conselhos reside no seu caráter de democracia representativa.

Quase sempre o número de entidades populares existentes na região é superior aos cinquenta por cento de vagas reservadas para os “usuários”. Em alguns municípios, a hegemonia da Secretaria de Saúde e a pouca disposição de discutir o orçamento levam os usuários a não acreditarem muito na viabilidade do Conselho. Nestas ocasiões, a “representatividade” é preenchida por “quem aparece”. Assim, pode se perguntar: em que medida os Conselhos são, de fato, representativos da população?

A própria conjuntura de restrição dos gastos públicos contribui para diminuir a disposição das secretarias de Saúde de discutirem o orçamento de saúde com os Conselhos. Este autor testemunhou, numa cidade no interior do estado de São Paulo, um secretário de Saúde afirmar que não havia necessidade de discutir o orçamento porque o município não era do PT e que não havia adotado a política de “orçamento participativo”.

Possivelmente a importância que os Conselhos têm assumido como lugar privilegiado de participação popular no setor de saúde tem resultado numa espécie de “encurralamento” do movimento popular num espaço que muitas vezes é burocrático e de pouca representatividade.

À luz da discussão acima apresentada, podemos tentar pensar o quadro da saúde pública do País e as condições de saúde das classes populares. Certamente a vasta rede de saúde pública — do Programa de Saúde da Família, de centros municipais de saúde e de hospitais públicos — é de importância fundamental para as condições de vida das classes populares. A demanda, no entanto, é tão grande que fazem que as consultas tenham duração de aproximadamente cinco minutos, tornando sua resolutividade muito pequena. Por essa razão, os profissionais têm condições limitadas de atender um tipo de problema que vem sendo levado pelas classes populares aos serviços de saúde. Trata-se de uma queixa que vem sendo denominada de “sofrimento difuso” (Savi, 2003). Alguns profissionais comentam que, de cada dez pacientes, seis trazem a queixa do sofrimento difuso. Certamente não é uma queixa nova, mas algo que está crescendo no País. São queixas vagas e pouco

precisas, como dores em vários locais do corpo, medo, ansiedade, desânimo, mal-estar, sintomas para os quais o sistema de saúde não dispõe nem de tempo, nem de recursos para tratar, pois as queixas não se enquadram em uma categoria precisa de diagnóstico. Na lógica da biomedicina, não são reconhecidas como doenças (Lacerda & Valla, 2003, p. 172). O resultado é a medicalização de problemas que não têm origem orgânica. Na Argentina, Dr.<sup>a</sup> Sylvia Bermann (1995) constata que mais de cinquenta por cento dos medicamentos indicados são psicofármacos e alguns especialistas calculam que a porcentagem é ainda mais alta no Brasil para tratar o que as classes altas e médias chamam de ansiedade ou estresse e as classes populares de “doenças dos nervos” (Valla, 2003).

Pela discussão apresentada acima, é possível apontar para um importante desafio para o debate no campo da educação popular e saúde: as restrições impostas ao quadro econômico e político brasileiro pela sua inserção na economia global e as intensas limitações de interferência dos representantes dos usuários nos conselhos municipais de saúde impõem uma percepção de impasse. Este debate implica um diálogo permanente, de muita angústia, entre os profissionais de saúde e os membros das classes populares que são usuários.

Há ainda fortes limites da capacidade do sistema de saúde, fazendo que a população vá buscando outras saídas para suas queixas. Como diz a professora Madel Luz (1996): ninguém está satisfeito com os serviços de saúde — sejam públicos ou privados — mas a diferença é que as classes altas e médias têm mais acesso a outros recursos para lidar com suas queixas que não são bem abordadas pela biomedicina.

A imagem do impasse aponta para uma discussão das alternativas ao quadro acima descrito. Quando se fala em alternativas, logo surge a pergunta se, dentro dos limites internacionais e nacionais da economia e da política, é possível que o poder público tenha condições de executar uma saúde pública adequada para a população brasileira e, em particular, para as classes populares. Para a educação popular e saúde, a construção



de caminhos de superação dessa situação passa essencialmente pela participação das classes populares como atores centrais. Mas quando a imagem de estar vivendo uma situação de impasse predomina e não se tem vislumbre de superação no curto e médio prazo, como buscar ânimo e como vislumbrar saídas?

Em face destes acontecimentos, como evitar sentir-se esmagado e desesperar-se, buscando saídas compensatórias no consumismo e na diversão desenfreada que são oferecidas aos pobres pelo narcotráfico, prostituição e envolvimento em atividades ilícitas? Como não entrar num processo de depressão e apatia? Como não se deixar levar pelo alcoolismo?

### **Apoio social como estratégia de enfrentamento da situação de emergência permanente vivida pelas classes populares**

Nos Estados Unidos e nos países da Europa, problemas semelhantes vêm existindo há alguns anos. Vários profissionais norte-americanos, preocupados com as queixas da população e com sua insatisfação em relação aos serviços públicos de saúde naquele país, vinham desenvolvendo experiências e investigações sobre outras concepções a respeito da relação entre saúde e doença. O atual modelo biomédico, hegemônico nos Estados Unidos e no Brasil, consolidou-se com descobertas sobre como lidar e superar as doenças infecciosas. Neste campo, ele teve muito sucesso. O problema, como Ivan Illich (1975) constatou anos atrás, é que a medicalização da infecção acabou servindo de modelo de enfrentamento para a maioria dos outros problemas, produzindo o que alguns chamam hoje de “medicalização da sociedade”, sem necessariamente resolver problemas como o do sofrimento difuso. Na tentativa de solucionar esse problema, foram levantadas algumas hipóteses e uma delas é que a origem das doenças estaria muito profundamente relacionada com as emoções.

Goleman (1999) afirma que, segundo a tradição budista tibetana, a doença tende a surgir de um desequilíbrio psicofísico no corpo, resultante de emoções conflitantes como a raiva ou a

ganância. O raciocínio desenvolvido é que uma relação desequilibrada entre os homens e o meio ambiente (entendendo que os homens também fazem parte do meio ambiente) seria a responsável mais geral pelo surgimento da doença. Mais do que a imagem mecânica de que bactérias ou vírus causam a doença quando penetram no corpo humano, o início de uma doença estaria relacionado principalmente com uma reação desequilibrada do homem, causada freqüentemente pelo que se chama genericamente de estresse. Dr.<sup>a</sup> Sylvia Berman<sup>1</sup> nos aconselha, no entanto, a não deixar a palavra estresse escamotear questões importantes, especialmente com relação às classes populares. Há o perigo de transformar a palavra “estresse” num termo genérico, como se todos aparentemente sofressem do estresse da mesma forma. Pois há uma diferença grande entre uma pessoa rica perder muito dinheiro na bolsa de valores e um pobre tentar dormir sabendo que provavelmente haverá um tiroteio entre narcotraficantes e polícia perto de seu barraco na favela.

Trabalhar dez a doze horas por dia num ambiente insalubre, sem carteira assinada, sem proteção social de um plano de saúde e sem garantia de que o trabalho executado vai continuar amanhã é um processo de estresse que muito mais provavelmente pode terminar em doença. Os estudiosos dessa hipótese levantam a idéia de que o desequilíbrio emocional produzido pelo estresse tende a se concentrar num dos órgãos do corpo e, à medida que o estresse se intensifica, pode lesar esse órgão.

Segundo Dr. B. S. McEwen (1998), o estresse é causado por um estilo de vida em que as pessoas estão sistematicamente expostas às agressões de ordem física e psíquica. O “susto contínuo”, comum às classes populares que vivem em condições de pobreza e violência, ainda segundo McEwen, faz que grandes quantidades de adrenalina sejam lançadas no corpo, quando, na realidade, essa adrenalina existiria para momentos especiais de emergência de um indivíduo. Moradores de favelas da região da Leopoldina, Rio de Janeiro, falam em “morrer de sus-

---

<sup>1</sup> Comunicação pessoal.

to”, entendendo que o susto freqüentemente causa picos de hipertensão que, por sua vez, podem causar acidentes vasculares cerebrais e problemas coronários (Valla & Stotz, 2003).

Os investigadores responsáveis pela elaboração da teoria do apoio social trabalham com a premissa de que se a origem da doença está relacionada com as emoções e que sua resolução também estaria relacionada com as emoções. Essa teoria, portanto, inclui a idéia antiga de unidade entre o corpo e a mente. A proposta central do apoio social é a de que quando as pessoas sentem que contam com apoio de um grupo de pessoas (associação comunitária, família, vizinhança, igreja, por exemplo), esse apoio tem o efeito de causar melhoria da saúde das pessoas envolvidas. Esse apoio normalmente se passaria entre pessoas que se conhecem e convivem de forma sistemática, razão pela qual freqüentemente está também envolvida uma instituição ou organização da sociedade civil.

Uma das primeiras experiências com essa proposta ocorreu há alguns anos atrás na Cidade da Guatemala, numa grande maternidade que fazia em torno de vinte e quatro partos diariamente. Separando as gestantes em dois grupos, foi oferecido a um grupo de doze mulheres, acompanhantes que foram trazidas de um bairro popular da cidade. Sem nenhuma orientação, a não ser “tomar conta da gestante”, as acompanhantes cuidavam das mulheres no dia antes do parto, no dia do parto e no dia após do parto. Mesmo com as gestantes não tendo envolvimento prévio com essas acompanhantes, os resultados foram surpreendentes, pois os partos foram mais bem-sucedidos e tiveram menos complicações entre as gestantes acompanhadas. Experiências semelhantes ocorrem hoje por intermédio de voluntárias em hospitais públicos em São Paulo.

No início das investigações de quem trabalhava com a teoria do apoio social, deu-se muita atenção à vida dos idosos nos Estados Unidos (Minkler, 1985). Uma pessoa da terceira idade, com condições satisfatórias de saúde, passa a ter grande probabilidade de contrair doenças depois que sofre determinados baques emocionais, como, por exemplo, a perda do companhei-

ro, a descoberta da incapacidade de trabalhar, ou a perda de uma residência onde se havia morado por décadas. Os idosos inseridos em redes de apoio social tinham menos *chance* de adoecer a partir desses eventos de vida, por contar com apoio emocional contínuo. Uma das reflexões que se levanta é: se esses tipos de eventos de vida dos idosos ocorrem num país desenvolvido, então, são também comuns a grandes parcelas das classes populares num continente como a da América Latina e num país como o do Brasil, onde são freqüentes situações como a perda de entes queridos por violência, os crescentes índices de desemprego, empregos com remuneração vil e a conseqüente situação de não contar com residência própria e tampouco fixa, causada por ambiente de violência repleto de conflitos entre a polícia e grupos de narcotráfico.

Na realidade, a lógica atrás da teoria do apoio social é a mesma que sustenta as chamadas propostas alternativas em saúde. Fala-se das “propostas chamadas alternativas”, porque a palavra *alternativa* suporia que há uma referência diante da qual as outras propostas seriam alternativas, a biomedicina. Na verdade, o modelo biomédico é mais uma entre muitos outros sistemas terapêuticos existentes.

Goldstein (1999) estima que mais de 42% da população norte-americana já utilizou uma forma alternativa de saúde, pois praticamente todas as pessoas sofrem de uma forma ou outra deste fenômeno de estresse. Por contar com mais recursos, as classes médias e altas buscam saídas para suas queixas de sofrimento difuso em serviços e profissionais que não são acessíveis às classes populares. A maioria das propostas conhecidas como “alternativas” — meditação, ioga, tai chi chuan, biodança, homeopatia, massagem, acupuntura, florais, técnicas de relaxamento, *spas*, estâncias hidrominerais, academias e muitas outras — são normalmente oferecidas na esfera privada e custam preços que as classes populares não podem pagar. Além disso, as próprias terapias propostas normalmente seguem uma lógica voltada para as condições de vida das classes médias e altas.

Embora não se pretenda negar os processos de estresse que ocorrem nos membros das classes média e alta, é necessário chamar atenção para o fato de que as classes populares nas grandes cidades tendem a sofrer um processo de estresse muito mais intenso. A vereadora Jurema Batista, da cidade do Rio de Janeiro, pergunta se há um medicamento para pressão arterial alta quando o helicóptero da Polícia Militar sobrevoa a favela com fuzis apontados, procurando componentes do narcotráfico. Um engarrafamento no trânsito pode significar irritações para as classes médias, mas, para o morador da favela, a origem do estresse está freqüentemente relacionado, por exemplo, com uma falta de água contínua, com as quedas freqüentes na voltagem elétrica e a conseqüente danificação dos eletrodomésticos ou com a violência. Embora as favelas do Rio de Janeiro normalmente tenham serviços de água, esgoto e luz, a instalação desses serviços é freqüentemente insatisfatória, dada a tendência das prefeituras de executar essas obras de forma precária e com materiais inferiores e sem qualidade (uma indicação que os gastos públicos em favelas ou bairros pobres tendem a ser inferiores aos executados em bairros de classes médias e altas, utilizando, por exemplo, canos de plástico muito estreitos e instalados no nível do chão e não no subsolo).

Uma das propostas apregoadas para o combate ao estresse é a de introspeção e meditação. Embora teoricamente a prática de meditação não seja impossível em nenhuma circunstância, certamente um lugar relativamente espaçoso e quieto facilita a concentração. Normalmente o período de meditação mais curto, uma hora, é dividido em duas partes: uma meia hora de ouvir uma leitura (para fazer a passagem do ambiente da rua para o da sala de meditação) e uma meia hora de meditação de fato. Fazer isso é uma tarefa difícil para quem trilha o que Chauí (1990) chama o “caminho estreito”, isto é, uma vida de pouco dinheiro, espaço e tempo livre.

Num país cujos serviços de saúde são tão moldados pelo modelo biomédico, dificilmente as atividades propostas na área de saúde alternativa são incorporadas no setor público. Dessa

forma, acabam sendo fornecidos de forma sistemática apenas mediante a algum tipo de pagamento. Embora não seja impossível que atividades de apoio social sejam desenvolvidas numa unidade de saúde pública — grupos de discussão, relaxamento muscular ou meditação — profissionais de saúde que têm tentado adotá-las afirmam que esse tipo de atividade é vista por muitos colegas como forma de “fugir do trabalho”, não merecendo o tempo de um profissional “sério”.

O estresse é causado pelo que os profissionais chamam de “superexcitação do organismo”, e “carga alostática” é o nome que McEwen dá ao conjunto de indicadores de estresse. O que importa nessa discussão é que grande parcela das classes populares está exposta ao que Valla & Stotz (1999) chamam de “um estado de emergência permanente”. A grande imprensa tende a definir o termo *emergência* como acontecimento passageiro — um blecaute ou uma enchente, por exemplo. Uma vez que a água deixe de cobrir os automóveis, ou que a luz elétrica volte, terminou a emergência para a grande imprensa, que molda a percepção dos problemas para a parcela da população que não convive com condições de vida semelhantes, e mesmo para os profissionais de saúde. Mas as condições de vida para muitos moradores de favela mostram esse estado de emergência permanente: distribuição irregular de água, difícil acesso às unidades de saúde, exposição permanente às balas “perdidas” ou ganhar a sobrevivência no mercado informal em processo de saturação.

Não está muita desenvolvida no Brasil a discussão do que seria uma dieta moderada e prudente para as classes populares (McEwen, 1998), levando em conta os custos e as questões culturais. As recomendações que os médicos fazem sobre uma dieta moderada e prudente, como também de exercício físico sistemático esbarram em obstáculos relacionados com as condições de vida das classes populares. Jogar futebol nos domingos à tarde não parece corresponder à idéia de exercício físico sistemático. Mesmo assim, McEwen lembra que essas recomendações não são suficientes em muitos casos, se não houver como agir na causa imediata do problema, pois o estresse tem causas

sociais complexas, que não podem ser resolvidas pela medicina, como a pobreza, más condições de trabalho ou o ambiente poluído. McEwen acrescenta que pesquisas mostram que quanto mais pobre uma pessoa, pior é sua saúde. Esta associação se mantém mesmo nas situações em que se tem acesso a tratamento médico.

Como ser menos competitivo e ansioso, que é uma recomendação dos terapeutas como forma de reduzir o estresse, num mundo onde as ofertas do trabalho formal estão rapidamente declinando e onde o mercado informal está se saturando? Assumir uma postura desarmada, franca e aberta, que é outra recomendação de terapeutas das classes médias, se relaciona pouco com uma grande parcela da população que, como forma de sobrevivência, emprega uma linguagem permeada do “duplo código”, onde o “dizer e desdizer” na mesma frase é um constante (Martins, 1989).

Numa recomendação genérica, alguns terapeutas chamam atenção para a importância do desabafo e do não “engolir sapos”, pois assim, em vez de se expulsar o veneno do corpo, faz-se que seja acumulado e assim, expulso de outras formas. Mas o que pode significar “engolir sapos” ou desabafar para a maioria das classes populares? Desabafar na hora pode resultar em vários desfechos para as classes populares: pode significar perder o emprego, seja no trabalho da fábrica, seja como empregada doméstica. Numa cultura machista, desabafar na hora, ou seja “não engolir sapo”, “não levar desaforo para casa”, pode terminar num enfrentamento com fim incerto, numa discussão acirrada com o empregador ou num bar da favela à meia noite (Valla, 2003).

O que parece evidente é que a crise de “acesso aos serviços” é apenas um dos problemas que os pobres enfrentam com relação à saúde. Se a prevenção, o tratamento e a recuperação não são apenas questões do corpo e sim, como propõe a teoria do apoio social, questões tanto do corpo como da alma, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas, hoje, signifique alguma espécie de busca pela resolução

dessas questões. Uma tentativa de sair da situação de impasse imposta pela conjuntura atual.

Para as classes populares que não têm acesso a outras terapias alternativas de forma ampla que lhes possibilitem a superação da situação de impasse, as práticas religiosas têm-se mostrado um caminho central para a busca de um estado mental diferente, capaz de permitir o vislumbre de saídas e para a construção de espaços coletivos de troca de saberes e emoções capazes de apontar pistas de superação do encurralamento pelo raciocínio que a consideração de tantos fatos negativos trazem. A observação de muitos profissionais de saúde, profundamente inseridos no meio popular, é de que estas práticas religiosas não têm funcionado como uma forma escapista de se atingir uma tranqüilidade interior individualista, mas têm desencadeado formas solidárias e criativas de enfrentamento da difícil situação em que se encontram.

### **Relacionando o apoio social com a religiosidade popular**

Há de se ter cuidado com a interpretação das ações das classes populares e sua relação com a religião, pois o que pode ser visto como tentativa de resolver exclusivamente um problema material poderia bem ser o resultado da vontade de viver a vida de maneira mais plenamente possível. Poderia também ser o resultado de procurar uma explicação, um sentido, algo que faz a vida ter mais sentido e ser mais coerente — que é justamente uma das propostas do apoio social (Cassell, 1976).

É nesse sentido que cabe considerar como uma das explicações para o extraordinário crescimento da presença das classes populares nas igrejas de todas as religiões, mas principalmente nas chamadas “evangélicas” ou “pentecostais”. Atrás dessa procura está também o próprio processo do crescimento da urbanização, juntamente com o conseqüente aumento das demandas dos bens coletivos e individuais e, ao mesmo tempo, a dilapidação dos direitos sociais e humanos. Machado (1996) observa que a falta de apoio institucional nesta época de mu-



danças sociais intensas faz que essas igrejas ofereçam um “potencial racionalizador”, isto é, um sentido para a vida. Mariz (1994), por sua vez, comenta a frágil presença dos partidos políticos, de associações de moradores e do próprio Estado de Bem-Estar Social entre os pobres e que as religiões oferecem alguns grupos de suportes alternativos e criam motivações para se fazer frente à pobreza.

Assim, a busca simultânea por grandes parcelas das classes populares pelo alívio dos seus sofrimentos, mas também a procura da solidariedade e conforto do apoio social fazem que, nas palavras de Fernandes (1994, p. 26), “abaixo da linha d’água, move-se um vasto conjunto heteróclito de articulações em contextos de religiosidade e magia que são não-governamentais, sem fins lucrativos e informais”. E neste contexto a palavra *alívio* pode ser compreendida em dois sentidos: alívio temporário do sofrimento físico e mental, e alívio do processo em que o estresse castiga um determinado órgão do corpo.

Certamente alguns líderes religiosos procuram utilizar suas igrejas como forma de enriquecer ou de angariar votos para seus candidatos. No entanto, essa não é uma explicação satisfatória de porque tantos brasileiros estão procurando as igrejas, e, em particular, as evangélicas e pentecostais, pois muitos outros grupos no Brasil gostariam de fazer o mesmo com as classes populares e não conseguem. Há de procurar outra explicação que relativiza a importância dos líderes religiosos. Possivelmente poderia ser o que Finkler (1985) chama de criação e difusão de “símbolos emocionalmente densos derivados da experiência coletiva daqueles que sofrem” que lhes oferece um sentido, expresso em imagens sintéticas e emocionadas, para a sua situação e a sua luta (Fernandes, 1994, pp. 110-1). Finkler descreve os quinhentos centros espiritualistas e cinco milhões de fiéis no México a respeito do sucesso das curas espirituais para sofrimentos crônicos de uma forma que a biomedicina não é capaz de igualar. Atenuam a dor, quando não a eliminam, e ajudam as vítimas do sofrimento a tornar as suas vidas mais toleráveis e significativas. Referindo-se aos pentecostais

católicos nos Estados Unidos, Csordas (2002, p. 26), com experiência de mais de vinte anos de investigação sobre religião e saúde, comenta que o processo de cura é compreendido como acontecendo em termos de integrar a pessoa curada na comunidade religiosa. A cura eficaz e duradoura é vista como um processo contínuo, auxiliado pelo apoio diário dos irmãos cristãos. Ness (1980, p. 178) considera que essa forma de interação e apoio social pode, a longo prazo, ter maior efeito terapêutico do que os próprios rituais de cura. Numa entrevista recente, Csordas<sup>2</sup> afirmou que, no mundo acadêmico norte-americano, cresce a perspectiva de que a cura é vista como acontecendo por causas religiosas mais do que por razões terapêuticas tradicionais. Csordas também lembra que o processo de cura é visto por muitos como necessário para o crescimento espiritual que, por sua vez, propicia boa saúde. Aponta também que o sistema de cura é holística, pois busca integrar todos os aspectos da pessoa: corpo, mente e espírito (Csordas, 2002, pp. 13-4).

Aqui é possível fazer novamente uma relação com a discussão do apoio social, mediante o qual “tornar a vida mais significativa” se remete ao “controle sobre seu próprio destino” e ver “mais coerência e sentido na sua própria vida”. Cabe perguntar também, dentro da perspectiva da proposta de apoio social, se as melhorias do estado de saúde desses fiéis não vêm mais do fato de “estarem juntos de uma forma sistemática no mesmo espaço físico” do que da ação isolada do líder religioso.

Cabe, no entanto, uma discussão que procura aprofundar o fenômeno da emoção. Como foi registrado acima, os investigadores responsáveis pela elaboração da teoria do apoio social trabalham com a premissa de que se a origem da doença está relacionada com a questão das emoções, portanto, sua resolução também deve estar. No início das suas investigações, na década de 1980, a equipe de Educação, Saúde e Cidadania da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, já havia percebido, da mesma forma como se encontra latente nos escritos de

---

<sup>2</sup> Comunicação pessoal.

Minkler, a relação estreita entre apoio social e emoção. Mas, desde então, resultados de investigações de outros pesquisadores têm sido publicados no Brasil, confirmando essa relação. Nesse sentido, Dr. J. Levin (2001, p. 96) afirma: “Se as emoções podem nos curar e preservar nossa saúde, elas também podem nos fazer ficar doentes”. Goleman (1999, pp. 43-4), por sua vez, complementa a afirmação de Levin, quando diz que as emoções perturbadoras tendem a nos fazer ficar doentes e os estados mentais saudáveis tendem a estimular a saúde.

A proposta central do apoio social é que quando as pessoas sentem que contam com apoio de um grupo de pessoas (associação, família, vizinhança, igreja, por exemplo), esse apoio tem o efeito de causar melhoria da saúde das pessoas envolvidas.

Levin (1999), com suas valiosas investigações sobre apoio social, saúde e religião, nos ajuda compreender com mais clareza o fenômeno do apoio social e religião. No seu livro *Deus, Fé e Saúde*, recentemente lançado no Brasil, são apresentadas mais de trezentas referências bibliográficas. Levin chama atenção para o fato de que os conceitos de apoio social e apoio mútuo são investigados há mais de quarenta anos e, nos campos da sociologia e psicologia, são um dos mais utilizados por pesquisadores.

Uma das questões que Levin destaca é a de que a inibição das emoções pode ameaçar a saúde de uma pessoa e que experiências traumáticas, como incesto, abuso sexual ou um acidente grave, podem fazer que um risco sério à saúde se apresente. A livre expressão das emoções, com pessoas em que se tem muita confiança, representa uma forma de combater as consequências nocivas dessas ameaças. Poder contar com o auxílio dos outros é a essência do apoio social. Esse apoio manifesta-se de formas tangíveis e intangíveis. Tangíveis, por ajuda material ou ajuda física. Intangíveis, por apoio emocional ou psicológico (Levin, 2001, pp. 70-80). A certeza de que se pode contar com o auxílio do outro é a questão central do apoio social. Funciona como uma espécie de amortecedor contra os efeitos nocivos de eventos estressantes e inesperados da vida, como hospitalização, separação de cônjuges ou demissão do emprego.

O risco de adoecimento é combatido pelo fato de se compartilhar com outras pessoas um propósito comum, como as atividades desenvolvidas em partidos políticos, sindicatos ou, no caso deste trabalho, igrejas. Nesse sentido, freqüentar regularmente uma igreja, é um ato necessariamente coletivo, em que a pessoa faz parte de uma rede de obrigação mútua e a crença colabora para dar sentido a um mundo que se mostra caótico. Parker (1996) lembra que, desde a colonização da América Latina, a função da vida religiosa tem sido servir como abrigo da população pobre que busca compreender as contradições e injustiças dos governantes e das classes dominantes.

Corten, no seu livro *Os Pobres e o Espírito Santo: o Pentecostalismo no Brasil*, afirma que o pentecostalismo se caracteriza pela importância dada à emoção, em que até a própria proposta teológica se subordina à “experiência emotiva partilhada” pelos crentes. Há uma reivindicação para que haja uma “experiência emotiva” e esse desejo resulta na alegria demonstrada nos cultos, onde os crentes podem expressar-se como pessoas simples que são (maior ênfase na vivência e menor valorização da elaboração intelectual), resultando em intenso júbilo e entusiasmo. A grande contradição, para muitos dos observadores da classe média, é que são pessoas que freqüentemente vivem na miséria, na doença e em ambientes repletos de violência e, no entanto, experimentam essa intensa alegria de estarem vivas. Corten conta que alguns pastores acreditam que as curas tratam de males que geralmente não são físicos e que se localizam na esfera psicossomática, onde a resolução não passa por medicamentos. Freqüentemente se trata de emoções e de consolo em face de males que não podem ser mudados e, assim, a dignidade do ser humano é o que acaba sendo resgatada. Outras religiões que enfatizam uma discussão mais intelectualizada acabam encarando os cultos pentecostais como tratando de um misticismo arcaico. A idéia corrente na sociedade de que o pentecostal vira as costas para o “mundo” significa rejeitar o mundo dominado pelo mal, o demônio, que freqüentemente é um termo utilizado como metáfora para rejeitar as doenças, a po-

breza e desigualdade, os impulsos neuróticos, a tendência ao individualismo e à violência, não significando necessariamente uma posição fatalista, já que se entende ser necessário combater o demônio. Virar as costas para o mundo capitalista de competição e modernização para construir redes de solidariedade onde, segundo Corten, se doam roupas e alimentação, acham-se empregos para os pentecostais mais necessitados e convidam regularmente os irmãos esmagados pela pobreza para jantarem em sua casa. Surgem cursos de alfabetização nas igrejas onde os fiéis analfabetos sentem o desejo de ler os salmos que cantam.

### **Vida religiosa como uma medicina alternativa para os pobres**

Como foi exposto acima, praticamente todas as pessoas sofrem, de uma forma ou outra, deste fenômeno do estresse. Por contar com mais recursos, as classes médias e altas buscam saídas para suas queixas de sofrimento difuso que geralmente não são acessíveis às classes populares de poucos recursos. A maioria das propostas conhecidas como “alternativas” — meditação, ioga, tai chi chuan, biodança, psicoterapias, florais, homeopatia, acupuntura e outras terapias das mais variadas formas — são normalmente oferecidas na esfera privada e custam preços que as classes populares não podem pagar. Além disso, as próprias terapias propostas normalmente seguem uma lógica voltada para as condições de vida das classes médias e altas.

As múltiplas formas de combate ao estresse, no entanto, não devem ser ignoradas por quem se interessa pela saúde das classes populares. Os resultados dessas novas terapias de relaxamento e meditação têm sido notáveis e reforçam a lógica interna de uma proposta como a do apoio social. Em dois livros de Goleman, *Inteligência Emocional* (1995) e *Emoções Que Curam* (1999), há vários exemplos de como essas terapias produzem melhorias de saúde independente das condições sociais dos pacientes. A questão central dessas terapias alternativas é o trabalho desenvolvido com as emoções e as energias vitais.

Goleman afirma que quando uma pessoa sofre muito estresse, adrenalina é liberada. Mas se o estresse é constante, a liberação sistemática da adrenalina acaba prejudicando as células imunes, chegando ao risco de o processo ser permanente. Ansiedade crônica, longos períodos de pessimismo, hostilidade e cinismo são estados de espírito tão graves quanto fumar muito ou registrar alta taxa de colesterol. Dores de cabeça, úlceras, artrite, asma e problemas de coração são algumas das doenças que podem surgir a partir destes estados de espírito negativos. Isolar-se socialmente, sem ter com quem conversar de uma forma íntima, pode representar um perigo para a saúde tão sério quanto a obesidade, falta de exercício físico ou altas taxas de colesterol (Ventura,1998).

Goleman, tanto no seu livro sobre inteligência emocional como nas suas conversas com o Dalai Lama, discute a importância de um olhar para o mundo que seja otimista e de contar com o apoio sistemático de alguns amigos. Poder falar dos seus problemas financeiros como também da sua insegurança no emprego e na vida conjugal freqüentemente é mais importante para manter a saúde do que somente eliminar a pressão arterial alta ou reduzir a taxa alta de colesterol. Os trabalhos do autor são permeados com estudos comprovando suas posições.

Três investigações são exemplares. A primeira trata de homens que tiveram o primeiro ataque de coração. Dos cento e vinte homens investigados, vinte e cinco foram escolhidos com uma perspectiva de vida pessimista e vinte e cinco com uma perspectiva de vida otimista. A investigação durou oito anos, acompanhando os cinquenta homens. Depois de oito anos, vinte e um dos pessimistas tinham morrido, em relação a apenas seis dos otimistas. Os investigadores concluíram que a perspectiva com que se olha o mundo é mais importante como fator de prognóstico no desenvolvimento da saúde de uma pessoa do que outros fatores mais reconhecidos, como taxa de colesterol, pressão arterial, etc.

A segunda investigação, realizada na Universidade de Stanford, demonstrou que mulheres com câncer da mama em está-

gio avançado, mas que freqüentavam reuniões semanais com seus pares, tiveram o dobro de sobrevivida das mulheres que enfrentavam a doença por conta própria. Na mesma lógica, idosos que sofrem ataques de coração, mas que têm uma relação íntima com duas ou três pessoas, têm mais possibilidade de sobreviver além de um ano depois do ataque do que os doentes sem essas relações íntimas.

O intuito de discutir emoção no pentecostalismo em comparação com melhorias de saúde a partir de exemplos de apoio social ou terapias que procuram desenvolver uma paz de espírito, melhor auto-estima e uma visão otimista da vida, é de levantar a seguinte questão: é possível que as emoções que estão sendo promovidas nos cultos pentecostais possam gerar resultados semelhantes aos acima apresentados nos livros do Goleman?

Certamente há questões metodológicas a serem enfrentadas. *Grosso modo*, os cientistas que trabalham com a unidade entre a mente e o corpo são oriundos dos países centrais e investigam populações que têm padrão de vida superior ao das classes populares do Brasil. Como foi registrado acima, a busca por melhoras de saúde por terapias ditas alternativas é ainda essencialmente uma discussão das classes médias e altas no Brasil. Até o próprio Goleman, quando discute a proposta de lidar com sentimentos negativos como forma de prevenção contra doenças, faz apenas alusão genérica aos pobres. Comenta, de passagem, que os muitos pobres, as mães solteiras e os moradores de bairros com alto índice de crimes, cujas condições de vida fazem que vivam sob muita tensão, “melhorariam de saúde se tivessem ajuda para lidar melhor com o custo emocional devido ao estresse”. Sua atenção está principalmente voltada para populações com melhores condições de vida, o que se poderia chamar “uma classe média globalizada”, não importando a cidade onde mora, Londres, Tóquio, Cairo ou Cidade de México.

O que se propõe metodologicamente é uma “tradução”, isto é, uma adequação da literatura sobre mente e corpo às condições de vida das classes populares brasileiras. Apenas para citar um exemplo, lembrando a investigação relatada sobre visões

otimistas e pessimistas de mundo, como adequar essa discussão às condições de vida de moradores de favelas no Rio de Janeiro, onde a insegurança sobre como conseguir e manter um trabalho remunerado é vivido num clima de violência caracterizada por embates entre a polícia e os narcotraficantes?

Será que a própria maneira como os cultos pentecostais são conduzidos — com gritos e músicas barulhentos que contribuem para que o estado emocional seja intenso — não é uma forma de organização dos ritos que reflete as condições de vida dessas populações, que freqüentemente vivem em estado de ansiosa pobreza e de aguda incerteza, e que se constitui de pessoas simples cuja subjetividade está muito mais marcada pela valorização da vivência do que da elaboração intelectual? Embora haja membros das classes médias que freqüentam os cultos pentecostais, o pentecostalismo, como nos indica Corten, aparece como uma religião dos pobres, e a emoção religiosa marca a categoria da pessoa simples.

### **O apoio mútuo como elemento fundamental da organização social**

R. Castel (1993), em um dos seus trabalhos sobre a precariedade do trabalho, relata a pesquisa de alguns historiadores franceses sobre a vida das classes populares na cidade de Paris no século XIX. Comparavam os preços dos alimentos nas feiras livres com os salários médios destas populações. De acordo com os resultados da investigação, não teria sido possível essas populações pobres terem garantido sua sobrevivência, tal a disparidade entre os preços e os salários. Não encontrando evidências de grande número de mortes, na época pesquisada, os historiadores chegaram à conclusão de que a sobrevivência dessas populações passava pelo apoio mútuo que existia entre elas.

A discussão do apoio social permite que a expressão *apoio mútuo* seja utilizado como derivado. Levin (2001) e Lacerda (2004) consideram que, embora o apoio social venha sendo utilizado como ferramenta para melhorar e garantir a saúde das



pessoas, *apoio mútuo* é uma expressão que aponta historicamente para a maneira como os pobres produzem sua própria sobrevivência. Lacerda chama atenção para o fato de que, dependendo da gravidade do problema de saúde, o apoio social também pode produzir resultados que explicam a sobrevivência de uma pessoa. Nesse sentido, entende que as expressões *apoio mútuo* e *apoio social* são sinônimas.

Kropotkin (1989), anarquista russo, analisa nos primeiros anos do século XX as várias maneiras em que o apoio mútuo se apresenta durante a história da humanidade. Em sua obra extensa, *Apoio Mutuo*, discute as seguintes formas de ajuda mútua na história do mundo: entre os animais, entre os selvagens e entre os homens das cidades bárbaras e das cidades medievais até chegar aos homens da sociedade moderna. Como os homens da sua época, Kropotkin sofria a influência de Darwin e de sua obra *Origem das Espécies* (1859). Amsley Montagu, no prólogo da edição norte-americana do livro de Kropotkin, refere-se à teoria de Darwin de que a amarga luta pela sobrevivência dos animais da mesma espécie e entre os homens, seria o principal fator de evolução e progresso no mundo. Conta, no entanto, a viagem que Kropotkin fez à Sibéria, onde, vendo como os homens sobreviviam aos rigores da neve com a ajuda mútua, fez que tivesse graves dúvidas sobre a teoria de Darwin, chegando a questionar se, de fato, a evolução depende apenas da luta competitiva pela vida. “Dediquei toda minha atenção para estabelecer, antes de tudo, a importância da ajuda mútua como fator de evolução, especialmente a progressiva” (Kropotkin, 1970, p. 22).

Exemplos de ajuda mútua, descritos por Kropotkin, incluem os dos pobres dos bairros operários em Inglaterra do século XIX. Descreve como os vizinhos assistiam a nova mãe e o recém-nascido com alimentação e cuidados; e de como a população manifesta seu apoio aos grevistas das fábricas com alimentação e roupas. Numa determinada passagem do livro, afirma que a ajuda mútua é uma qualidade inerente entre os homens das sociedades, uma percepção dele no início do século XX, seme-

lhante à do neurobiólogo Maturana, hoje, de que a evolução é o resultado do desenvolvimento de capacidades de cooperação e solidariedade.

Com base nessas observações, pode-se chegar a várias conclusões. Uma primeira é que o conceito de apoio social aponta para a melhoria da saúde das pessoas, que em muitos casos pode significar sobrevivência. E que, de acordo com o pensamento de Kropotkin, os pobres do Brasil conseguem a sua sobrevivência por meio do apoio mútuo. Assim, uma das tarefas do trabalho dos profissionais de saúde é ser facilitador desses esforços que a população pobre já desenvolve entre si.

Educação popular e saúde é também uma educação para os profissionais de saúde e não somente para as classes populares, pois, para os pobres, o apoio mútuo ou o apoio social é extremamente enraizado no cotidiano de vida. O profissional de saúde que desenvolver uma relação de convivência e aprendizado com os pobres pode incorporar um rico saber sobre a solidariedade. Um exemplo que pode esclarecer esse ponto é o dos trabalhadores rurais durante o regime militar. Embora este exemplo não inclua uma questão de saúde, ele aponta para as surpreendentes exigências do apoio solidário, enfatizando a necessidade de estar aberto para entender as imprevistas formas de colaboração de que a população precisa.

Durante o regime militar, quando havia interesse em dificultar o trabalho de um sindicato combativo, era comum encaminhar um advogado para inspecionar os livros de contabilidade do sindicato, e se um erro fosse descoberto, era declarada intervenção no sindicato que, em seguida, era fechado. Como se pode deduzir daí, o próprio funcionamento do sindicato era a expressão do apoio mútuo. Essas classes populares não precisavam tanto de orientação política, mas sim de orientação técnica. Não precisavam aprender política, mas precisavam aprender contabilidade, que seria a contribuição de um profissional de contabilidade. A convivência com movimentos sociais vai apontando para o profissional de saúde os caminhos surpreendentes para o fortalecimento do apoio mútuo na sociedade.

## Considerações finais

Embora seja importante procurar compreender o fenômeno da religiosidade popular através da proposta de apoio social e da cultura popular, é necessário um certo cuidado em utilizar exclusivamente essas abordagens. São abordagens que têm como ponto de partida a investigação científica sobre dimensões sociológicas e psicológicas mais concretas. Não há como negar como isso é importante. Há contribuições importantes de vários pesquisadores e, em particular, as de Machado (1996), Corten (1996) e Cesar & Shaul (1999), sobre as melhorias econômicas que ocorrem nas famílias que se vinculam às igrejas pentecostais e evangélicas. Trata-se da renúncia da bebida e do fumo, como também uma certa emancipação da mulher evangélica que ganha autonomia inicialmente para ir à igreja à noite desacompanhada e, depois, para trabalhar fora de casa. São certamente insumos importantes para compreender as mudanças que ocorrem nestas famílias a partir da sua adesão a essas igrejas.

Mas há outras questões que ficam poucas claras. Trata-se do que Waldo César (César & Shaul, 1999) chama de dimensão do transcendente que permeia o pentecostalismo e outras religiões populares: encantamento e alegria diante de uma vida de muita dificuldade e sofrimento, sem grande perspectiva de realização profissional e familiar, na perspectiva em que esse termo é compreendido entre os membros da classe média. Nesse sentido, César afirma que possivelmente o maior milagre que se realiza na proposta da religião popular é a própria sobrevivência diante de tanta miséria e opressão. Essa dimensão espiritual e transcendental, de que fala César, contraditoriamente, acaba favorecendo uma autonomia que corresponde ao que os teóricos do apoio social chamam de “controle sobre o seu próprio destino” (Minkler, 1985).

Mas César insiste em que o que está em discussão não é apenas a prática sistemática de solidariedade e ajuda mútua, que explica em parte a sobrevivência de muitos, mas uma pos-

tura aparentemente alienante que talvez seja o que Parker (1996) chama de resistência e refúgio, um sutil protesto em face de governos cujas decisões políticas não são compreendidas, pois a questão social é, quando muito, um complemento, um apêndice, e não o eixo central das suas propostas.

Como compreender o que César indica como resistência sobre-humana às muitas adversidades resultantes dos governos autoritários e insensíveis? Como compreender o que Cesar denomina de “um espetáculo de êxtase” produzindo uma manifestação tanto pessoal como coletiva, onde frequentemente, como no caso do Pastor Jamil de Santa Cruz (Salles, 2000), os pastores se tornam espectadores?

Será que nós mediadores, professores, pesquisadores, educadores populares não estamos diante do que José Souza de Martins chama de uma “crise de interpretação”, em que não conseguem compreender os inusitados caminhos da organização da vida encontrados pelos pobres para terem uma vida mais intensa? Trata-se de uma discussão desenvolvida por Martins sobre as dificuldades que os profissionais, técnicos e professores, geralmente oriundos da classe média, têm de compreender a fala e o fazer das classes populares. Quando se relaciona essas observações de Martins com a questão da religiosidade popular dos pobres, lembramos uma das premissas de sua discussão: os membros das classes populares produzem conhecimentos e fazem uma avaliação da realidade, e nossa dificuldade está em compreender a lógica com que isso é feito.

Nesse sentido, é necessário acreditar que as classes populares têm um saber importante sobre o que faz bem para elas, independentemente da nossa compreensão das suas escolhas. Assim, entender a dinâmica de elaboração subjetiva e coletiva que acontece nas igrejas pentecostais não depende de nós estarmos de acordo ou não. Cada um de nós tem um caminho próprio em relação à espiritualidade. Mas é preciso fazer um esforço para compreender os diferentes caminhos escolhidos pelos pobres. Nós, os mediadores, professores e técnicos, mesmos com todas as nossas dificuldades materiais, representa-

mos o espaço da garantia e do privilégio, e os pobres estão no espaço da sobrevivência, por isso não podemos projetar e esperar que tenham caminhos de elaboração subjetiva próximos aos nossos.

### Referências bibliográficas

- Bermann, S. *Trabajo precario e salud mental*. Córdoba: Navajo Editor, 1995.
- Bonalume Neto, R. Pesquisa revela “mapa” do estresse. *Folha de S.Paulo*, 1.º caderno, 15/1/1998, pp. 14-5.
- Cassell, E. J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 64(11), pp. 1.040-3, 1974.
- . *The Healer's Art*. Nova York: J. P. Kippincott Company, 1976.
- Castel, R. Da indigência à exclusão, à desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, A. (org.). *Saúde de Locura*, 4, pp. 21-48, São Paulo: Hucitec, 1993.
- Carvalho, M. P.; S. Acioli & E. N. Stotz. Processo de construção do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: E. M. Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, p. 101-15, 2001.
- César, W. & R. Shaull, R. *Pentecostalismo e o futuro das igrejas cristãs. Promessas e desafios*. Petrópolis-São Leopoldo: Vozes, 1999.
- Chauí, M. Notas sobre cultura popular. In: *Cultura e democracia*. São Paulo: Cortez, 1990.
- Corten, A. *Os pobres e o Espírito Santo. O pentecostalismo no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- Cox, H. *Fire from Heaven. The Rise of Pentecostal Spirituality and the Reshaping of Religion in the Twenty-first Century*. Nova York: Addison-Wesley, 1995.
- Csordas, T. J. *Body/Meaning/Healing*. Nova York: Palgrave, 2002.
- Fernandes, R. C. *Privado, porém público. O terceiro setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- Finkler, K. *Spiritualist Healers in Mexico: Successes and Failures of Alternative Therapeutics*. Nova York: Praeger, 1985.

- Goldstein, M. S. *Alternative Health Care*. Temple: Philadelphia University Press, 1999.
- Genro, T. Globalitarismo e crise da política. *Folha de S.Paulo*, 1.º caderno, 25/3/1997
- Goleman, D. *Emotional Intelligence*. Nova York: Bantam Books, 1995.
- Goleman, D. (org.).  *Emoções que curam. Conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- Illich, I. *A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- Ivanissevich, A. 1990. Mulher faz negócio da China. *Jornal do Brasil*, 3/12/1990, p. 30.
- Kropotkin, P. *El Apoyo Mutuo. Un factor de la evolución*. Mostoles (Espanha): Ediciones Madre Tierra, 1989.
- Lacerda, A. & V. Valla. Homeopatia e apoio social: Repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Abrasco, pp. 169-96, 2003.
- Laurell, A. C. Para el estudio de la salud en su relación com el proceso de producción. In: *Taller Latino-americano de Medicina Social*. Medellín: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, pp. 61-94, 1987.
- Levin, J. *Deus, fé e saúde*. São Paulo: Cultrix, 2001.
- Luz, M. T. 1996. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo: Dynamis, 1996.
- Machado, M. D. C. *Carismáticos e pentecostais. Adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Anpocs-Autores Associados, 1996.
- Mariz, C. L. & M. D. C. Machado. Pentecostalismo e a redefinição do feminino. In: L. Landin. (org.). *Pentecostes e Nova Era: fronteiras, passagens*. Nova York: Instituto Superior de Religião (Iser), Série Religião e Sociedade, 17/1-2, 1994.
- Martins, J. S. Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão. In: *Caminhada no chão da noite*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- McEwen, B. S. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338 (3), pp. 171-79, 1998.
- Minkler, M. The Tenderloin Outreach Project: building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly. *Health Educational Quarterly*, 12(4), pp. 303-14, 1985.

- Ness, R. The Impact of indigeneous healing activity: an empirical study of two fundamentalist churches. *Social Science and Medicine*, 14B, pp. 167-80, 1980.
- Parker, C. *Religião popular e modernização capitalista. Outra lógica na América Latina*. Petrópolis, Vozes, 1996.
- Rodriguez, J. C. *Ensaaios em antropologia do poder*. Rio de Janeiro: Terra Nova, 1992.
- Salles, J. *Santa Cruz*. Rio de Janeiro. Vídeo sobre pentecostalismo no bairro de Santa Cruz, 2000.
- Savi, E. *Sofrimento difuso das mulheres das classes populares: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência*. Projeto de mestrado. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003.
- Valla, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio popular numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, suplemento 1, 1999.
- . A crise da compreensão é nossa: Procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 22(2), 1997.
- . Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: M. V. Costa (org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, pp. 151-80, 1998.
- Valla, V. V. & E. N. Stotz (org.). As respostas do movimento popular ao “estado de emergência permanente”. *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis, : Vozes, pp. 87-98, 1999.
- . *Vigilância civil da saúde na AP 3.1. uma proposta de ouvidoria coletiva*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003.
- Vasconcelos, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. In: V. V. Valla Participação popular e controle de endemias. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Suplemento 2), pp. 39-58, 1998.
- Ventura, M. Amar protege o coração. *Jornal do Brasil*, Caderno Vida, 28/1/1998.