

# **Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma Proposta de Investigação Voltada para as Classes Populares**

*VICTOR VINCENT VALLA<sup>1</sup>*

*MARIA BEATRIZ GUIMARÃES<sup>2</sup>*

*ALDA LACERDA<sup>3</sup>*

## **1. Introdução**

O Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSPSA/FIOCRUZ), por meio da linha de pesquisa Educação, Saúde e Cidadania, abriga um núcleo de pesquisadores e professores voltados para o estudo das questões de pobreza, religiosidade popular e saúde. Este, ao longo de dez anos, tem acumulado número substancial de orientações de dissertações de mestrado e teses de doutorado, como também a publicação de artigos e livros. Esse acúmulo de estudos e investigações aponta para a importância de se aprofundar as possíveis relações existentes entre os campos da saúde e da religião na compreensão do processo de saúde-doença das classes populares.

O presente trabalho é fruto de uma parceria com o LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde) e tem como objetivo apresentar a proposta de investigação referente à pesquisa a ser realizada sobre religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde nas classes populares. Essa discussão se torna relevante diante dos limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde e da necessidade de se compreender os caminhos das classes populares para enfrentar seus problemas de saúde-doença.

Os graves problemas de desemprego, a distribuição desigual de renda, a violência crescente e a retração das redes sociais são alguns dos fatores, entre outros, que contribuem para os agravos de saúde da população e indicam os limites do sistema de saúde atual. Nesse ciclo vicioso de pobreza, isolamento e adoecimento, cresce a demanda de atenção médica por agravos psicossociais. Grande parte da população apresenta queixas de ansiedade, angústia, depressão, tristeza, medos, dores generalizadas, denominadas por alguns autores de “sofrimento difuso” (Valla, 1999). Cabe, portanto, questionarmos se a maneira como o atendimento da saúde pública se estrutura no Brasil é capaz de lidar com o sofrimento difuso das classes populares.

Se, por um lado, a análise da conjuntura socioeconômica e política atual evoca um pessimismo diante da situação de miséria radical e da dificuldade em eliminar a pobreza, por outro, cientistas como o professor Milton Santos acreditam que a saída dessa crise passa justamente pelas classes populares. Esse professor fez a seguinte afirmação em palestra na Escola Nacional de Saúde Pública, em 1999: "Na reconstrução do Brasil, cabe a crença de que o caminho a ser seguido vai ser indicado pelas classes populares".

Em consonância com a abordagem de Milton Santos, evidencia-se que a população, nesse contexto de privação e isolamento, vem indicando outros caminhos para ajudar a resolver seus problemas de saúde e aliviar o sofrimento. Os caminhos apontam para formas terapêuticas de atenção e cuidado integral à saúde, não mais restritas ao modelo médico hegemônico. Muitas dessas formas terapêuticas se inserem na categoria de apoio social, tais como os grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos em organizações não-

governamentais, associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de promoção da saúde, entre outros.

O apoio social pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que os sujeitos recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. Trata-se de um processo recíproco – isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio –, o que permite que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma (Cassel, 1976; Minkler, 1985; Valla, 1999). É nesse processo que se apreende que as pessoas necessitam uma das outras, especialmente no que se refere à dimensão da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

Atualmente pode-se constatar a existência de diversas atividades e práticas de apoio social em nossa sociedade. No entanto, o estudo da questão religiosa como uma forma de apoio social vem sendo enfatizado devido à busca crescente das classes populares nessa direção (Valla, 2001 e 2002). A procura pelas religiões populares pode sinalizar a constituição e formação de redes de apoio social como forma de se defenderem de um sistema econômico e político, o chamado *capitalismo selvagem*, que tende a excluí-los da sociedade mais ampla (Parker, 1996; Valla, 2001).

Trabalhar com apoio social e considerar a complexidade que envolve as questões sanitárias pressupõem um trabalho integrado em rede, seja uma rede de usuários ou de profissionais de saúde. A importância da articulação dos profissionais em rede, com enfoque inter ou transdisciplinar, amplia o conhecimento, a troca de experiências e o cuidado integral à saúde. Assim sendo, a pesquisa que estamos desenvolvendo cumpre esse papel, na medida em que integra o componente práticas de saúde, sociedade civil, cultura e cidadania do LAPPIS (LAPPIS, 2004).

A teoria do apoio social trabalha com a premissa de que a origem da doença, assim como sua resolução, está diretamente relacionada às emoções, indicando que essa teoria inclui a idéia antiga da totalidade corpo-mente (Valla, 1999; Lacerda, 2002). Levando-se em consideração a importância de se investigar o papel das emoções no processo de saúde-doença das classes populares e o crescimento da busca religiosa, principalmente das igrejas evangélicas e pentecostais, os objetivos da pesquisa consistem em identificar os problemas de saúde da população que demandam a busca pelas igrejas evangélicas e como essas igrejas lidam com as emoções e os problemas de saúde-doença das classes populares.

Nosso estudo se concentra na Leopoldina, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, pelo fato de ser um local em que predominam a miséria e a pobreza, com grande número de favelas e conjuntos habitacionais de baixa renda. A escolha pelas religiões evangélicas e pentecostais se deveu a sua representatividade nas classes populares, na medida em que se evidencia, nos últimos anos, o grande crescimento desse segmento religioso (IBGE, 2000). Além disso, algumas dessas igrejas vêm desenvolvendo, há muitos anos, trabalhos de assistência, os quais têm estreita relação com os problemas de saúde da população (Valla, 2002).

A metodologia utilizada tem como ferramenta a História Oral (Thompson, 1992) que, neste caso, consiste na constituição de um acervo de depoimentos sobre a história de vida de aproximadamente dez pastores de igrejas evangélicas e pentecostais. Esses pastores convivem nas comunidades onde está sendo realizada a pesquisa e pertencem a uma associação que inclui as igrejas Batista, Assembléia de Deus e Presbiteriana. Em um

segundo momento faremos entrevistas com alguns fiéis que participam dos cultos religiosos das igrejas dirigidas por esses pastores.

## **2. A Necessidade de Investigar o Papel das Emoções e do Apoio Social no Processo de Saúde-Doença das Classes Populares**

Certamente a vasta rede de saúde pública, de centros municipais de saúde e de hospitais públicos, é de suma importância para as condições de vida das classes populares. Já se sabe que há uma crença dessa população de que os serviços públicos são importantes para sua saúde, mas há também a percepção de que muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos nesses locais. É nessa linha de raciocínio que McEwen (1998) aponta para o fato de que a medicina não pode resolver alguns problemas de saúde decorrentes da pobreza, e ressalta que, de acordo com algumas pesquisas, quanto mais pobre uma pessoa, pior é sua saúde, não importando se ela tem ou não acesso a tratamento médico (McEwen, 1988; Bonalume Neto, 1998).

Acresce a isto a existência de um paradoxo entre os anseios da população em relação à resolutividade de seus problemas de saúde no âmbito dos serviços públicos e o atendimento disponível. Os pacientes valorizam a atenção médica, mas o distanciamento da relação profissional-paciente criou uma barreira cultural para muitos sujeitos e grupos sociais que demandam serem efetivamente tratados e não apenas diagnosticados (Luz, 1997).

O tratamento que os pacientes pedem implica o cuidado integral e a atenção ao sujeito enfermo – vistos como indispensáveis no processo de recuperação da saúde. Entretanto, o cuidado foi abandonado pela maior parte dos profissionais de saúde.

Os médicos da biomedicina que atuam nos serviços públicos, em geral, não se atêm ao discurso de seus pacientes, pois isto requer tempo, algo de que eles não dispõem. É verdade que a lógica econômica imposta aos serviços públicos disponibiliza pouco tempo para cada consulta, mas temos que considerar também que faz parte da racionalidade da biomedicina não se ater ao relato do paciente, muitas vezes considerado “impreciso” e “subjetivo”, mas encontrar a doença no organismo, por meio do exame clínico e de instrumentos técnicos.

Assim, diante dos limites do alcance do sistema de saúde, seja na questão do acesso ou da resolutividade, a população vem buscando saídas “alternativas” para suas queixas. Essas saídas “alternativas” se referem tanto às terapias que buscam resolver as queixas de saúde por procedimentos que não são biomédicos, quanto às diversas atividades de solidariedade e apoio social que possam resultar, intencionalmente ou não, em melhorias de saúde (Valla, 1999; Lacerda, 2002).

Embora existam diversas atividades e práticas de terapêuticas não-convencionais presentes na atualidade, tais como o *tai-chi-chuan*, *yoga*, meditação, *shiatsu*, entre outras, muitas ainda não estão amplamente disponíveis nos serviços públicos de saúde e, devido ao seu custo financeiro, tornam-se viáveis apenas para as classes com melhores condições de vida, o que se poderia chamar de uma “classe média globalizada” (Valla, 2002).

Desse modo, apesar de o apoio social ser benéfico para os indivíduos, independentemente da classe social, ele pode ser identificado como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares que convivem diretamente com os problemas decorrentes da pobreza e têm acesso restrito às práticas terapêuticas em saúde. É nesse sentido que Luz (1996) assinala que ninguém na realidade está satisfeito

com os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, porém as classes altas e médias têm mais acesso a recursos para lidar com suas queixas.

Nesse cenário é importante valorizar o modo como as classes populares vêm se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas do cotidiano por meio das atividades e práticas de apoio social, como a organização de alguns grupos religiosos (Valla, 1999; Lacerda, 2002). Uma das premissas é que, por falta de recurso, as classes populares procuram centros religiosos para solucionar seus problemas de saúde.

Nessa perspectiva, as religiões evangélicas e pentecostais, apesar de coexistirem com o mundo moderno, resistem à marginalização que o capitalismo impõe e fazem frente às dificuldades que as classes populares enfrentam em seu dia-a-dia, dificuldades que não vêm sendo resolvidas junto ao governo ou partidos políticos. A falta de apoio institucional em época de mudanças sociais intensas faz com que essas igrejas ofereçam um "potencial racionalizador", isto é, um sentido para a vida (Machado, 1996).

É preciso ter cuidado ao interpretar as ações das classes populares e sua relação com a religião, pois o que pode ser visto como tentativa de resolver exclusivamente um problema material, na verdade pode ser o resultado da vontade de viver a vida mais plenamente possível (Valla, 2002). Desse modo, a busca religiosa pode ser o resultado da procura por uma explicação, um sentido que torne a vida mais coerente, o que por sua vez é uma das propostas do apoio social (Cassell, 1976).

A teoria do apoio social se fundamenta na relação entre apoio mútuo, sentido de controle da própria vida e o estado de saúde dos sujeitos, e aponta para a compreensão do sujeito na sua totalidade de corpo e mente (Cassel, 1976; Cohen & Syme, 1985; Barrios, 1999; Valla, 1999; Lacerda, 2002). É nessa abordagem que a discussão do apoio social amplia a concepção de saúde-doença para além do viés biologicista e abre espaço para se repensar a questão das emoções e do cuidado integral na origem e resolução dos problemas de saúde.

Diversos autores (Goleman, 1995; Spiegel, 1997; Goleman, 1999; Csordas, 2002) vêm discutindo a questão das emoções e sua relação com a saúde, a partir de exemplos de apoio social e/ou práticas terapêuticas que procuram fortalecer a auto-estima, ressignificar as situações de vida e desenvolver a paz de espírito. No entanto, o foco desses trabalhos em geral está voltado para populações com melhores condições de vida (Valla, 2002). As recomendações que Goleman (1995) faz em relação aos jovens de bairros pobres – mães solteiras e viciados em drogas – são certamente inócuas para a realidade brasileira.

Devido à carência de literatura e pesquisas sobre o papel das emoções no processo de saúde-doença das classes populares, entendemos ser relevante aprofundar a discussão em nossa pesquisa. O caminho da espiritualidade e da religião vem, na maioria dos casos, junto com a busca de alívio ou cura dos seus sofrimentos (Valla, 2002). Parece-nos, então, que não cabe um julgamento de antemão sobre os caminhos escolhidos pelas classes populares, mas considerar e analisar a razão da escolha desses caminhos.

### **3. A Busca das Classes Populares pelas Igrejas Evangélicas**

A busca da religião pelas classes populares é bem antiga, desde a época da colonização, e pode ser compreendida como um recurso encontrado para se obter um sentido de vida, de identidade e uma orientação diante das inúmeras dificuldades e incertezas presentes no dia-a-dia (Parker, 1996). Desse modo, ressalta Parker (1996), a busca do sobrenatural estaria mais relacionada com as soluções imediatas de seu cotidiano

do que com a representação da salvação depois da morte. Isto se deve ao fato de que, com a carência material, as classes populares vivem no *imediatismo* ou *presentismo*, ou seja, as experiências vividas os levam a se preocupar em prover o dia de hoje, o aqui e agora, já que o amanhã é incerto (Valla, 1998; Parker, 1996).

É bem verdade que as camadas populares sempre mantiveram a crença em divindades e adesões às religiões tradicionais, como o catolicismo, o judaísmo e o protestantismo. O que constatamos como fazendo parte de uma nova configuração é o aumento significativo da procura, por parte dessa população, de religiões não-convencionais, como as evangélicas e pentecostais, e o grau de intensidade de adesão a essas religiões.

O crescente aumento de novas igrejas evangélicas, atualmente se multiplicando pelo Brasil afora, é fenômeno registrado pelos censos mais recentes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), as igrejas evangélicas cresceram mais que o dobro do ritmo da população brasileira durante mais de 20 anos. De 1970 até 1980, essas igrejas cresceram 5,06% ao ano, enquanto a população cresceu 2,48% ao ano. De 1980 a 1991, o crescimento das igrejas continuou numa taxa semelhante, 5,18% ao ano, apesar de o crescimento da população ter diminuído para 1,93% ao ano.

Chama atenção, nesse processo, além do grande aumento de igrejas evangélicas, a multiplicação de novas denominações religiosas criando ramificações da grande “árvore-mãe” evangélica. Os dados do Censo de 2000 mostram que foram citadas cerca de 1.200 novas denominações religiosas e o Instituto de Estudos da Religião (ISER) diz que, destas, de 60% a 70% são igrejas pentecostais evangélicas (Fernandes, 1998).

“Evangélico” é um termo genérico que cobre o conjunto das igrejas protestantes. São consideradas pentecostais as igrejas que valorizam os chamados “dons do Espírito Santo”, como a capacidade de orar em línguas desconhecidas, a profecia, a ênfase ao dom de cura, além de cultos cheios de expressões de êxtase (Oro, 1999).

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

Esse autor relata ainda que alguns pastores acreditam que as curas tratam de males que geralmente não são físicos e que se localizam na esfera psicossomática, e cuja resolução não passaria por medicamentos. Freqüentemente se trata de emoções de consolo em face de males que não podem ser mudados e, assim, a dignidade do ser humano é o que acaba se afirmando. É nesse sentido que o cuidado integral assume relevância nessas religiões, na medida em que lida com o sentimento das pessoas e favorece o apoio emocional, propiciando aumento da auto-estima por meio de palavras e gestos de conforto e solidariedade.

Outras religiões que demonstram uma discussão mais intelectualizada acabam encarando os cultos pentecostais como um misticismo arcaico. A idéia corrente na sociedade é 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 nas quais se doam roupas e alimentação e se acham empregos para os pentecostais mais necessitados.

Trabalhar com a questão da religiosidade nas classes populares nos remete à discussão desenvolvida por Martins (1989) sobre “a crise de interpretação é nossa”. O autor aponta para as dificuldades que os profissionais, técnicos e professores, geralmente oriundos da classe média, têm em compreender a fala e o fazer das classes populares. Deve-se levar em conta que os membros das classes populares produzem conhecimentos e fazem uma avaliação da realidade e sabem, portanto, qual o melhor caminho, independentemente da nossa compreensão das suas escolhas (Martins, 1989; Valla, 1996).

Nesse sentido, entender o pensamento dos pentecostais não depende de estarmos de acordo ou não. Nós, os mediadores, professores, técnicos e pesquisadores, mesmo com todas as possíveis dificuldades materiais, representamos o espaço da garantia e do privilégio, e os pobres representam o espaço da sobrevivência.

#### 4. O Cuidado Integral e o Campo Religioso da Pesquisa

Diante da grande procura pelas igrejas evangélicas e pentecostais por parte das classes populares, conforme mencionado acima, julgamos importante compreender esses modos diversificados de ver o real e o que essas pessoas buscam nesses espaços.

No primeiro momento da pesquisa, estamos partindo do pressuposto de que a procura por essas religiões pode estar sinalizando um tipo de apoio social para as classes populares. A discussão do apoio social aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde-doença via estabelecimento de relações que envolvem a solidariedade e o cuidado, enfatizando a importância dos relacionamentos sociais na promoção da saúde física e mental (Lacerda, 2002; Lacerda e Valla, 2003).

É nesse sentido que o tema do cuidado assume relevância nesta discussão. O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas sim a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (Boff, 2000). Requer uma atitude de envolvimento, de preocupação e de responsabilização para com o próximo, pois compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida. A relação não é de domínio *sobre*, mas de convivência, e sua centralidade não é ocupada pelo *logos* – razão, mas pelo *pathos* – sentimento.

A palavra cuidado, de acordo com Boff (2000), deriva do latim *cura*, usada em contextos de relações de amor e de amizade. Outros derivam cuidado de *cogitare-cogitatus*, tendo o mesmo sentido de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação.

No mesmo sentido, Foucault (1985) entende o cuidado como uma forma de se relacionar com o mundo, e assinala que, atualmente, o cuidado tem assumido uma perspectiva individualista, em que a necessidade de cuidar de si e do corpo predomina sobre as outras formas de cuidado, passando a se constituir em prática social. Esse individualismo, prossegue o autor, remonta ao mundo helenístico e romano, onde se conferia cada vez mais espaço aos aspectos privados da existência, aos valores da conduta pessoal e ao interesse que se tem por si próprio.

Os cultos evangélicos podem ser compreendidos como espaços de convívio e de práticas de apoio social, via estabelecimento de relações sociais sistemáticas. No entanto, as relações sociais vividas no seio dessas religiões não podem ser consideradas

movimentos sociais, no sentido de representarem uma força de modernização capaz de provocar mudanças nas estruturas sociais da sociedade como um todo (Löwy, 2000). É nesse sentido que a nossa compreensão do tema do cuidado entre os evangélicos se aproxima da proposta por Foucault, isto é, numa perspectiva individualista, na qual os fiéis são estimulados a cuidarem de si por meio de estratégias individualizantes. Tal como o sociólogo Max Weber (1985) havia demonstrado em seus estudos sobre a ética protestante, as igrejas evangélicas não estimulam a ação coletiva, mas promovem estratégias individuais de mobilidade ascendente, por meio de uma nova conduta moral, bem afinada com o “espírito capitalista” de competição individual e acumulação privada.

Dentro dessa perspectiva, apesar de essas igrejas não estimularem a ação coletiva, não podemos menosprezar o efeito terapêutico que a participação nos cultos propicia aos freqüentadores: seja porque cuida dos fiéis por meio do apoio social/emocional oferecido pelas palavras de conforto e estímulo, sem culpabilizá-los por suas atitudes, ou por propiciar um ambiente acolhedor, no qual os sujeitos são ouvidos em suas queixas e problemas, ou ainda pela formação de uma rede social, em que se divulga a oferta de trabalhos e empregos.

Importante motivo que leva as pessoas a procurar esses espaços é o fato de chefes religiosos atribuírem sentido ao sofrimento dos adeptos, ou seja, eles oferecem princípios de explicação aos fiéis para as coisas que aparecem desordenadas em suas vidas. (Figueira, 1996). Como exemplo, podemos nos referir ao modo como os pentecostais interpretam os comportamentos desviantes, tais como traição, agressão física, alcoolismo e outros vícios. Esses desvios são entendidos como sintomas de uma crise espiritual decorrente da ação de espíritos malignos ou forças demoníacas que atuam na vida do indivíduo, destruindo sua personalidade - em conseqüência, a pessoa age de maneira incontrolável, agredindo seus familiares.

Nessa visão, somente a religião poderá curá-lo, ao exorcizar as forças demoníacas (Machado, 1996). Conforme Figueira (1996) ressaltou, a religião não impede que circunstâncias aterradoras ocorram na vida dos indivíduos, mas à medida que atribui significado a tais acontecimentos fornece recursos para controlar o sofrimento que elas causam. Do mesmo modo, nas igrejas as pessoas encontram respostas para seus problemas e se sentem satisfeitas com isso. Entretanto, isto não quer dizer que os problemas sejam realmente resolvidos.

O reforço à fé do praticante não pode deixar de ser mencionado como importante estratégia de resistência à pobreza. A fé em Deus redimensiona a vida do fiel, dando-lhe abrangência maior do que a vida difícil que se leva no dia-a-dia, e o força a lutar por melhores condições de vida. A fé, ao oferecer um “senso de coerência”, dá sentido à vida do crente e, com isso, não deixa a esperança morrer. Esse sentimento é visto como mais importante do que os milagres que porventura as religiões possam oferecer. O testemunho, muito comum nos cultos evangélicos, é a demonstração de sua fé. E a fé é anterior à cura – aliás, é condição para a cura, pois “a pessoa não tem fé porque foi curada, mas ela é curada porque tem fé” (Figueira, 1996, p. 68).

Nas igrejas pentecostais, outra estratégia para fortalecer a auto-estima é o empenho em construir uma identidade de pessoa decente ou “gente de bem”. Como Mariz (1994) assinala, numa situação de extrema pobreza, a auto-estima ou dignidade pessoal é muito abalada. Portanto, a preocupação dos evangélicos de modo geral e dos pentecostais em se vestirem com decência, usando roupas discretas e “sérias”, é vista como uma forma de se protegerem socialmente e não serem tratados como vadios ou ladrões.

Por outro lado, Illich (1975), ao abordar a questão do cuidado, faz uma crítica ao cuidado heterônomo, expropriador da saúde dos indivíduos, presente na medicina atual. O autor associa saúde ao grau de liberdade de lutar e de se auto-afirmar que um indivíduo possui. Nesse sentido, entende que a medicina atual, pautada no desenvolvimento tecnológico, expropriou a saúde dos indivíduos, na medida em que delegou para si o saber referente ao cuidado com a saúde, desqualificando as práticas tradicionais e/ou alternativas, deixando o homem moderno despreparado para lidar com o adoecimento, o sofrimento e a morte.

Acresce-se a isto o fato de que, em geral, na medicina dominante em nossa sociedade, especialmente no atendimento público de saúde, os sujeitos são vistos como portadores de doenças, não sendo valorizados em sua humanidade e individualidade. Outro fator agravante é o fato de que a medicina privilegia os aspectos físicos/biológicos da doença, em detrimento dos fatores subjetivos que influenciam no adoecimento dos sujeitos, esfera restrita aos atendimentos psicológicos.

As religiões, por outro lado, comungam da idéia de que os seres humanos são compostos por uma unidade formada por um corpo físico e um espírito ou alma que lhe dá vida. Assim, se a prevenção, o tratamento e a recuperação das doenças não são apenas questões do corpo e sim, como propõe a teoria do apoio social, questões da unidade corporeamente, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas hoje signifique alguma espécie de busca pela resolução dessas questões (Valla, 2002).

## **5. Considerações Finais**

O presente trabalho é uma proposta de investigação interinstitucional em parceria com o LAPPIS e deve servir como objeto de reflexão e questionamento. Julgamos importante problematizar e discutir os aspectos teórico-metodológicos que vêm nos preocupando em nossas pesquisas. Neste sentido, há questões que merecem ser aprofundadas, e uma delas se centra nas emoções e se refere a uma das principais premissas da teoria do apoio social: se de fato a emoção está relacionada com o surgimento, bem como com a superação, do sofrimento e/ou da doença. Outra questão é se a fé, conforme afirma Parker (1996), pode fornecer energia positiva que permitiria aos fiéis enfrentar de maneira pragmática seus impasses.

Diante dos limites dos serviços públicos de saúde em lidar com a demanda crescente de adoecimento profundo da população, a busca pelas religiões evangélicas pode ser entendida como uma estratégia para enfrentar os problemas cotidianos, principalmente no que se refere às condições de saúde. Essa manifestação da sociedade civil indica que a solução das pessoas pode passar pelo apoio das famílias e pelas redes de solidariedade. Portanto, a busca da população se dá a partir de um impasse, seja em decorrência das dificuldades de acesso e resolutividade no âmbito dos serviços públicos de saúde ou da necessidade de encontrar um sentido de vida nesse contexto de pobreza e precariedade.

Além disso, temos também evidenciado o impasse do Estado, da Saúde, da Educação, da Academia, entre outros, em lidar com a pobreza aguda e a desigualdade absoluta. A literatura existente sobre a discussão do papel das emoções no processo de saúde-doença da população não tem como foco as classes populares, e grande parte dos estudos ainda está voltada para as classes média e alta.

Nessa perspectiva, essa pesquisa pode trazer alguma contribuição, pois a associação de pastores, acima referida, tem algumas características singulares em comparação com as igrejas evangélicas e pentecostais mais conhecidas e estudadas, que é o fato de os pastores

conviverem com as populações pobres e, dessa forma, compartilharemos com esses moradores alguns dos perigos e incertezas que os afligem. Esses pastores vivenciam os problemas existentes na comunidade, o que nos leva a questionar e investigar como a qualidade de convivência entre pastores e fiéis influi na forma de cuidado que é oferecida.

Essa situação é atípica em relação ao que ocorre em grande parte das igrejas evangélicas e pentecostais, também chamadas de religiões do espetáculo ou performáticas, em que os pastores lidam essencialmente com fiéis pobres, porém não necessariamente convivem nas comunidades e, portanto, não vivenciam os mesmos problemas enfrentados por essa parcela da população.

As questões levantadas são alguns dos pontos metodológicos que representam dúvidas a serem perseguidas na investigação atualmente em andamento.

## Referências

- BARRIOS, P. C. Plan de salud personal: una vía para reapropiarnos de nuestros espacios internos. IN: Curso Nacional Teorico Practico de Aplicación Clínica y Social de la Psiconeuroinmunologia, II., *Resumos*, Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999, p. 159-174.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BONALUME NETO, R. Pesquisa revela ‘mapa’ do estresse. *Folha de São Paulo*, p. 14-15, 15 jan. 1998.
- CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, v. 104, p. 107-123, 1976.
- CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, v. 306, p. 639-645, 1982.
- COHEN, S. & SYME, L. Issues in the study and application of social support. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Social support and health*. London: Academic Press, 1985, p. 3-22.
- CORTEN, A. *Os pobres e o Espírito Santo*. O pentecostalismo no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1996.
- CSORDAS, T. J. *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave, 2002.
- FERNANDES, R. C. et alli. *Novo nascimento*. Os evangélicos em casa, na igreja e na política. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.
- FIGUEIRA, S.M.A. *Jesus, o médico dos médicos*. A cura no pentecostalismo segundo usuários de um serviço local de saúde. Dissertação. 1996 (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade 3: cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GOLEMAN D. (Org.). *Emoções que curam*. Conversas com o Dalai Lama sobre mente alerta, emoções e saúde Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- GOLEMAN D. *Emotional intelligence*. Bantam Books: New York, 1995.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE - **Dados do Censo de 2000.**

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

LACERDA, A. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. Dissertação. 2002 (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE (LAPPIS). Disponível em <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em maio 2004.

LÖWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

LUZ, M. T. *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*. Campinas: Autores Associados, 1996.

MARIZ, C. Alcoolismo, gênero e pentecostalismo. *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, v. 16/3, 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*, v. 338, n. 3, p. 170-171, jan.1988.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, n. 12, p. 303-313, 1985.

MONTENEGRO, A. T. *História oral e memória: a cultura popular revisitada*. São Paulo: Contexto, 1992.

ORO, A. P. Neopentecostalismo e conflitos éticos. *Religião e Sociedade*, v.20, n.1, p. 39-54, 1999.

PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1996.

SPIEGEL, D. Apoio social; como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. (Org.). *Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p. 283-298.

THOMPSON, P. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

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

\_\_\_\_\_. O que a saúde tem a ver com a religião. In: VALLA, V. V. (org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 113-139, 2001.

\_\_\_\_\_. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 66-75, 2002.

\_\_\_\_\_. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v., 14 p. 7-18, 1998.

\_\_\_\_\_. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, v. 21, p. 177-190, 1996.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1985.

<sup>1</sup> Doutor em História pela Universidade de São Paulo; pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense; coordenador da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq; pesquisador do LAPPIS e integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas das instituições de saúde”.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; pesquisadora visitante do convênio FIOCRUZ/FAPERJ; pesquisadora das linhas de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania” e “Racionalidades Médicas”, ambas do CNPq.

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; pesquisadora da linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, do CNPq; pesquisadora do LAPPIS e integrante do projeto “Integralidade: saberes e práticas das instituições de saúde”.