



**Universidade Federal do Piauí  
Campus Ministro Reis Velloso  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPsi**

**Matheus Barbosa da Rocha**

**Nos Batuques dos Quintais: As Interfaces do Cuidado em Saúde entre Religiões  
de Terreiros e Equipes de Saúde da Família**

**Parnaíba  
2018**

**Matheus Barbosa da Rocha**

**Nos Batuques dos Quintais: As Interfaces do Cuidado em Saúde entre Religiões  
de Terreiros e Equipes de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Kalliny de Sousa Severo

Coorientador:

Prof. Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva

**Parnaíba  
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial Prof. Cândido Athayde – Campus Parnaíba  
Serviço de Processamento Técnico

R672b Rocha, Matheus Barbosa da.  
Nos batuques dos quintais: as interfaces do cuidado em saúde entre religiões de terreiros e equipes de saúde da família [manuscrito] / Matheus Barbosa da Rocha. – 2018.  
256 f. : il. color.

Impresso por computador (printout).  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Piauí, 2018.  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Kalliny de Sousa Severo.  
Coorientador: Prof. Dr. Antônio Vladimir Félix da Silva.

1. Interações Sociais. 2. Religiões de terreiros. 3. Estratégia - Saúde - Família. 4. Psicologia Social. I. Título.

CDD: 302

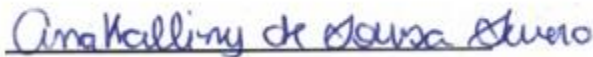
**Matheus Barbosa da Rocha**

**Nos Batuques dos Quintais: As Interfaces do Cuidado em Saúde entre  
Religiões de Terreiros e Equipes de Saúde da Família**

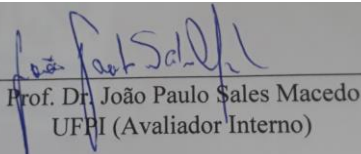
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 26/11/2018

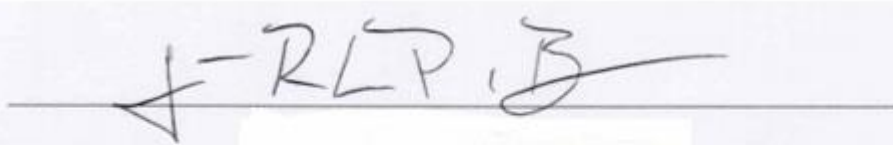
Banca Examinadora:



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Kalliny de Sousa Severo  
UFRN (Orientadora)



Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo  
UFPI (Avaliador Interno)



Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros  
UFC (Avaliador Externo)

## **Agradecimentos**

À minha mãe, Francisca Barbosa da Rocha, pelo carinho e afeto e acima de tudo por compreender o meu desejo em seguir a vida acadêmica, apesar dos inúmeros desafios que emergem nesse processo.

À minha orientadora, Ana Kalliny de Sousa Severo, por ter aceitado o desafio de orientar uma dissertação sobre uma temática que em muito me desterritorializava e ter sustentado esse desafio mesmo com o fato de professora e aluno residirem a 990 km de distância. Muito obrigado por se revelar uma docente comprometida e implicada apesar do inúmeros desafios cotidianos.

Ao meu co-orientador, Antônio Vladimir Félix da Silva, por ter acreditado e embarcado na ideia dessa pesquisa desde meu ingresso no mestrado. Sou imensamente agradecido pelos suportes teóricos, técnicos e afetivos que nossos encontros me proporcionaram.

À Alessandra e Osmar, por terem me permitido participar como ouvinte das problematizações tecidas pela disciplina “Relações Étnico-Raciais, Gênero e Diversidade”, ministradas no curso de Pedagogia, o que me permitiu refletir mais profundamente sobre as cosmologias africanas, bem como sobre o significa ser negro na sociedade contemporânea.

Ao professor João Paulo Macedo, por ter lido esse trabalho com bastante dedicação e esmero em diferentes momentos do mesmo: no processo seletivo de ingresso no mestrado; na jornada de pesquisa; na qualificação e agora na defesa. Em todos esses momentos, sempre trazendo questionamentos necessários e que me possibilitaram, em determinadas circunstâncias, expandir meus horizontes e, em outros, realizar rasgos e dobras.

Ao professor João Paulo Pereira Barros, pelas contribuições cuidadosas e perspicazes com essa dissertação.

À professora Monalisa Pontes Xavier, minha eterna orientadora do coração, por ter me possibilitado ingressar, durante o meu processo de graduação, em seu grupo de pesquisa, o que me permitiu adentrar nos estudos sobre o contemporâneo e a produção de subjetividade. Obrigado por ter me apresentado uma arte de ser docente, psicólogo e pesquisador bastante comprometida e implicada. Sem sua figura no meu processo formativo, sonhar com o mestrado não seria possível.

Aos colegas da primeira turma do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPI, de modo especial à Thalita, Andressa, Maira e Bruno, por compartilharem comigo momentos de alegria e desespero, situações estas em que problematizávamos a sociedade contemporânea, a Psicologia e nossos modos de fazer pesquisa.

À Thalita, pela ótima pessoa que ela sempre se revela ser. Obrigado pelos quase dois anos de amizade.

À Amábile, por ser uma amiga de longa data, que me acompanhou na graduação e agora no mestrado.

Às minhas amigas da segunda turma, mais especificamente Brisana e Tacyanna, por serem amigas e companheiras de profissão com um fazer psicológico bastante comprometido e implicado.

A todos os participantes que compuseram esse estudo, fossem eles dos terreiros ou das Equipes de Saúde da Família.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

*O objetivo não expresso dessa ideologia é negar ao negro a possibilidade de autodefinição, subtraindo-lhe os meios de identificação racial. Embora na realidade social o negro seja discriminado exatamente por causa de sua raça e da cor, negam a ele, com fundamentos na lei, o direito à autodefesa. A constituição do país não reconhece as entidades raciais, todo mundo é simplesmente brasileiro. [...]. Nenhum meio legal de protesto, de busca de alívio contra a injustiça racial, existe para o grupo discriminado e oprimido, desde que a lei – formal e distante – recolhe a todos em seu seio democrático (Nascimento, 1978, p. 79).*

## **Lista de Ilustrações**

<b>FIGURA 1</b> – Mapa da Cidade de Parnaíba-PI .....	39
<b>FIGURA 2</b> - Distritos Sanitários de Parnaíba-PI .....	42



## Lista de Abreviações

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>ABS</b>	Atenção Básica em Saúde
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária em Saúde
<b>APTMA</b>	Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão
<b>CAM</b>	Comitê de Articulação e Planejamento
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NOB-SUS</b>	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PLANAPIR</b>	Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNDH</b>	Plano Nacional de Direitos Humanos
<b>PNEPS-SUS</b>	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
<b>PNSIPN</b>	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RENAFRO-SAÚDE</b>	Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde
<b>SESAC</b>	Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SWOT</b>	Forças. Fraquezas. Oportunidades Ameaças
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## Resumo

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) levou a mudanças de perspectivas que resultaram em críticas ao modelo hospitalocêntrico e maior enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS). Na realidade brasileira, esse nível é operacionalizado principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Às ESF's é incumbido que as mesmas interajam com os espaços sociais da comunidade e promovam cuidados em saúde através de relações democráticas, equânimes e horizontais. De modo geral, essas interações da ESF com as práticas de cuidado em saúde promovidas pelos povos terreiros mostram-se necessárias. O objetivo desse estudo consistiu em investigar os processos de interações entre religiões de terreiros e ESF's nas ofertas de cuidado em saúde aos territórios em que estão inseridos e aos adeptos/consulentes das religiões afro-brasileiras. Para isso, utilizamos o referencial da Análise Institucional “no Papel”. Os sujeitos foram divididos em três grupos: no primeiro tivemos três líderes de centros religiosos afro-brasileiros; no segundo, praticantes/consulentes desses estabelecimentos religiosos; e no terceiro, os profissionais das três ESF que cobriam os respectivos terreiros investigados. Como instrumentos, utilizamos entrevistas semi-estruturadas com os líderes religiosos; observação participante das cerimônias espirituais; conversas informais com os consulentes; e uma roda de conversa com cada ESF. Promover saúde nesses espaços expressa perspectivas de cuidado em saúde que se contrapõem às racionalidades biomédicas, positivistas e cartesianas, fazendo referência a terapêuticas como: uso de plantas com finalidades terapêuticas; recebimento de rezas e passes; consultas com cartomantes; atendimentos com as divindades e desenvolvimento de projetos sociais e comunitários. As ESF's terminam funcionando num viés curativo-preventivista, o que desemboca na premissa de que seriam os profissionais da saúde os detentores “oficiais” das práticas de cuidado. Dentre as possibilidades de dialogias, conseguimos identificar as seguintes: ausência de atividades conjuntas; reconhecimento mútuo sobre a eficácia e a importância do cuidado em saúde promovido tanto pelos terreiros como pelos serviços de saúde; desenvolvimento de ações conjuntas por iniciativa das ESF's; e atividades promovidas pelos povos de terreiros em decorrência das suas articulações políticas, sendo esse último caminho deveras enriquecedor para se pensar as interfaces serviços-terreiros.

**Palavras-Chave:** religiões de terreiros, estratégia de saúde da família, interações, cuidado

## Abstract

The creation of the Brazilian Unified Health Care System (SUS) led to the defense of health perspectives contrary to the hospital-centered model and a greater focus on Primary Health Care (APS). In Brazilian reality, this level of complexity is mainly implemented by the Family Health Strategy (ESF). These teams are responsible for interacting with the social spaces of the community, as well as promoting health care through democratic, equitable and horizontal relationships. In general, these interactions of the ESF with the health care practices promoted by the terreiros are necessary. This study aimed to investigate the processes of interaction between religions of terreiros and ESF's in health care offerings to the territories in which they are inserted and to the adepts /consulters of afro-brazilian religions. For this, we use the Institutional Analysis "in the Paper". The participants were divided into three groups: in the first, we had three leaders from Afro-Brazilian religious centers; in the second, practitioners /consultants of these religious establishments; and in the third, the professionals of the three ESF that were located in the communities of the respective terreiros investigated. As instruments, we use semi-structured interviews with religious leaders; participant observation of spiritual ceremonies; informal conversations with the consultants; and a conversation wheel with each ESF. The promotion of health in these spaces expresses perspectives of health care that are opposed to the biomedical, positivist and Cartesian rationalities, referring to therapeutics such as: use of plants for therapeutic purposes; receiving prayers and passes; consultations with fortune tellers; services with the deities and development of social and community projects. The ESF's, for the most part, work from a curative and preventive perspective, leading to understandings that health professionals are the "official" custodians of care practices. In this research, we were able to identify the following possibilities of ESF-terreiros interfaces: absence of joint activities; mutual recognition on the effectiveness and importance of health care promoted by both terreiros and health services; development of joint actions at the initiative of the ESF; and activities promoted by the people of the terreiros as a result of their political articulations, the latter being a very important way to think about the interfaces between the terreiros.

**Keywords:** religions of terreiros, Family Health Strategy, interactions, health care

## Sumário

<b>“Vamos abrir nossa gira, com licença de Oxalá”</b> .....	13
<b>1. Colocando as Miçangas na Guia</b> .....	32
<i>1.1 Primeira Miçanga: Matriz Teórico-Epistemológica.</i> .....	35
<i>1.2 Segunda Miçanga: Os Locais</i> .....	39
<i>1.3 Terceira Miçanga: Os Sujeitos</i> .....	43
<i>1.4 Quarta Miçanga: Os Instrumentos</i> .....	45
<i>1.5 Quinta Miçanga: Os Procedimentos</i> .....	48
<i>1.6 Sexta Miçanga: A Análise</i> .....	61
<b>2. “Bate forte o tambor”: Eu quero é entrar na gira com meu Orixá</b> .....	63
<i>2.1 “Gritos, ais, maldições, preces ressoam!”</i> .....	63
<i>2.2 Umbanda</i> .....	69
<b>3. “Alô, Orixás!” ... Avisem à todos: “Sobre o cuidado vamos falar”</b> .....	76
<b>4. Oxalá, Oxalá... “Os médicos dos brancos” de teus filhos eles devem cuidar</b> .....	90
<i>4.1 As Políticas de Equidade em Saúde para População Negra</i> .....	90
<i>4.2 As Políticas de Equidade para população negra no contexto da Atenção Básica em Saúde</i> .....	110
<b>5. “O que o ‘doutô’ faz lá, eu também faço cá” ... O cuidado em saúde nos terreiros e suas interfaces com a Estratégia de Saúde da Família</b> .....	120
<i>5.1 Compreensões dos Povos de Terreiros sobre Saúde, Adoecimento e Cuidado</i> .....	120
<i>5.2 O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras</i> .....	150
<i>5.3 As Artimanhas do Cuidado em Saúde promovido pela ESF em relação aos Povos de Terreiros</i> .....	196
<i>5.4 Interações nas Ofertas de Cuidado em Saúde entre Religiões de Matrizes Africanas e Estratégia de Saúde da Família</i> .....	217
<b>6. “Vamos fechar nossa gira, com licença de Oxalá”</b> .....	232
<b>Referências</b> .....	236
<b>Anexos</b> .....	253
<i>Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> .....	253
<i>Anexo II – Roteiro de Entrevista (Líderes de Terreiros)</i> .....	255
<i>Anexo III – Roteiro da Roda de Conversa com os profissionais da ESF</i> .....	256

## **“Vamos abrir nossa gira, com licença de Oxalá”<sup>1</sup>**

Essa dissertação de mestrado ambicionou investigar os processos de interações entre religiões de terreiros e Equipes de Saúde da Família (ESF) nas ofertas de cuidado em saúde aos territórios em que estão inseridos e aos adeptos/consultentes das religiões afro-brasileiras. Por conta disso, alguns questionamentos emergem como direcionadores do nosso<sup>2</sup> percurso investigativo, a saber:

Quais concepções dos praticantes e consultentes das religiões de terreiros sobre saúde, adoecimento e cuidado? Como se processam as práticas de cuidado em saúde promovidas pelas religiões afro-brasileiras direcionadas aos seus praticantes, consultentes e à comunidade de forma geral? Quais estratégias de cuidado em saúde são desenvolvidas pelas ESF's em relação aos povos de terreiros? E, de que modo ocorrem as interfaces nas ofertas de cuidado em saúde entre religiões de matrizes africanas e ESF?

Com isso posto, acredito que o melhor caminho para adentrar nas problematizações tecidas no decorrer dessa pesquisa seja compartilhando convosco como se originou o desejo em pesquisar os processos de cuidado em saúde nos terreiros e trazendo à tona quais instituições<sup>3</sup> atravessam experiências. Durante o ano de 2015, atuei como estagiário em cinco comunidades

---

<sup>1</sup> Estamos fazendo referência ao seguinte cântico umbandista: “Vamos abrir a nossa gira, // Com licença de Oxalá, // Vamos abrir a nossa gira, // Com licença de Oxalá, // Salve Xangô, // Salve Iemanjá, // Mamãe Oxum, Nanã Buroquê, // Salve Cosme e Damião, // Oxóssi, Ogum, // Oxumaré, // Salve Cosme e Damião, // Oxóssi, Ogum, // Oxumaré”.

<sup>2</sup> Em nosso percurso investigativo, optei por utilizar sentenças na primeira pessoa do singular para fazer menção a experiências pessoais e na primeira do plural para me referir a posicionamentos teóricos, metodológicos e epistemológicos adotados nesse estudo e que foram pactuados em espaços de supervisão por mais de um ator social.

<sup>3</sup> Nesse trabalho, as instituições são compreendidas como um conjunto de composições lógicas enunciadas tanto de maneira manifesta, como as leis e as normas sociais, quanto de modo implícito, como os costumes e as regularidades do comportamento, é o caso, por exemplo, da religião, da saúde, da etnia e do cuidado (Lourau, 1995).

em situação de vulnerabilidade social, as quais eram assistidas por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

De imediato, uma preocupação que me circundava na época era o medo de associar minha *práxis* com as que hegemonicamente eu assistia estarem instituídas<sup>4</sup> e serem ofertadas às classes sociais mais desfavorecidas de direitos considerados fundamentais (tais como saúde, educação, assistência, moradia, infraestrutura e transporte público de qualidade). Nesses cenários, quando tais populações não eram invisibilizadas pelas práticas promovidas pelos profissionais de saúde, o que eu percebia majoritariamente era uma hegemonia de um cuidado em saúde procedimental, centrado em questões de ordem física ou psicológica e descompromissado com aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Portanto, desde muito cedo percebi que meu papel naquelas comunidades seria articular as práticas de cuidado em saúde ofertadas pelas Equipes de Saúde da Família com as que já eram desenvolvidas por outros atores sociais que atuavam naquelas regiões. Foi durante essa trajetória profissional que acabei conhecendo uma mãe de santo que residia nas proximidades de uma das unidades de saúde da família da região coberta pelo referido NASF.

De imediato, a conversa com a distinta senhora me sensibilizou para uma realidade que eu nunca havia me atentado: o rico e gigantesco universo simbólico-cultural pertencente aos povos de terreiros. Na ocasião, fiquei encantado em perceber que tais instâncias de sacralidade promoviam cuidado em saúde, entretanto a partir de racionalidades com os quais eu não estava habituado.

---

<sup>4</sup> Todas as regras, tradições e normativas sociais que os sujeitos já encontram na sociedade são denominadas como forças instituídas, contudo, existiriam determinados momentos em que emergiriam algumas movimentações capazes de transformar esses elementos instituídos ou até mesmo de fundar outras instituições, de modo que as forças oriundas desse processo de institucionalização passariam a ser denominadas como instituintes (Lourau, 2004a).

Isso me despertou uma curiosidade, porém ainda bastante incipiente e embrionária. Apenas com o processo seletivo que culminou no meu ingresso no Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), passei a amadurecer meu olhar diante dessa experiência profissional e das reverberações que ela provocou em meu processo formativo. Foi, então, que percebi o quanto era indispensável aos profissionais de saúde dialogar com as práticas de cuidado em saúde promovidas por essas instâncias de sacralidade.

Entretanto, quando passei a sensibilizar para essa problemática, comecei a me atentar para o quanto essa questão já me atravessava antes mesmo da minha entrada na Psicologia. Desde criança, lembro-me de escutar as mais macabras histórias de pessoas que tinham suas vidas arruinadas depois de adentrarem nestas religiões: ficavam pobres e loucas e adquiriam doenças de origens misteriosas, aparentemente resultado de algum trabalho sujo feito por alguém. Nessa época, não muito raramente acontecia de eu estar em conversas com familiares, vizinhos ou amigos e estes lançarem sentenças como: *“Mas esse povo usa magia negra”*, *“Não vê a Dona Bernarda? Gastou tudo o que não tinha! Já ‘tá’ é perdendo o juízo”*.

Infelizmente, também compartilhava desses posicionamentos. Naquela época, eu acreditava que as pessoas que frequentavam esses estabelecimentos eram invejosas, gananciosas e gastavam suas energias tentando ludibriar possíveis adeptos ou então lançando maldições a sujeitos inocentes. Dessa forma, não precisamos realizar um esforço mental muito grande para perceber que passei toda infância e o começo da adolescência sem ao menos cogitar adentrar em um centro espírita de matriz africana.

E quando assim o fiz, as reações esboçadas pelos meus familiares não foram as mais agradáveis: deparei-me com gritos, desentendimentos e tentativas de que a pesquisa não fosse levada adiante. Desse modo, o que podemos perceber que na sociedade ocidental em que nos encontramos inseridos a instituição família termina funcionando na perspectiva de perpetuar

uma educação religiosa cristã instituída, o que também aconteceu comigo enquanto pesquisador. As barreiras e os impedimentos tiveram intenção de, em maior ou menor medida, perpetuar minha educação católica, impedindo a emergência de movimentações instituintes.

Entretanto, engana-se quem pensa que esses posicionamentos estiveram (e estão) presentes apenas em meus circuitos familiares. Muito pelo contrário! Infelizmente, relatos de preconceito, intolerância e discriminação contra esses grupos religiosos se fizeram presentes na constituição da sociedade brasileira.

E isso não acontece por acaso. Por trás dessas atitudes, estão instituídos modos de existências rígidos, ortopédicos e normalizadores, os quais delimitam as existências humanas, classificando-as e qualificando-as como melhores ou piores em decorrência de questões como, por exemplo, o racismo e o conservadorismo religioso que constantemente nos atravessam.

Outro aspecto que também nos auxilia na compreensão dessas cenas de intolerância e descaso aos povos de terreiros diz respeito ao chamado necropoder, termo cunhado pelo filósofo camaronês Joseph-Achille Mbembe com o intuito de designar um processo de criação de uma geografia do terror: através de uma dinâmica de fragmentação territorial e acesso proibido a determinadas zonas, semelhante ao modelo do *Apartheid*, há a criação de linhas territoriais provisórias que unem determinadas regiões a outras através de vigilância e controle (Mbembe, 2011).

Nesse contexto, comumente se percebe a adoção de estratégias de ocupação do território inimigo, tais como: destruição de casas, estradas e cidades; roubo da comida; bombardeamento e interferência nas comunicações eletrônicas e nos transformadores elétricos; isolamento das pistas de aeroportos; inutilização de emissoras de rádio e tevê; saqueamento dos símbolos culturais e político-burocráticos do território invadido; dentre outros aspectos (Mbembe, 2011).



O caso mais extremo desse tipo de situação diz respeito à Faixa de Gaza, contudo, também é possível visualizarmos essa tecnologia de poder em menores graus e proporções, quando, por exemplo, nos deparamos com casos de destruições de centros religiosos afro-brasileiros, seja por meio da quebra de imagens, tambores ou outros símbolos religiosos, ou pela queima de barracões e/ou terreiros.

Infelizmente, só pude me atentar para essas situações de descasos sofridos pelos praticantes das religiões afro-brasileiras quando isso passou a ser um problema em minha existência. A partir desse momento, o que à princípio era uma implicação<sup>5</sup> de cunho profissional, transformou-se também numa implicação destinada a lutar em defesa de quem cultua suas fés nos batuques dos quintais, nem que seja por meio de uma dissertação que verse sobre a temática e possibilite aos leitores desta desconstruir alguns dos seus preconceitos sobre o assunto.

Apesar dessas constantes cenas de preconceito, discriminação e intolerância contra os adeptos dessas crenças, os sujeitos ao meu redor, principalmente no que concerne ao âmbito familiar, em seus respectivos momentos de aflições diante de queixas físicas, psicológicas e/ou espirituais recorriam a tais lugares, contudo, sempre em surdina, com medo, como se tivessem cometendo uma espécie de crime, pecado ou algo do gênero.

Dentre as inúmeras explicações que nos possibilitam compreender essa situação, uma delas diz respeito ao fato de que apesar do Brasil ser constituído em sua maioria por fiéis da Igreja Católica, sempre foram infundáveis os casos de cuidado em saúde ofertados por centros espíritas ou terreiros de religiões de matrizes africanas, em decorrência de encomendas como

---

<sup>5</sup> Para compreender o que sejam as implicações, precisamos ressaltar o fato de que em nenhum momento nós escapamos das instituições: a cada instante elas nos circundam, atravessando nossas subjetividades e ensejando modos de ser e de existir (Monceau, 2010). Implicações, seriam, portanto, o conjunto das relações existentes, conscientemente ou não, entre os sujeitos e o sistema institucional (Lourau, 1995), tessituras estas que produziriam reverberações em nossos afetos e desejos.

doenças, desempregos ou amores mal resolvidos. Desse modo, acreditamos que os líderes religiosos de tais crenças historicamente têm sido procurados para lidar com os mesmos sintomas trabalhados pelos profissionais da saúde (Mello & Oliveira, 2013).

Nesta perspectiva, os terreiros das religiões afro-brasileiras podem ser considerados como territórios que atendem a um conjunto de diferentes grupos sociais que buscam auxílios em suas doenças físicas, psíquicas e espirituais. Nesses circuitos religiosos, as compreensões instituídas sobre os processos de saúde/doença funcionam em conformidade com outras racionalidades, as quais, na maioria das vezes, não coincidem com saberes cartesianos, biomédicos e positivistas<sup>6</sup>.

Nesses estabelecimentos sagrados, as práticas de cuidado em saúde instituídas estão totalmente atravessadas por questões envolvendo a valorização das crenças populares, o uso de ervas e plantas em banhos e chás e a utilização de terapias manuais e espirituais (Silveira, 2014). Podemos, assim, perceber, que essas crenças religiosas de matrizes africanas guardam explicações singulares para muitos dos acontecimentos que nos circundam, dentre eles, as explanações que estariam implícitas a partir dos pedidos de encomenda dos consulentes pelos processos de cuidado em saúde promovidos pelas religiões afro-brasileiras.

Para elas, as principais justificativas seriam as seguintes: a persistência das enfermidades após alguns espaços de cura já terem sido solicitados, especialmente os convencionalmente estabelecidos, como hospitais ou unidades de saúde; a necessidade (espiritual) de algumas pessoas serem iniciadas nos cultos africanos, de forma que, nestes casos, as doenças seriam um sinal das divindades; e a busca dos sujeitos por sentido nas suas existências, que estariam atravessadas por problemas surgidos por meio das instituições saúde, família, escola ou trabalho (Silveira, 2014).

---

<sup>6</sup> Dissertaremos sobre as racionalidades cartesianas, biomédicas e positivistas de saúde em nosso terceiro capítulo.

Assim, podemos afirmar que por trás desses pedidos de encomenda dos consulentes para sanar enfermidades sem explicações ou comportamentos socialmente rechaçados, como nervosismo, irritação e agressividade, encontraríamos demandas de ordem espiritual, física, psicológica, familiar, entre outros aspectos.

A partir desses elementos, visualizamos a importância das religiões de terreiros e de suas cosmologias e práticas de cuidado em saúde, sendo, desse modo, cada vez mais necessário que os equipamentos<sup>7</sup> “oficiais” de saúde compreendam tais estabelecimentos sagrados como movimentações com as quais podem dialogar. Inspirado nessa necessidade, em 2003, na cidade de São Luiz (MA), foi criado um órgão de pactuação entre praticantes das religiões de matrizes africanas, gestores e profissionais de saúde, integrantes de organizações não-governamentais, pesquisadores e lideranças do movimento negro (Silva, 2007).

Esta instância, instituinte aos processos procedimentais e médico-centrados de cuidado em saúde, foi denominada como Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO-SAÚDE) e se constituiu a partir dos seguintes objetivos: luta pelo direito sanitário; valorização dos saberes dos terreiros; monitoramento e intervenção nas políticas públicas; combate a todas as formas de intolerância; e o estabelecimento de um canal dialógico entre adeptos da tradição religiosa afro-brasileira, gestores, profissionais e conselheiros de saúde (Silva, 2007).

Desse modo, a criação dessa rede foi um acontecimento muito importante, por ter se caracterizado como mais um canal dialógico estabelecido entre as instituições “religião” e

---

<sup>7</sup> Na premissa teórica, metodológica e epistemológica adotada nesse estudo, as instituições teriam como função primordial regular a vida dos sujeitos, contudo, para que isso ocorra, elas não podem ser entendidas como entidades abstratas, em vez disso, precisando, portanto, materializar-se de algum modo. É assim que passamos a trabalhar com o termo “organização”. No interior destas, estariam algumas unidades ainda menores, conhecidas como estabelecimentos, tais como escolas, fábricas ou igrejas. Dentro destes, podemos encontrar um conjunto de maquinarias, instalações, arquivos e aparelhos, denominados como equipamentos (Baremblytt, 2002).

“saúde”, sendo caracterizado, a princípio, portanto, como uma movimentação contrária aos saberes biomédicos e ao racismo como determinante social da saúde.

Em 2012, com a iminência da comemoração dos dez anos da institucionalização da RENAFRO-SAÚDE, o Departamento de DST-Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde realizou o lançamento do vídeo “O Cuidar nos Terreiros”, filmado inicialmente em São Luís (MA), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS). O documentário aborda os modelos de cuidado em saúde presentes nos terreiros, mostrando a pluralidade cultural das religiões afro-brasileiras e o seu importante legado cultural para preservação e restauração da saúde e do equilíbrio dos praticantes e consulentes (Ribeiro, 2015).

Neste material audiovisual, os terreiros são apresentados como espaços promotores de saúde e importantes parceiros do SUS. Nesse sentido, reportam algumas de suas práticas instituídas de cuidado em saúde, a saber: promoção do direito humano; respeito às orientações sexuais; cuidado e acolhimento às pessoas vivendo com Aids e participação das lideranças de terreiros nos espaços de controle social (Ribeiro, 2015).

O documentário em questão foi divulgado em várias cidades brasileiras, sendo que, no contexto piauiense, o seu lançamento aconteceu em 27 de março de 2013, na capital Teresina, mais especificamente no *Yia Omi Axé Yiamasê*, também conhecido como Candomblé do Gantois. Nessa época, além da vinda do coordenador nacional da RENAFRO-SAÚDE (José Marmo), houve também na cidade a implementação do projeto “cultura negra estaiada na ponte”, onde se reuniram boa parte das lideranças de terreiros de Teresina (PI)<sup>8</sup>, para fazer um cortejo/passeata contra o preconceito e a intolerância religiosa (Ribeiro, 2015).

---

<sup>8</sup> Segundo dados de um mapeamento realizado pela Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), apenas em Teresina (PI) existem 244 terreiros, sendo 223 (91,4%) da zona urbana e 21 (8,6%) da zona rural do município (Lima, 2014).

Na presente pesquisa, resolvemos enfocar nas interações das ofertas de cuidado entre essas crenças e a ESF, caracterizada, de acordo com Senna e Lima (2012), pelos seguintes aspectos: atuação no território; cadastro das famílias; diagnóstico da situação da população adscrita; ação conjunta com a comunidade; integração com as instituições e organizações sociais do território e construção de um espaço de cidadania.

Podemos, então, notar que conhecer as singularidades do território em que se atua é uma das principais máximas institucionalizada no âmbito das políticas públicas destinadas aos profissionais que por ventura venham a fazer parte destas equipes. Desse modo, é cada vez mais necessário que os mesmos devam ter ciência dos territórios físicos e subjetivos em que trabalham, de modo a conhecer seus principais estabelecimentos promotores de saúde, educação, cultura ou lazer, sejam eles institucionalizados ou não. Nesse sentido, a construção de interfaces entre ESF's e terreiros se releva como pertinente e necessária.

Quando analisamos a institucionalização dos canais dialógicos entre esses dois atores pelo viés das referidas equipes de saúde podemos compreender tais dispositivos dialógicos como um caminho ainda a se percorrer e que se revela, muitas vezes, como bastante tortuoso e desafiador, de modo que, nesses casos, é necessário que se teçam movimentações cotidianas para que tais interações sejam construídas e institucionalizadas.

Entretanto, a partir do ponto de vista do aparelho estatal, essas mesmas interfaces podem ser visualizados como artifícios já instituídos. Como forma de tentar transpor o que para as ESF's se configura como um gargalo, pesquisadores vêm desenvolvendo estudos sobre as possibilidades de interações entre esses dois atores institucionais, de modo a apontar a existência de alguns caminhos instituintes que possibilitem esses diálogos.

Uma das primeiras investigações sobre essa temática foi realizada por Gomes (2010) com objetivo de relatar uma experiência de institucionalização de um estabelecimento de saúde

dentro de um terreiro de Candomblé. A proposta de criação do posto sanitário surgiu em decorrência da necessidade do sistema de saúde local melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada a um grupo particulares de mulheres, que em sua maioria eram negras (52,3%), possuíam ensino fundamental incompleto (36,9%) e estavam vinculadas ao Candomblé (Gomes, 2010).

Com a criação desse posto de saúde, o centro religioso passou a receber algumas atividades promovidas pela ESF responsável pelo território em que o referido terreiro estava inserido: encaminhamento e realização de exames complementares; ultrassonografia vaginal; mamografias de alta resolução; discussões sobre a implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>9</sup>; e a realização de um grupo de educação em saúde com as mulheres candomblecistas, objetivando que elas pudessem se tornar multiplicadoras dos conhecimentos adquiridos (Gomes, 2010).

Apesar da relevância e ousadia dessa experiência profissional, acreditamos que ela se tornaria mais eficiente e profícua caso as mulheres do terreiro também tivessem a oportunidade de ensinar seus conhecimentos tanto à equipe de saúde como também à comunidade de forma geral, como, por exemplo, as práticas de cura e cuidado em saúde por meio de plantas, chás e ervas medicinais. Contudo, ao tecermos essas críticas, não desmerecemos a importância que o referido estudo teve.

Entretanto, ao nos depararmos com essa investigação, talvez seja pertinente nos questionarmos como se processam as tessituras dialógicas instituídas entre profissionais de saúde e classes populares, a saber: Representam relações autoritárias e normalizadoras, onde apenas o conhecimento produzido pelos especialistas é valorizado? Os saberes comunitários também são reconhecidos em suas singularidades e, portanto, potencializados? E quando tais

---

<sup>9</sup> Discorreremos mais profundamente sobre essa política no quarto capítulo.

práticas populares se referem ao cuidado em saúde promovido pelas religiões de terreiros, outros analisadores entram na discussão?

Outra pesquisa que também versou sobre as possíveis interfaces entre serviços de saúde e terreiros foi a realizada por Mota e Trade (2011) e se propôs a estudar o Candomblé como um espaço de produção de práticas/sentidos em torno dos processos de saúde-cura-adoecimento.

Apesar do texto discorrer majoritariamente sobre as doenças físicas, psicológicas ou espirituais e as consequentes práticas de cuidado em saúde dos terreiros para acolhê-las ou curá-las, também são trazidas discussões sobre os possíveis itinerários terapêuticos dos consulentes, de modo que, em alguns momentos são construídas problematizações em torno das interações entre crenças de matrizes africanas e serviços de saúde.

Todavia, atores institucionais como os pais ou mães de santo dos centros religiosos investigados e os profissionais dos serviços de saúde que lhes são correspondentes não participaram da referida investigação. Caso tais sujeitos fossem acrescentados na pesquisa (sem desconsiderar os consulentes), e tendo conhecimento das trajetórias terapêuticas dos sujeitos consultados, conseguiríamos descobrir alguma possibilidade instituinte de interface serviço-terreiro que possibilitasse a construção de canais dialógicos horizontais e equânimes?

No ano de 2013, mais dois estudos sobre a temática foram realizados. O primeiro, de Mello e Oliveira (2013) teve como intuito principal discorrer sobre a complementaridade existente entre o sistema de saúde oficial e as terapêuticas religiosas afro-brasileiras, considerando as formas como as pessoas vivenciam e interpretam a doença, o sofrimento, a dor e as práticas de cura.

A partir dessa investigação, os autores perceberam que os sujeitos buscam os cultos umbandistas para resolver os mais variados tipos de problemáticas, sejam elas questões de saúde/doença ou não. De modo geral, os trabalhos de cura ofertados por esses estabelecimentos

religiosos giram em torno de oferendas às divindades espirituais, orações, banhos, limpeza do corpo e do espírito e orientações relativas à alimentação do doente, com objetivo de reequilibrá-lo energeticamente (Mello & Oliveira, 2013).

Com base nisso, é possível tecermos algumas indagações: Essas práticas de cuidado em saúde afro-brasileiras que estão instituídas nos terreiros acontecem do mesmo seja qual for o estabelecimentos em que estejam sendo ofertadas? Ou assim como as tribos africanas anteriores à colonização portuguesa, cada lugar de culto aos Orixás representa um universo rico e singular com suas próprias regras? E, no caso de sim desse último questionamento, poderíamos ainda nos indagar de que modo essas divergências se reverberam na promoção das práticas de cuidado em saúde?

Ainda no ano de 2013, os autores Rios, Oliveira, Garcia e Parker (2013) conduziram um estudo que pretendia compreender como se desenrolava o engajamento de terreiros de religiões de matrizes africanas da região metropolitana do Recife na prevenção do HIV/Aids, considerando sua estrutura simbólica. Segundo essa investigação, os pesquisadores puderam identificar a realização de atividades instituintes envolvendo pais e mães de santos, antropólogos e técnicos da Coordenação Estadual de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

As principais intervenções foram a criação e distribuição de uma cartilha que versava, em linguagem dos terreiros, sobre a transmissão do HIV por instrumentos cortantes e por práticas sexuais sem uso de preservativo e a conscientização para o uso de navalhas descartáveis na realização das cerimônias religiosas que envolviam incisões na pele para a passagem do axé durante o processo iniciativo (Rios et al, 2013).

Um elemento a ser acrescentado se refere que as ações em saúde anteriormente supracitadas, ao enfocarem demasiadamente nos especialismos, em nossa concepção, correm o



risco de não permitir que os povos de terreiros compartilhem seus próprios conhecimentos, simbologias e práticas de cuidado em saúde. Com isso, mais uma vez precisamos ressaltar que não estamos desconsiderando a pertinência e eficácia desse tipo de intervenção (de fato, elas são muito necessárias e se revelaram extremamente potentes em seu caráter instituinte). De que modo, então, poderíamos, enquanto profissionais da saúde, também atuar nesses aspectos biológicos e preventivistas sem promovermos relações que se configurem como coercitivas e agenciadoras, como as que assistimos serem institucionalizadas em nosso cotidiano?

A pesquisa de Rios et al. (2013) avança em relação às antecessoras ao convidar os povos de terreiros para os espaços de planejamento e gestão do cuidado em saúde, algo que até então não havia sido relatado. Alguns anos depois, mais especificamente em 2017, assistimos à realização de outro estudo, dessa vez sob a condução de Silva, Fernandez e Sacardo (2017), os quais objetivaram investigar as conversações estabelecidas já instituídas entre serviços de saúde e terreiros. Para alcançar esse objetivo, os referidos autores construíram três categorias para explicar as diferentes modalidades de interações: alternativa, complementar e eficácia específica.

A primeira corrente percebe os espaços de cura das religiões de matrizes africanas como uma alternativa ao campo da medicina considerada “oficial”, seja em razão da indisponibilidade de serviços públicos ou em virtude de escolhas culturais. A segunda, por outro lado, visualiza relações de complementaridade relacionadas ao uso simultâneo ou alternado de práticas terapêuticas de ambos os campos, comportando uma perspectiva integradora, que projeta uma articulação institucional entre os terreiros e serviços públicos de saúde (Silva, Fernandez, & Sacardo, 2017).

A última abordagem se propõe a enfatizar a eficácia específica dos terreiros na produção de saúde, independentemente das relações com o campo da medicina “oficial”, destacando,

assim, as diferentes concepções sobre o processo de cuidado em saúde presentes no universo das crenças de matrizes africanas, relacionadas à especificidade de suas experiências, seus saberes e sua cosmologia (Silva, Fernandez, & Sacardo, 2017).

Acreditarmos ser esse último caminho o que melhor possibilita a construção de canais dialógicos nas ofertas de cuidado em saúde entre crenças afro-brasileiras e espaços “oficiais” de saúde, contudo, para que isso se processe, ambos os atores precisam estar em igual sintonia, de modo a conjuntamente contestarem os modelos hegemônicos e instituídos de se conceber saúde, criando estratégias conjuntas de ações macro e micropolíticas aos praticantes dessas religiões, bem como à comunidade de forma geral.

Essas problematizações teórico-clínicas foram o pontapé inicial para a escrita do texto que hoje você lê: nele, parto da tese de que as práticas de cuidado em saúde não são exclusivas da categoria médica ou dos demais profissionais de saúde (apesar destes insistentemente afirmarem que sim), em vez disso, parto do posicionamento de que outros atores sociais historicamente também são considerados como promotores do cuidado em saúde, de modo que historicamente têm ofertado suas práticas, como é o caso das rezadeiras, dos pajés ou dos chefes de terreiros.

Em decorrência de não considerarmos o cuidado em saúde como uma prática exclusiva dos profissionais academicamente formados para essas funções, pensamos que os atores do setor saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentre outros) poderiam estabelecer interações entre suas ofertas de cuidado em saúde com outros atores sociais do território, dentre eles os praticantes das religiões de terreiros.

A partir disso uma dúvida se gesta: no contexto de Parnaíba (PI), realmente faz sentido tecermos tais aproximações entre esses dois atores institucionais, de modo a se construir movimentações instituintes? Vejamos, então, um pouco mais sobre essa cidade, que para uns

tem nome de rio (na língua tupi-guarani, o nome do município significa "rio de águas barrentas") e que para outros faz alusão a uma faca de cortar carne de nome Parnaíba e que foi trazida da Bahia pelos primeiros fazendeiros que se instalaram nessas terras.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a referida cidade, localizada no litoral piauiense, possui população estimada em 150.201 habitantes, sendo considerada como o segundo município mais populoso do estado. A circulação da economia se dá, principalmente por meio do funcionalismo público e da economia de produção familiar, como, por exemplo, a pesca. Contudo, essa região que hoje conhecemos como Parnaíba, Ilha Grande do Piauí, Luis Correia e Cajueiro da Praia (cidades vizinhas à primeira), antes do século XVII era ocupada em sua maioria pelos índios *Tremembés* e seus inimigos.

Como bom parnaibano, cresci escutando a história de *Macyrajara*, índia filha do chefe *Botocó* da tribo dos *Tremembés* (o qual cheguei a interpretá-lo num teatro escolar, certa vez). Por ocasião do destino, a moça acabou se apaixonando por *Ubitã*, guerreiro pertencente a uma tribo inimiga, contudo, logo seu pai tomou conhecimento do ocorrido e discordando daquela situação mandou deixá-la presa numa oca vigiada por sete guerreiros.

Em conversa com deus *Tupã*, *Ubitã* descobre que sua amada está presa e, mesmo sendo aconselhado ao contrário, vai atrás dela, contudo, ao chegar ao local, acaba morrendo em combate. *Macyrajara* ao tomar conhecimento da tragédia, saiu correndo e desapareceu na escuridão da noite, vagueando por três dias até chegar em um olho d'água. Ali, banhada pela chuva, a jovem começou a chorar, de modo que suas lágrimas, juntamente com a água que escorria, foram transformadas pelo deus *Tupã* no rio que separava as duas tribos.

Trago essa pequena lenda para vos mostrar que até antes do século XVII, essa região da planície litorânea piauiense tinha uma forte presença indígena, contudo, com as excursões realizadas para desbravar o interior do país, os portugueses acabaram chegando na região e

dizimaram quase que completamente esses povos. Desse modo, os colonizadores primeiramente adentraram no que hoje conhecemos como Oeiras<sup>10</sup> (interior do estado) e por lá começaram a desenvolver uma criação e comércio de gados.

Aos poucos, eles foram subindo para o litoral. Em 20 de setembro de 1759, João Pereira Caldas, o então governador da província do Piauí, fundou a vila de São João da Parnaíba. Com o decorrer do tempo, esta ganhou destaque, desenvolveu-se, tornou-se um centro de difusão de cultura e de novas ideias por concentrar uma “elite intelectual” que começava a querer intervir na política nacional.

Nessa época, Parnaíba se tornou um polo econômico, tendo o seu porto marítimo (Porto Salgado) como local de embarque/desembarques de sujeitos escravizados e de produtos comercializados. Assim, foram construídas duas igrejas: uma para os africanos (Igreja do Rosário) e uma para os portugueses (Igreja Nossa Senhora das Graças). Desse modo, não precisamos mais avançar na história para percebermos que desde sua fundação, relações étnico-raciais e as instituições religião e racismo atravessam nossa cidade.

Se partirmos do pressuposto que desde muito cedo, os africanos foram traficados para estas terras com a finalidade de desenvolver trabalho manual, então, podemos concluir que assim como aconteceu em regiões como Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, conforme veremos mais adiante, estes sujeitos também trouxeram para cá suas crenças e religiões.

No contexto atual, esse cenário de religiosidade ainda continua bastante presente no município. Segundo informações concedidas pela RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba, até a realização dessa pesquisa, existiam aproximadamente 105 terreiros de Umbanda e 01 de Candomblé. Desse total, 20 deles pertenciam à RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba. Todos esses

---

<sup>10</sup> Oeiras é um município piauiense localizado a 313 km de distância da capital do estado, Teresina e tem como principal fonte de renda o comércio e o funcionalismo público. Caracteriza-se pela acentuada religiosidade, de forte teor catolicista.

estabelecimentos religiosos estão espalhados pelos mais variados pontos do perímetro urbano, sendo cobertos, portanto, por ESF's.

É a partir destes tensionamentos teóricos que nos foi possível construir o campo problemático que norteia nosso trabalho, qual seja: “Como se desenrolam as interações entre religiões de terreiros e ESF's ao ofertarem práticas de cuidado em saúde às comunidades em que atuam e aos praticantes e consulentes das religiões afro-brasileiras?”. Desta problematização, nos é possível redigir o objetivo principal de nosso estudo: investigar as interfaces entre religiões de terreiros e ESF's nas ofertas de cuidado em saúde aos territórios em que estão inseridos e aos praticantes/consulentes das religiões de matrizes africanas.

Como desdobramento, pretendemos: (1) conhecer as concepções dos praticantes e consulentes das religiões de terreiros sobre saúde, adoecimento e cuidado em saúde; (2) mapear os processos de cuidado em saúde promovidos pelas religiões afro-brasileiras direcionados aos seus praticantes, consulentes e à comunidade de forma geral; e (3) caracterizar as estratégias de cuidado em saúde desenvolvidas pelas ESF's em relação aos povos de terreiro.

Além disso, destacamos que essa dissertação possui relevância acadêmica, visto que ainda são bastante escassos os estudos que se proponham em analisar as tessituras dialógicas entre os processos de cuidado em saúde promovidos pelos terreiros e pelas ESF's, principalmente quando se adota como premissa um viés analítico-institucional.

No campo da Psicologia, a referida investigação contribuiu para se pensar em uma formação que dialogue com as ancestralidades, com os saberes e práticas populares e com as religiões de matrizes africanas, apostando na necessidade de não somente ofertar práticas de cuidado a essas populações, mas também convidá-las a compartilhar seus conhecimentos e também a ocuparem cargos representativos de políticas públicas que lhe são específicas. Já no escopo da Saúde Coletiva, as discussões tecidas nesse trabalho contribuíram para os estudos

concernentes às Ciências Sociais e da Saúde, permitindo que nossos olhares fossem sensibilizados para a importância de dialogarmos com outros campos de saber-fazer que não apenas o biomédico.

Além disso, o estudo também possui uma relevância social e política, já que disserta sobre uma população historicamente invisibilizada ao acesso a saúde, educação, assistência, moradia, trabalho, infraestrutura urbana e transporte público de qualidade. A investigação também se mostra pertinente por defender a insociabilidade entre ser psicólogo, ser militante e ser pesquisador, já que pelo viés da análise institucional as investigações não se propõem serem neutras, mas sim acompanhar os processos sociais, econômicos, políticos e culturais.

No meu caso, isso se mostra perceptível nos engajamentos cotidianos em defesa dos direitos de pessoas que historicamente tiveram os direitos negados. Ao tomar como pressuposto esse prisma, a pesquisa em questão também assume uma postura política de reconhecimento das práticas de cuidado em saúde nos terreiros.

Dito isto, apresentemos como essa dissertação está organizada, a qual se divide em seis capítulos. No primeiro deles, discutimos os aspectos metodológicos e epistemológicos que direcionam nossa investigação. No capítulo subsequente, discorremos sobre a diáspora negra, o processo de escravização brasileiro e o surgimento das primeiras religiões afro-brasileiras no contexto nacional. No capítulo “Alô, Orixás!” ... Avisem à todos: “Sobre o cuidado vamos falar” realizamos uma problematização das práticas e tecnologias de poder postas em funcionamento nas ofertas de cuidado em saúde, sensibilizando nossos olhares para diferentes cenários e contextos históricos.

No capítulo posterior, explanamos sobre as políticas de equidade em saúde no contexto da população negra, assim como suas aplicações no contexto da ESF. Com o capítulo “O que o ‘doutô faz lá eu também faço cá... O cuidado em saúde nos terreiros e suas interfaces com a

Estratégia de Saúde da Família, trazemos os dados de campo da nossa investigação. No sexto capítulo, trazemos as (in) conclusões que tecemos durante nossa trajetória de pesquisa.

## 1. Colocando as Miçangas na Guia

Mergulhar nas cosmologias africanas é se permitir conhecer um rico e gigantesco universo simbólico-cultural. Assim, nas ocasiões de pesquisa em que precisei adentrar em terreiros de Umbanda, algumas problematizações me acompanhavam, as quais se relacionavam aos mais diversos assuntos, a saber: aos meus atravessamentos e transversalidades<sup>11</sup>; aos conhecimentos aprendidos e como os mesmos poderiam se relacionar com os objetivos dessa dissertação; e ao desafio de transpor para o papel toda riqueza cultural e religiosa de um povo.

Foi no meio desses questionamentos que terminei construindo uma metáfora que me possibilitou dar o pontapé inicial na escrita desse capítulo. Por conta disso, acredito que a ocasião me permita tornar público, de modo bastante resumido, diga-se de passagem, como se desenrolou minha primeira ida a um dos terreiros que frequentei com o intuito de desenvolver esse estudo e que me possibilitou pensar na analogia que narro a seguir.

Pois bem! Na referida ocasião, algumas questões concernentes à operacionalidade da investigação me afligiam. De minha parte, havia um medo de ser descoberto realizando o que minha família considerava como sendo “atividades demoníacas e clandestinas”. Além disso, eu estava preocupado tanto com meus conhecimentos sobre a Umbanda, como também, com o fato de eu não ser pertencente à referida religião e, mesmo assim, ter me proposto realizar uma pesquisa sobre o cuidado em saúde nos terreiros e suas interfaces com a ESF.

Além disso, minha volta para casa era meio incerta e isso, em determinados momentos, tirava minha concentração, já que os terreiros da cidade funcionavam no período noturno e

---

<sup>11</sup> O conceito de atravessamento diz respeito às dimensões sociais voltadas para a reprodução da sociedade e para a resistência às transformações em favor da mudança social (instituído) (Felicio & Benelli, 2014). Enquanto isso, as transversalidades consideram como necessárias e pertinentes essas forças sociais que se manifestam contra a dominação, a exploração e a mistificação, de modo a exaltar os vínculos e filiações positivas e negativas dos participantes do grupo (Lourau, 1995).



estavam localizados em regiões em situação de vulnerabilidade social, elementos estes que dificultavam em demasia o meu contato com qualquer espécie de transporte, fosse ele público (como ônibus) ou individual (como moto-táxi), principalmente em uma cidade como Parnaíba (PI), local em que a problemática da mobilidade urbana é antiga e incômoda.

Mesmo receoso, dirigi-me ao endereço indicado pelo condutor do referido estabelecimento (com quem já havia conversado anteriormente por telefonema). O terreiro em questão ficava localizado próximo a uma avenida e, portanto, em uma área de grande circulação de pessoas e veículos. Como não conhecia a residência para qual eu estava indo, precisei conversar com alguns moradores do bairro a fim de que eu pudesse encontrá-la.

Bati palmas e uma mulher me recebeu. De imediato, pude perceber que o referido espaço não funcionava como uma residência, mas tão somente como um estabelecimento sagrado que os praticantes/consulentes frequentavam durante as cerimônias religiosas. Quando cheguei, o condutor da casa ainda não estava, por conta disso, a distinta mulher me pediu para esperar no que parecia ser era uma espécie de terraço (e que depois vim descobrir ser o local em que os consulentes aguardavam serem atendidos).

Aproximadamente quinze minutos depois, o líder religioso chegou e me convidou para entrar no recinto. Dentro da casa, haviam três pessoas, todas elas estavam confeccionando guias<sup>12</sup> que seriam utilizadas em suas cerimônias religiosas, as quais estavam paralisadas por conta do recesso de final de ano. De imediato, o ato de colocar miçangas no artefato sagrado muito me impressionou. Enquanto conversávamos, as contas eram postas lentamente na linha.

Entretanto, preciso admitir que na referida ocasião, em decorrência do meu atravessamento com o catolicismo, denominei o referido objeto como um rosário. Apenas com

---

<sup>12</sup> São chamado de guias os colares usados pelos médiuns durante as sessões e giras e também utilizadas pelos filhos da casa representando os seus guias (Orixás), variando a cor conforme a Linha na qual o espírito atua.

o decorrer da pesquisa, descobri que o mesmo se chamava guia e tinha uma função específica para os praticantes das religiões afro-brasileiras.

Nesse dia, ao sair do referido estabelecimento, comecei a refletir sobre alguns dos obstáculos teóricos, metodológicos e epistemológicos com os quais eu ainda iria me deparar no meu processo dissertativo. Paralelo a isso, as miçangas continuavam sendo postas na linha, entretanto, agora elas estavam em meu pensamento e de lá não saíam. De repente veio-me um estalo e a história das contas se revelou como uma ótima metáfora para se pensar as configurações e as singularidades do que significa investigar engendramentos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Quem em sã consciência veria alguma semelhança entre o ato de fazer uma guia e o de planejar uma pesquisa? Talvez poucos. Mas, desde me atrevo a dizer que “*Sim... São processos similares*”. Explico o porquê. Ao fazer o artefato religioso em questão, você cuidadosamente vai colocando uma conta por vez. O processo não acontece por acaso. Você já acompanhou outras pessoas fazendo essa mesma atividade.

Além disso, uma linha irá lhe guiar (e é nela que cada pedrinha será colocada): a mesma não é estática. Pelo contrário! É viva. Tem movimento. Dobra-se quando você precisa. E de miçanga em miçanga, temos o produto final, o qual não é mais apenas um amontoado de contas: o resultado é um equipamento sagrado com um imenso significado. O mesmo acontece numa atividade de pesquisa.

As contas utilizadas em um estudo geralmente são encontradas nos mais distintos lugares, tais como artigos, livros, manuais ou através das nossas próprias experiências. E assim como acontece com os povos de terreiros, você também vai colando umas pedrinhas às outras por meio da linha que lhe norteia: a de sua perspectiva ético-política. Ela que irá juntar todas as contas.

A partir desse pressuposto que lhe direciona, você vai escolhendo as contas com as quais irá trabalhar: campo problemático, objetivos, tipo de estudo, participantes, instrumentos, procedimentos e assim por diante. Depois de muita labuta, o artefato fica pronto. Ele não se transformou em um mero amontoado de miçangas. Como esperávamos, o seu esforço resultou num produto que nos possibilitará investigar processos sociais, sanitários, econômicos, políticos, econômicos e culturais.

Entretanto, engana-se quem pensa que numa atividade de pesquisa as contas seriam blocos estanques e separados. Vejamos novamente como acontece o ato de fazer uma guia. Uma vez que uma miçanga é escolhida e colocada junto às demais, ela não pode ser tirada de modo fácil e rápido, principalmente quando outras contas também já foram inseridas a posteriori. Qualquer tentativa de removê-la resultará em perdas que ocasionará a retirada de outras miçangas. No pesquisar, o processo se configura de igual modo, já que voltar atrás numa decisão, significa, muitas vezes, abdicar de elementos que já haviam sido definidos.

Na situação desse texto, tanto o ato de fazer uma guia como o de investigar processos nos levam para um mesmo lugar, os terreiros. Assim como os praticantes das religiões afro-brasileiras, nós também sentamos, pegamos uma linha e de conta em conta fizemos nossa guia. E você, leitor (a), o verá durante toda esse percurso investigativo. Nesse primeiro capítulo, é o momento de compreendermos como ele foi confeccionado. Embarquemos, então, nessa jornada.

### ***1.1 Primeira Miçanga: Matriz Teórico-Epistemológica.***

Por ambicionarmos compreender a qualidade dos processos (acontecimentos, representações e narrativas), trabalhamos com a pesquisa qualitativa, na modalidade empírica,

que é aquela que convida o pesquisador a voltar seu olhar para os acontecimentos do campo. Segundo Bosi (2012, p. 576): “A abordagem qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida no âmbito da saúde”, tendo como característica primordial o fato de suas informações de pesquisas não se traduzirem apenas em quantificações, já que seu principal elemento de análise é a linguagem em suas várias formas de expressão (Bosi, 2012).

No contexto da Saúde Coletiva, a Análise Institucional acaba se mostrando como uma estratégia rica e potente para o desenvolvimento de investigações que não pretendam apenas verificar leis e regularidades a partir de proposições rigorosas e específicas, mas também almejem olhar para seu objeto de investigação a partir de suas particularidades, de modo a tensioná-lo junto a proposições que longe de nos aprisionar, também nos possibilite “linhas de fuga” às perspectivas pragmáticas e positivistas de se fazer ciência (L’Abbate, 2003).

Essa metodologia surgiu a partir de uma crise de ordem ideológica, política, científica e intelectual pelo qual passava a sociedade francesa durante as décadas de 1940-1950, momento este que terminou culminando, principalmente nos anos de 1960, em várias movimentações de teor contestatório à ordem social instituída, como foram os movimentos instituintes de teor estudantil, feminista ou o que conhecemos como “maio de 1968” (L’Abbate, 2013).

Nesse período, houve um questionamento do desempenho interno de várias organizações, bem como a busca por modos de atuação/intervenção que viessem a transformar tal funcionamento. Com isso, podemos concluir que na corrente institucionalista o intuito é “transformar para conhecer” e não o seu contrário, como geralmente é proposto pelas várias correntes das Ciências Sociais (L’Abbate, 2013).

Desse modo, podemos concluir que o intuito principal da Análise Institucional é compreender a realidade social e organizacional dos sujeitos com base em suas declarações e também nas suas práticas desenvolvidas. Esta abordagem teórica, epistemológica e

metodológica se debruça em alguns conceitos, (Spagnol, L'Abbate, Monceau, & Jovic, 2016), dentre estão os analisadores, os quais podem ser compreendidos como aquilo que permite tornar explícito o que até então estava escondido a nível das instituições, organizações ou estabelecimentos, possibilitando-nos, assim, provocar o conteúdo outrora implícito, fazendo-o ver e falar (Lourau, 2004a).

Outros conceitos de suma importância para a Análise Institucional diz respeito ao que denominamos como campo de análise e como campo de intervenção. Enquanto o primeiro se funda no entendimento dos grupos como totalmente atravessados pelas instituições que os cercam, o segundo, por outro lado, diz respeito em criar um dispositivo de análise social coletiva, promovendo, desse modo, a auto-análise e a auto-gestão dos grupos com os quais se atua (Lourau, 1993).

No caso de nossa investigação, nosso campo de análise é constituído pelas interações nas ofertas de cuidado em saúde entre religiões de terreiros e ESF, campo este totalmente atravessado pelas instituições saúde, religião e cuidado. Por outro lado, nosso campo de intervenção foi tecido no cotidiano onde se encontram inseridos os atores que compõem tanto a Umbanda (líderes, praticantes e consulentes) como as ESF's que fazem referência aos referidos estabelecimentos sagrados.

Com isso, podemos concluir que a Análise Institucional é caracterizada por agregar em torno de si um desejo comum de deflagrar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais (Baremlitt, 2002). Alguns autores ao tematizar sobre esse campo teórico, metodológico e epistemológico, como é o caso de René Barbier, conforme indica L'Abbate (2013), apontam a existência de quatro correntes, são elas: Análise Institucional Socioanalítica, de René Lourau e Georges Lapassade; a Sociopsicanálise Institucional, de Gerard Mendel; a Esquizoanálise, de Gilles Deleuze e Félix Guattari; e a Análise Institucional de Inspiração

Sociológica, de J. e M. Van Bockstaele, de Meigniez, de Adorino e de Max Pagès (Baremblytt, 2002, L'Abbate, 2013, Lourau, 1995).

Na situação concernente ao nosso estudo, dessas quatro vertentes institucionalistas teorizadas por Barbier, talvez seja importante nos debruçarmos sobre a Análise Institucional de René Lourau e Georges Lapassade. Nessa premissa institucionalista, de um lado temos a Análise Institucional no Papel, caracterizada por ser um método de conhecimento em que se objetiva uma análise econômica, política, funcional, estrutural e estruturo-funcional dos processos sociais que nos circundam (Lourau, 1995).

De modo geral, esse tipo de análise se inspira em intervenções e pesquisas no campo, tendo um relativo destaque pela possibilidade de agregar materiais, elucidaciones teóricas, além de maneiras de avaliação e de critérios de validade. Porém, apresenta como principal desvantagem a de colocar o pesquisador-interventor na cômoda posição de sábio ou perito (Lourau, 1995).

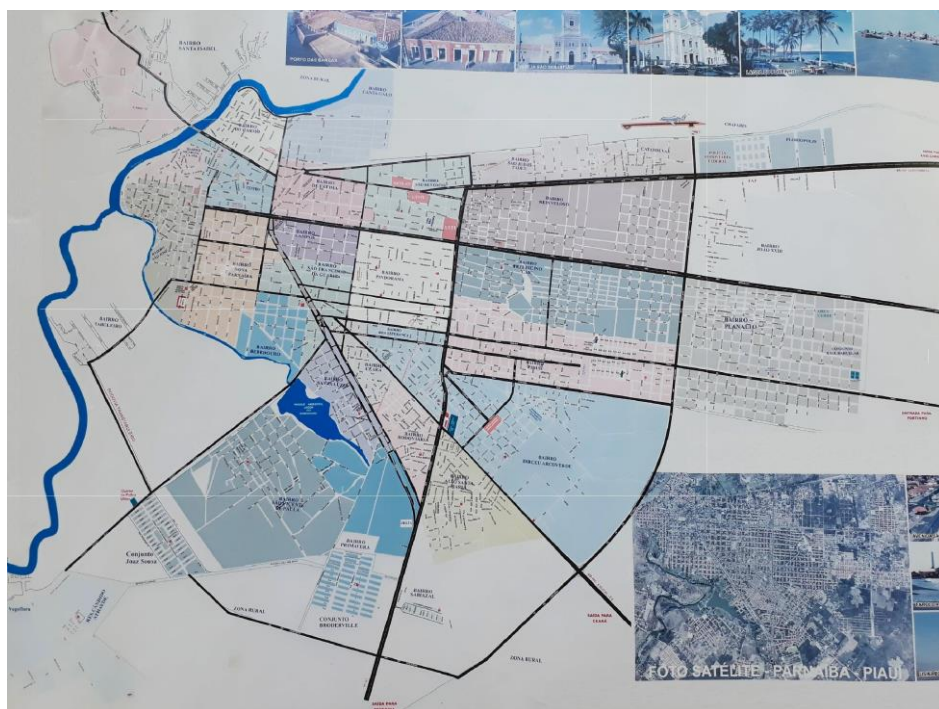
Num outro extremo, temos a Socioanálise, assim caracterizada quando a Análise Institucional é conduzida por um interventor externo que recebe uma encomenda de um grupo ou organização (cliente). De modo mais específico, trata-se de um método de intervenção a ser realizado no cotidiano dos sujeitos, onde são examinados os relacionamentos que muitas partes estão mantendo com o sistema manifesto e oculto das instituições (Spagnol, L'Abbate, Monceau, & Jovic, 2016).

Para que a Socioanálise clássica seja operacionalizada, seis elementos devem ser obedecidos, a saber: (1) análise da encomenda feita pela direção de algum estabelecimento e da demanda implícita de um grupo (grupo cliente); (2) autogestão da intervenção; (3) regra do tudo dizer ou da livre expressão que o socioanalista propõe ao grupo cliente para que as questões venham à tona; (4) elucidación da transversalidade; (5) análise das implicações do pesquisador-

praticante; e (6) construção e elucidação dos analisadores, caracterizados por trazer à tona as contradições existentes no processo de intervenção, bem como por revelar a estrutura institucional e as relações de poder existentes (Lourau, 2004b, Lourau, 2004c).

Por conta disso, como direcionamento para construção de nossa problemática de pesquisa e como afunilamento teórico, metodológico e epistemológico, adotamos o referencial da Análise Institucional “no Papel” como matriz de investigação e como estratégia de produção e análise das informações. Uma vez esclarecidos esses elementos, nos próximos tópicos, explanamos mais profundamente o local de pesquisa, os sujeitos, os instrumentos, os procedimentos e o modo de análise dos dados.

### ***1.2 Segunda Miçanga: Os Locais***



**FIGURA 1** – Mapa da cidade de Parnaíba-PI

A cidade de Parnaíba (PI), juntamente com Luís Correia, Ilha Grande do Piauí e Cajueiro da Praia, está localizada na região litorânea do estado piauiense. Segundo dados do IBGE referentes ao ano de 2016, o referido local, conforme atestamos antes, possui aproximadamente 150.201 habitantes, sendo considerado, portanto, como o segundo município mais populoso do estado, atrás apenas da capital, Teresina.

De modo geral, Parnaíba (PI) se caracteriza por uma marcante religiosidade. Não muito raramente nos deparamos com os mais variados tipos de centros religiosos, sejam eles católicos, protestantes, espíritas ou de matrizes africanas. Segundo informações concedidas pelos representantes da RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba, existem aproximadamente 105 terreiros umbandistas.

A referida investigação aconteceu em seis locais distintos, mais especificamente em três terreiros de Umbanda, bem como nas Equipes de Saúde da Família correspondentes aos territórios em que os referidos estabelecimentos religiosos estavam inseridos durante a ocasião do estudo.

A seleção desses três terreiros aconteceu de acordo com conveniências pessoais, isto é, não obedeceram a qualquer espécie de critérios previamente definidos. Em linhas gerais, o processo se desenrolou do seguinte modo: utilizando como intermediários alguns amigos envolvidos com as religiões afro-brasileiras, entrei em contato com as lideranças religiosas e, a partir delas, com os centros espíritas propriamente ditos. Uma vez selecionados os terreiros, busquei identificar quais ESF's faziam cobertura do território em que se localizavam as instâncias religiosas em questão.

De modo geral, as regiões em que se encontram as casas espirituais investigadas guardam algumas semelhanças entre si. A primeira delas diz respeito ao fato dos bairros estarem localizados em regiões consideradas “antigas” da cidade: enquanto dois deles tiveram suas



origens nos arredores de um leprosário, o outro surgiu em virtude de um programa de distribuição de casas populares realizado pelo então governador do estado.

Além disso, outras características apresentadas por esses estabelecimentos eram as seguintes: altos níveis de violência urbana; péssimas condições de infraestrutura, tais como calçamentos quebrados, algumas ruas de areia e uma ínfima quantidade de postes com iluminação noturna; e dificuldade no acesso às essas regiões, principalmente em virtude dos poucos transportes públicos que faziam rotas até os respectivos bairros, problemática esta que se confunde com uma situação crônica que atravessa a própria cidade de Parnaíba, já que o município em questão não possui (pelo menos até a realização dessa pesquisa) uma empresa fixa de ônibus, mas, tão somente, uma cooperativa de motoristas de micro-ônibus, que dificilmente circulam durante a noite e aos finais de semana.

No que concerne à caracterização dos terreiros umbandistas pesquisados, é importante ressaltarmos que duas das casas espirituais eram conduzidas por mulheres (Ashanti e Mmaabo)<sup>13</sup>. Ambas eram negras, tinham aproximadamente 60 anos de idade e realizavam suas atividades espirituais em salões construídos nos quintais das suas próprias residências.

Ao contrário delas, o terceiro centro se autointitulava como uma casa espiritual que adotava como princípios os ensinamentos de várias filosofias e doutrinas religiosas. Entretanto, suas cerimônias e rituais sagrados seguiam as tradições umbandistas, já que as divindades cultuadas nesse espaço pertenciam à referida religião. Entretanto, caso fosse preciso, eles agregavam elementos de outras crenças também em seus cultos, como por exemplo, alguma cantiga católica que considerassem bonita e com uma mensagem positiva.

Além dos fatos já mencionados, o centro religioso em questão também possuía como características principais o fato de funcionar em um espaço alugado exclusivamente para essa

---

<sup>13</sup> Todos os sujeitos que compuseram esse estudo receberam algum nome fictício de origem africana. Sempre que isso acontecer, procuraremos apontar qual o significado da palavra utilizada.

função (e não na residência do líder da casa, como comumente acontecia), além de ser conduzido por um homem (Azekel) de aproximadamente 45 anos de idade. Enquanto nos dois primeiros casos, as referidas mulheres se auto-intitulavam como “mães de santo”, no outro, o condutor se apresentava como “dirigente da casa”.

Do outro lado de nosso estudo, mais especificamente no que concerne à Atenção Básica em Saúde, a cidade de Parnaíba está dividida em quatro distritos sanitários, possuindo quarenta e duas Equipes de Saúde da Família, as quais são assistidas por três NASF's e por um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Além disso, como forma de complementar as informações já obtidas, ao final do estudo, entrevistei o representante estadual da RENAFRO-SAÚDE/Piauí (Shomari). Entretanto, em decorrência do terreiro em questão ser pertencente ao Candomblé, o mesmo não foi acrescentado como um quarto estabelecimento religioso a ser investigado, muito menos seu líder esteve entre os três condutores que participaram com maior destaque do estudo. Desse modo, a conversa com Shomari serviu para me auxiliar nas percepções diante do que eu me propunha a investigar.

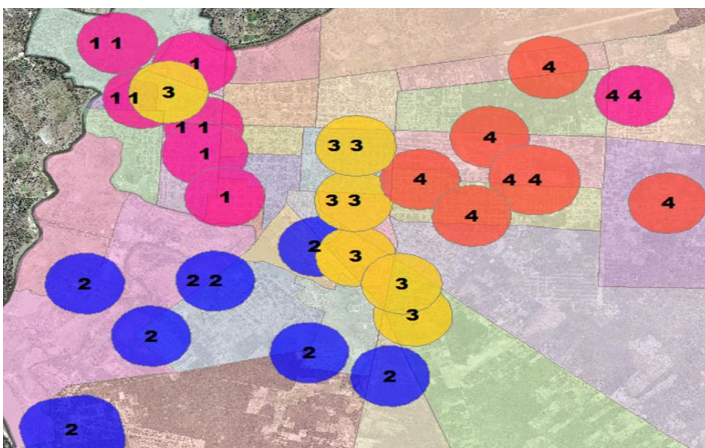


FIGURA 2 - Distritos Sanitários de Parnaíba-PI

Entre as ESF's estudadas, enquanto duas eram matriciadas pelo mesmo NASF, outras duas eram acompanhadas por algum coletivo de residentes (uma das equipes analisadas recebia o suporte dos dois serviços). Das três equipes, duas funcionavam em locais improvisados, mais especificamente em casas alugadas pela prefeitura, apenas uma tinha uma estrutura física criada com o real objetivo de funcionar como uma unidade de saúde da família.

### ***1.3 Terceira Miçanga: Os Sujeitos***

Os sujeitos que compuseram este estudo estão divididos em três grupos. No primeiro deles, tivemos três líderes de terreiros de Umbanda da cidade de Parnaíba-PI, mais especificamente duas mulheres e um homem, os quais nomeamos como Ashanti, Mmaabo e Azekel.

Para poder serem inclusos em nossa pesquisa, estes precisaram obedecer alguns requisitos, a saber: a) ser chefe de um alguma casa espiritual de matriz africana; b) possuir mais de 18 anos; e c) aceitar assinar um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar do estudo, mediante condição de sigilo e anonimato.

Para definir essa quantidade de sujeitos, utilizamos uma amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), esse método de fechamento amostral pode ser compreendido como a suspensão na inclusão de novos participantes quando os dados de análise passam a apresentar certa redundância, não sendo considerado importante, após esse fato, continuar colhendo informações.

O segundo grupo é composto pelos praticantes e pelos consulentes dos mesmos terreiros conduzidos pelas lideranças religiosas anteriormente mencionadas. Apesar de não ter uma estimativa exata sobre a quantidade de praticantes e consulentes com quem conversei em cada

estabelecimento religioso, já que tais diálogos se desenrolaram durante minha imersão no campo de pesquisa, uma estimativa aproximada possa ser a seguinte: 10 consulentes e 03 praticantes no terreiro de Mmaabo e 05 consulentes e 03 praticantes no de Azekel.

Conforme explicitarei adiante, em decorrência do modo como se configuravam as cerimônias de cuidado em saúde do centro espírita de Ashanti, o contato com os praticantes e consulentes do referido estabelecimento terminou sendo bastante escasso. No caso desse segundo grupo, os referidos sujeitos deveriam: a) possuir mais de 18 anos; b) está presente nos centros religiosos investigados durante a condução da pesquisas; e c) concordar em participar do estudo, mediante condição de sigilo e anonimato.

No terceiro coletivo, tivemos os profissionais de três Estratégias de Saúde da Família (ESF 1 – 11 pessoas; ESF 2 – 12 pessoas; ESF 3 – 9 pessoas), os quais deveriam: a) possuir mais de 18 anos; b) estar vinculados à ESF escolhida para pesquisa; c) aceitar assinar o TCLE concordando em participar do estudo, mediante condição de sigilo e anonimato; e d) participar de uma roda de conversa.

Nesse caso, a quantidade de sujeitos variou conforme a equipe investigada. Na primeira, participaram 11 participantes, sendo que os mesmos estavam assim distribuídos: 01 psicóloga; 01 farmacêutica (ambas referentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade); 01 enfermeira; 01 técnica de enfermagem; 01 médica; 01 cirurgiã dentista; 01 atendente de regulação e 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS's).

Na ESF 2, os 12 participantes trabalhavam nas seguintes atribuições: 01 era enfermeira; 01 era técnica de enfermagem e outra técnica de saúde bucal; 01 era atendente de regulação e os outros 07 exerciam a função de ACS's. Na terceira equipe, foram contabilizados 09 profissionais de saúde, sendo 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 07 ACS's.

É preciso ressaltarmos também que os riscos a que todos esses sujeitos da pesquisa foram submetidos eram mínimos: devido ao fato de nosso estudo dissertar sobre questões concernentes ao foro íntimo, como é o caso das religiões, algumas pessoas poderiam ficar desconfortáveis para expressar e manifestar seus posicionamentos. Entretanto, isso não aconteceu.

#### ***1.4 Quarta Miçanga: Os Instrumentos***

Na referida investigação, fizemos uso dos seguintes instrumentais: entrevistas semi-estruturadas com os líderes dos três terreiros de Umbanda; observação participante das cerimônias de cuidado em saúde, aconselhamento e orientação espiritual ofertados à população de forma geral; conversas informais com os consulentes e praticantes; e rodas de conversas com os profissionais das Equipes de Saúde da Família.

No primeiro caso, muito mais do que provocar questionamentos elaborados de antemão, também tive como pretensão acompanhar movimentações e instantes de ruptura, incentivando momentos de passagem e promovendo “linhas de fuga” aos modelos enrijecidos de se conceber a ciência (Tedesco, Sade, & Caliman, 2013). Com base nesses elementos, elaborei um roteiro de indagações (Anexo II), utilizado como um norteador dos diálogos estabelecidos e não como uma estratégia que calcificava meus olhares, percepções e afetos, de forma que, quando necessário, as conversações tecidas também se alargaram para outros campos discursivos não propostos à princípio.

A opção de realizar entrevistas semiestruturadas com os chefes dos espaços religiosos afro-brasileiros pode ser explicada em virtude de acreditarmos na ideia de que ao comparar esses sujeitos com os demais membros das religiões de matrizes africanas, foi possível

percebermos que eles carregam consigo uma riquíssima bagagem cultural, intelectual e afetiva sobre as respectivas simbologias, crenças e concepções de cuidado em saúde das suas religiões. Assim, tornou-se extremamente necessário que nós reservássemos alguns momentos para conversar com essas figuras.

Além disso, como forma de complementar as informações investigadas, optei por também entrevistar o presidente da RENAFRO-SAÚDE/Piauí. Para isso, utilizei o mesmo instrumento de entrevista semiestruturada adotado com os líderes dos estabelecimentos umbandistas que frequentei durante essa jornada investigativa.

Outra técnica investigativa utilizada em nossa pesquisa foi a observação participante, a qual se originou no interior dos estudos antropológicos, entre o final do século XIX e o início do século XX, com o intuito de proporcionar um melhor conhecimento de como funcionava as sociedades estrangeiras à europeia, tais como as africanas, as asiáticas e as americanas. Um dos primeiros estudiosos a sistematizar os conhecimentos desse instrumental foi o antropólogo polonês radicado na Inglaterra Bronislaw Kasper Malinowski (Fernandes & Moreira, 2013).

Em poucas palavras, a observação participante pode ser definida como uma técnica que nos possibilita uma melhor compreensão da realidade cultural de determinado grupo em virtude da promoção da interatividade ente o investigador, os participantes e o contexto em que eles estão inseridos. Comumente, ao utilizá-la, recomenda-se o uso dos seguintes recursos: um roteiro de campo em que são estabelecidas as diretrizes norteadoras do trabalho; diários de campo, onde armazenamos as informações coletadas, bem como nossas impressões diante dos acontecimentos; informantes-chaves; e equipamentos como gravadores ou filmadoras (em nosso caso, um bloco de anotações) (Fernandes & Moreira, 2013).

Além dessas técnicas investigativas, também utilizei as rodas de conversas, que, podemos dizer, tiveram suas origens a partir dos estudos de Paulo Freire e seu referencial

teórico-metodológico filiado às ideias de educação, liberdade e transformação social dos sujeitos e das condições nas quais eles se encontravam (Sampaio, Santos, Agostini, & Salvador, 2015).

De modo geral, essa tecnologia possibilita a criação de espaços de diálogos, possibilitando uma valorização das experiências dos participantes. Há uma horizontalização das relações de poder, de modo que se dissolve a figura do mestre como centro do processo e, em vez disso, emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discursos. Nesse sentido, acreditamos que na roda trocamos experiências, de forma a compartilhar nossos modos de ser, de existir e de pensar (Sampaio, Santos, Agostini, & Salvador, 2015).

A concepção de grupo que norteou a condução dessas rodas de conversas foi a de construir um dispositivo entre os sujeitos que atuavam nos territórios em que nos encontrávamos inseridos. Segundo Foucault (1984), um dispositivo é um conjunto heterogêneo que, em sua constituição, engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentadas, leis, medidas administrativas, enunciados científicos e proposições filosóficas, morais e filantrópicas. Autores como Georges Agamben e Gilles Deleuze dão um novo entendimento a esse conceito, passando a defini-lo como um conjunto de práticas e mecanismos que produzem efeitos (Agamben, 2005), fazendo ver e falar (Deleuze, 2005). Nas palavras de Barros (1997, p. 189):

O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras. Tais conexões não obedecem a nenhum plano predeterminado,

elas se fazem num campo de afecção onde partes podem se juntar a outras sem com isso fazer um todo.

### ***1.5 Quinta Miçanga: Os Procedimentos***

Essa pesquisa seguiu alguns passos. Num primeiro momento, após um mergulho teórico, metodológico e epistemológico, entrei em contato com as três lideranças religiosas do estudo em questão: Ashanti, Mmaabo e Azekel. De modo geral, conforme mencionei anteriormente, não estabeleci nenhuma espécie de critério previamente determinado para que eu pudesse escolher os referidos terreiros.

E isso transcorreu por conta de uma justificativa. Ainda são inexistentes, no âmbito municipal, investigações que se proponham em mapear quantitativamente aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais em que os centros religiosos afro-brasileiros de Parnaíba (PI) estão circunscritos, tais como: quantidade de terreiros e a concentração dos mesmos na cidade; características dos imóveis (próprios ou alugados) e dos terreiros (extensão da residência do condutor ou não); tipos de cerimônias de festejo às divindades e também de cuidado em saúde; escolaridade, religião e renda financeira dos adeptos e consulentes, dentre outras questões.

Por conta disso, percebi que ao tentar estabelecer qualquer critério de elegibilidade para selecionar os terreiros dessa dissertação, seria necessário que eu possuísse algumas informações primordiais no que concerne a pelo menos uma pequena parcela dos estabelecimentos religiosos afro-brasileiros da cidade. Como isso não aconteceu, a seleção dos mesmos se configurou por meio de indicações de amigos que tinham alguma proximidade com as religiões de matrizes africanas, em especial, com a Umbanda.



A primeira indicação de um terreiro aconteceu quando meu co-orientador, Antônio Vladimir Félix da Silva, comentou sobre a existência de um terreiro de Umbanda que ele costumava frequentar quinzenalmente aos finais de semana. De modo geral, as cerimônias de culto às divindades e de cuidado em saúde do referido estabelecimento religioso aconteciam durante uma mesma celebração durante sábado à noite, transcorrendo até a madrugada do dia seguinte.

Num primeiro momento, a ideia de frequentar um terreiro de Umbanda que promovia saúde e festejava suas divindades em uma única cerimônia religiosa me pareceu bastante convidativa. Foi com muita animação, portanto, que me dirigi pela primeira vez ao referido terreiro em uma noite de sábado do mês de maio de 2017. Na ocasião, eu estava bastante empolgado com o que se desenrolaria naquela noite, até porque seria minha primeira vez frequentando uma cerimônia religiosa de matriz africana.

Como professor Vladimir já frequentava o terreiro em questão, combinamos de ir juntos nesse meu primeiro momento no distinto estabelecimento sagrado. Na ocasião, a ideia era que eu fosse me inserindo nas atividades da casa como consultante, para que aos poucos eu ganhasse a confiança dos membros da casa e, assim, pudesse realizar as atividades que eu estava me propondo a conduzir.

Na noite em que eu conheci o referido centro espírita, chovia bastante, de forma que as janelas do carro em que nos encontrávamos estavam bastante embaçadas. Por conta disso, eu não fazia a mínima ideia do caminho que estávamos seguindo. Ao chegar no terreiro, pude perceber que se eu estivesse naquela rua sozinho, eu nunca saberia que ali funcionava um terreiro de Umbanda.

Em decorrência da chuva, saímos correndo do carro e apertamos a campainha apressadamente, entretanto demorou aproximadamente cinco minutos até que alguém nos

recepcionasse. Quando chegamos dentro da casa, todos os praticantes do terreiro estavam vestidos de branco e se encontravam sentados em cadeiras e bancos que estavam dispostos apertadamente no que parecia ser a cozinha da residência. Pelo que pude perceber, estava acontecendo uma reunião interna em que o condutor da casa falava sobre algumas responsabilidades espirituais que deveriam ser cumpridas.

Esse momento durou aproximadamente meia hora, tempo esse que foi o suficiente para que a chuva se dissipasse. Durante esse intervalo de tempo, alguns consulentes chegaram e se acomodaram na cozinha e na sala da casa, já que até então ainda chovia. Entretanto, uma vez findada, a mesma não retornou durante todo o resto da noite. Após isso, todos fomos para o “quintal” da casa, local onde se realizavam as cerimônias religiosas.

Desse momento em diante, os consulentes e os praticantes da casa ficaram em locais distintos e assim permaneceu durante toda a noite. Enquanto nós, sujeitos prestes a recebermos consultas ficávamos numa espécie de terraço, os umbandistas da casa começaram a realizar suas orações e incorporações em outros espaços físicos destinados exclusivamente para essas funções.

Uma vez tendo incorporado sua entidade guia, o pai de santo veio até onde nos encontrávamos e nos defumou<sup>14</sup> com intuito de que nos livrássemos de uma energia considerada negativa na visão dos adeptos da casa. Após esse momento, as pessoas começaram a ser atendidas. À medida que a noite ia transcorrendo, os médiuns do terreiro iam incorporando as divindades e entidades cultuadas no terreiro e eram elas que atendiam os consulentes que iam sendo chamados. Todos os espíritos cuidadores obedeciam e tinham muito respeito à divindade incorporada pelo pai de santo.

---

<sup>14</sup> Queima sobre brasas, de ervas, resinas e raízes aromáticas (alecrim, benjoim, alfazema etc.) para perfumar ambientes.

Aproximadamente cinco horas após minha chegada, fui atendido. Uma hora depois, eu saía do terreiro com três mudas de plantas, com a tarefa de fazer um banho com cada uma delas nas próximas três terças-feiras do mês. Entretanto, chegar em casa de madrugada e com artefatos vindos da “macumba” não foi algo muito bem recebido por minha família (apesar deles terem sido avisados de antemão sobre minha ida ao distinto estabelecimento).

Por conta disso, vivenciei um impasse: continuar a desenvolver a pesquisa sobre as práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras, mesmo diante dos obstáculos pessoais que se desenhavam ou sensibilizar meu olhar para outra problemática e esquecer a Umbanda? No fim, por compreender que essa dissertação serviria como um mecanismo para desconstruir alguns preconceitos de quem a lesse, decidi continuar com minha ideia inicial de pesquisa, apesar dos riscos que meus atravessamentos com as instituições família e religião a todo instante provocassem turvações em minha visão (como se Fato aconteceu).

Entretanto, após esse acontecimento e todos os afetos que o mesmo desembocou no pesquisador em questão, percebi que talvez fosse o caso de realizar esse estudo em outros terreiros e não no mesmo em que eu havia ido em outrora. Nesse ínterim, nesse meu processo de querer conhecer outros espaços sagrados afro-brasileiros, acabei, coincidentemente ou não, conversando com uma amiga que comentou sobre Ashanti e o trabalho que a mesma desenvolvia na cidade de Parnaíba (PI). Após isso, peguei o contato da referida mãe de santo, liguei para a mesma e combinamos um dia e horário para conversarmos mais profundamente.

Como eu não conhecia o bairro em que Ashanti morava, resolvi pegar um moto-táxi para me levar até o endereço do local onde funcionavam tanto sua residência pessoal como também o seu terreiro. Ao perceber que me aproximava das ruas que davam em direção à casa da referida líder religiosa, resolvi continuar o meu percurso à pé, acredito que como uma forma de ter um contato maior com aquele território que até então era desconhecido por mim.

Não demorou muito até eu encontrar a residência que eu procurava. Ao contrário do terreiro em que eu havia estado da última vez, nesse era mais nítido que ali funcionava um centro religioso umbandista, uma vez que toda parte externa da casa estava pintada de roxo e identificada com o nome “Terreiro Cosme Damião”. Bati palmas e rapidamente uma moça com vestimentas simples me atendeu. Perguntei se Ashanti estava, a qual respondeu que sim e logo deu um grito: “Madrinha, tem um rapaz aqui que quer falar com a senhora”.

Ashanti me recepcionou como se eu fosse um amigo de longa data. Assim que cheguei, ela pegou duas cadeiras, colocou-as embaixo de uma árvore que ficava na área de sua casa e me convidou para conversarmos com tranquilidade. Na ocasião, em decorrência de eu ainda estar no início do meu percurso investigativo, muitos dos aspectos teóricos, metodológicos e epistemológicos que trago nesse trabalho ainda não haviam sido definidos.

Por conta disso, nesse momento da pesquisa, meu objetivo era conhecer mais sobre os terreiros de Umbanda, suas práticas de cuidado em saúde e as tessituras dialógicas com as Equipes de Saúde da Família e saber se o que eu propunha no plano teórico também tinha coerência na esfera do cotidiano. De imediato, percebi que sim e isso fez com que, ainda em conversa com Ashanti, eu decidisse que ela e seu terreiro viriam a compor a pesquisa que eu estava realizando.

Em determinado momento de minha conversa, Ashanti me mostrou o salão onde aconteciam as cerimônias religiosas. O local funcionava em um quarto afastado e isolado do restante da casa, suas paredes eram brancas, contudo, extremamente ornamentadas com imagens de Orixás e outras divindades umbandistas, o mesmo podemos dizer sobre um altar que ficava no começo do recinto. O chão era de piso batido e isso se devia em virtude dos praticantes da referida religião necessitarem ter um contato mais próximo com a natureza. Por

fim, também consegui identificar no chão do referido salão dois desenhos, sendo o primeiro de um círculo e o outro de uma estrela.

Após esse dia, acabei procurando Ashanti, alguns meses depois, quando minha proposta de pesquisa estava mais estabelecida. Entretanto, na ocasião em questão, como eu já havia conversado anteriormente com a distinta figura religiosa, resolvi guiar nossa conversa a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada. No final da conversa, fiquei sabendo que o trabalho da referida mãe de santo acontecia por “demanda espontânea”, isto é, não tinha um dia e horário predefinidos, o que dificultaria minhas observações participantes.

Mesmo sem nenhuma perspectiva de observar/participar de alguma consulta de cuidado em saúde ofertado por Ashanti, retornei em mais duas ocasiões no terreiro dela com intuito de conversar com possíveis consulentes que lá estivessem (e quem sabe participar de seus atendimentos), entretanto, em ambas as circunstâncias, ninguém procurou pela casa da distinta figura religiosa.

Nesse terreiro, a partir de nossa imersão no campo foi possível perceber encomendas relacionadas a um reconhecimento que a mãe de santo em questão pretendia obter perante à sociedade pelo trabalho que há muito tempo ela já vinha desenvolvendo em seu terreiro, seja como cartomante, como parteira ou por meio das consultas com as divindades.

Em decorrência disso, toda vez que Ashanti é convidada a compartilhar seus conhecimentos diante de pessoas academicamente formadas para as funções que exercem, ela solicita, mesmo que indiretamente, ser valorizada pelo que ela sabe, algo que comumente não acontece, seja nas circunstâncias em que é discriminada, ou quando ela não é convidada a compartilhar seus conhecimentos e práticas com outras pessoas. Nesse sentido, de imediato pude perceber uma solicitação para que eu, enquanto detentor de um saber-poder, reconhecesse

como legítimas as ofertas de cuidado em saúde do terreiro de Ashanti, de modo a perceber a importância da distinta figura para o contexto municipal.

Durante minhas conversas com Ashanti, acabei tomando conhecimento de Shomari. Conforme a própria me explicou, o líder religioso em questão conduzia o único terreiro de Candomblé da cidade, exercendo também a função de presidente estadual da RENAFRO-SAÚDE/Piauí. Como já eu já havia estabelecido que a pesquisa seria realizada em terreiros de Umbanda, resolvi conversar com Shomari com objetivo de complementar as informações obtidas, de modo a tentar compreender melhor as tessituras dialógicas entre ESF's e terreiros.

No dia e horário combinados, novamente peguei um moto-táxi e me dirigi ao terreiro conduzido pela referida figura religiosa. Assim que cheguei na rua em questão, desci logo em seu começo, de modo que fiz o resto do caminho a pé. Devo admitir que me arrependi miseravelmente de tal atitude: a rua era gigantesca e a casa que eu procurava ficava localizada literalmente bem ao final dela.

Quando finalmente encontrei a residência indicada, reconheci-a sem ao menos verificar o número da residência, visto que, em sua entrada, haviam sido pintados tanto alguns desenhos de mulheres com saias rodadas e blusas brancas, assim como também sido escritas as palavras *“Ilê Ase Omó Ni Eja Sábá Odê Kwesifa”*. Pensei comigo: *“Cheguei! É aqui”*. Infelizmente, na ocasião, ele não estava, porém, após esse dia, retornei em dois momentos diferentes, e em ambas as ocasiões, pude conversar com ele, sendo que na primeira vez nosso diálogo se desenrolou de modo mais informal e, na segunda, foi intermediado pelo mesmo roteiro de entrevista que utilizei com Ashanti, Mmaabo e Azekel.

Paralelo a todo esse processo, por intermédio de professor Vladimir, acabei conhecendo Mmaabo e o centro religioso que a mesma conduzia. Assim como nos três estabelecimentos em que eu havia estado até então, o referido terreiro funcionava no mesmo espaço em que a mãe

de santo residia. Entretanto, como não sabíamos exatamente a localização exata do mesmo, muito menos tínhamos o seu contato telefônico, decidimos andar pelo bairro em que sabíamos que ela morava e perguntar entre os moradores onde ficava a distinta residência. Por sorte, muitas pessoas conheciam Mmaabo e acabamos encontrando-a com relativa facilidade.

À medida que caminhávamos, fui observando mais profundamente aquele território em que eu adentrava: pelo que eu podia perceber, os moradores do bairro em questão gostavam de colocar suas cadeiras nas calçadas e ficar observando a movimentação da rua. Além disso, as residências da região não possuíam grandes adereços, sendo consideradas simples, sendo que a casa de Mmaabo não fugia a essa regra: a mesma era verde e assim como as demais não havia qualquer espécie de muro. Em vez disso, havia apenas um portão de grades que separava o terraço da calçada.

Assim que chegamos, encontramos um homem por volta dos seus 60 anos de idade. Ele estava sentado em uma cadeira de plástico, observando as pessoas transitarem pela rua. Muito timidamente, questionamo-lo sobre a presença de Mmaabo, o qual, então, nos respondeu que ela estava em atendimentos e que poderíamos entrar e sermos consultados, o que nos causou certo espanto, visto que não sabíamos que no dia em questão haveria atendimentos à comunidade.

Assim que chegamos ao quintal, haviam duas mulheres sentadas em um banco, sendo uma idosa, enquanto a outra aparentava estar no começo da vida adulta. O quintal era cimentado e estava coberto com telhas velhas, as quais eram sustentadas por uma estrutura precária em que as colunas eram feitas de madeira. Essa área antecedia um cômodo, composto por um salão e mais dois quartos ao final. Logo que chegamos, começamos a conversar com as mulheres que ali estavam.

Ao perguntarmos onde estava Mmaabo, uma delas nos respondeu que a mesma estava realizando as consultas particulares dentro do recinto. Devido ao meu desconhecimento, confesso que fiquei um pouco assustado: sempre que vou à campo, evito levar objetos de valor, tais como relógio e celular<sup>15</sup>, de modo que propositalmente eu andava com pouco dinheiro. Não teria como pagar pelo atendimento que ela fosse me oferecer. Contudo, logo a mulher nos explicou que estava esperando os atendimentos públicos, os quais aconteciam logo após esses primeiros terem terminado.

Com o passar dos minutos, mais mulheres foram chegando ao recinto. À medida que fomos conversando com elas, descobrimos que deveríamos ter levado velas, algo que com o tempo eu descobriria ser um artefato indispensável durante os atendimentos nessa casa espiritual. Aproximadamente trinta minutos após chegarmos, uma mulher sai de dentro do salão e anuncia que seríamos atendidos. Antes de entrar, retirei meu sapato e, juntamente com as demais pessoas que ali estavam, sentei em um banco de madeira.

Imediatamente se formou uma fila. Poucos instantes depois, uma senhora, negra, vestida com uma saia e uma blusa branca, com um pano amarrado na cabeça e um cachimbo na boca, sai de dentro do quarto. Ela anda meio cambaleante e é auxiliada por outra pessoa. Com muita dificuldade a mulher caminha e consegue se sentar. Aos poucos, um a um foram sendo atendidos.

Enquanto eu não era recebido, comecei a perceber com maiores detalhes o local em que eu estava: haviam muitos quadros de Orixás e também de outras divindades umbandistas, sendo que estas últimas também estavam representadas por meio de estátuas de gesso presentes em um altar localizado ao final do salão. Ao chegar minha vez de ser atendido, expliquei para

---

<sup>15</sup> Tomo tal atitude não em virtude de supostos estereótipos com comunidades em situação de vulnerabilidade social, mas sim porque quando estou em campo não gosto de ser interrompido com ligações inesperadas ou o barulho de relógios e coisas do gênero.



mulher que auxiliava Mmaabo que eu não havia levado nenhuma vela. Ela então, foi ao quartinho, pegou uma caixa com várias e me entregou duas.

Quando a distinta senhora me atendeu, assustei-me com sua voz grossa e imponente. Com um pano na mão, ela começou a rezar em mim, sussurrando orações que eu não compreendia, apesar do meu sincero esforço para distinguir as palavras proferidas. Ao final, ela, com auxílio da mulher ao seu lado, ascendeu as velas, orientando-me a deixá-las em um cantinho onde ficavam as demais. Após isso, mais duas pessoas foram atendidas e, em seguida, a divindade se despediu.

Mmaabo, então, mudou imediatamente suas feições. Sua postura ficou ereta e sua voz, fininha. Após guardar as roupas em um quartinho e falar com um ou outro que por ali estavam, ela foi ao nosso encontro. Expliquei, então, o que eu pretendia ali. Conversamos por quase uma hora e nessa ocasião utilizei como intermediador do nosso diálogo o roteiro de entrevista que havia elaborado previamente.

Durante esse nosso diálogo, ela ainda nos mostrou um salão que ficava atrás desse primeiro e que era dedicado apenas ao culto da pomba-gira. O local estava ornamentado com cores chamativas, em especial, vermelho. Após isso, ficou acertado que retornaria em outras ocasiões. E assim o fiz, mais especificamente oito vezes.

Além das minhas idas a esses dois estabelecimentos sagrados, senti a necessidade de frequentar mais um terceiro terreiro de Umbanda. Nesse momento, existiam algumas opções em que eu poderia me filiar, ambas por sugestões de amigos. A primeira seria conhecer a realidade de uma mulher umbandista e adepta da cultura cigana. Contudo, logo essa alternativa se mostrou inviável, pois fiquei sabendo que o terreiro da referida líder religiosa havia sido queimado, de modo que me propor a realizar uma pesquisa com uma pessoa em tão frágil situação seria uma atitude no mínimo controversa, para não dizer antiética.

Assim, acabei me apegando a uma segunda opção, que também não me desagradava, a qual consistia em visitar um centro espírita que, conforme explicitiei anteriormente nesse capítulo, se autointulava como uma casa espiritual que adotava como princípios os ensinamentos de várias filosofias e doutrinas religiosas. Entretanto, suas cerimônias e rituais sagrados seguiam as tradições umbandistas, já que as divindades cultuadas nesses espaços pertenciam à referida religião.

Ao contrário dos demais, esse terreiro era conhecido por ser frequentado por pessoas relacionadas ao universo acadêmico, o que de certo modo é um contraponto aos centros conduzidos por Ashanti e Mmaabo. Por intermédio de uma aluna de Psicologia, que também frequentava o referido estabelecimento religioso, peguei o telefone do condutor da casa e entrei em contato com ele.

À princípio, em minha primeira visita, realizei uma entrevista, a qual narrei como se configurou no início desse capítulo. Nas outras três visitas, participei como consultante/observador das cerimônias de cuidado em saúde ofertadas à comunidade. Aliás, essa foi uma encomenda que se mostrou perceptível logo de imediato no terreiro em questão: a necessidade de que antes de realizássemos a pesquisa, assumíssemos a posição de consultantes, isto é, de quem reconhece a existência de feridas que lhe são próprias, principalmente as de ordem espiritual e que se submete a um processo de ser cuidado, para que, aos poucos, este se torne um integrante da religião e, portanto, um cuidador.

Por fim, também realizei uma roda de conversa com as Equipes de Saúde da Família referentes a cada terreiro de Umbanda investigado. Entrei em contato com as mesmas após minhas primeiras visitas aos estabelecimentos religiosos em questão, circunstância em que as entrevistas semiestruturadas com as três lideranças religiosas já haviam possibilitado minhas primeiras conversações.

Com exceção da ESF correspondente ao terreiro de Mmaabo, nas outras duas equipes investigadas meu primeiro contato com os profissionais aconteceu sem maiores contratemplos. Nos dois casos, questionei Ashanti e Azekel sobre qual ESF fazia cobertura dos territórios em que estavam inseridos os seus respectivos estabelecimentos religiosos. Em seguida, apresentei-me aos responsáveis pelas unidades de saúde e expliquei do que se tratava a pesquisa. Em ambos os casos, as enfermeiras concordaram com minha presença na unidade e marcaram a realização das rodas de conversa para os respectivos dias em que aconteceriam o planejamento de equipe.

Por outro lado, na ESF corresponde ao terreiro de Mmabo, minha presença não foi aceita de tão bom grado como nos dois recintos anteriores. Sempre que eu me dirigia ao referido estabelecimento pedir autorização para realização do estudo, era convidado a retornar em outra ocasião com a desculpa de que o local estava muito cheio. Entretanto, após minha insistência e com as explicações que concedi sobre a pesquisa que eu estava desenvolvendo, a responsável pela unidade acabou concordando com meu pedido, contanto que eu não atrapalhasse o serviço.

Esses encontros (com duração de uma sessão em cada unidade) tiveram como objetivos principais caracterizar as estratégias de cuidado em saúde desenvolvidas pelas ESFs em relação aos povos de terreiros, bem como analisar as interações nas ofertas de cuidado em saúde entre religiões de matrizes africanas e ESF.

A partir disso, é possível afirmar que construí três caminhos durante essa pesquisa: em primeiro lugar, realizei uma entrevista semiestruturada com o condutor de cada espaço religioso investigado (Ashanti; Mmaabo e Azekel); em seguida, acompanhei as cerimônias religiosas referentes aos atendimentos de cuidado em saúde ofertados por parte dos praticantes dos terreiros de Umbanda à comunidade de forma geral; e concomitantemente a esses processos,

também facilitei uma roda de conversa em cada unidade de saúde da família correspondente ao terreiro selecionado.

É importante destacar que nos terreiros de Azekel e de Mmaabo, as ofertas de cuidado em saúde e as cerimônias de celebração às divindades não aconteciam no mesmo momento. Enquanto os cultos às entidades eram realizados no período da noite, a promoção do cuidado em saúde acontecia durante o dia.

Enquanto isso, o estabelecimento religioso conduzido por Azekel funcionava de um modo distinto dos anteriores: determinados dias da semana eram reservados à grupos de estudos sobre a mediunidade, o espiritismo e as religiões de matrizes africanas, sendo alguns deles destinados aos fiéis da casa e outros à comunidade de forma geral; em outros dias, eram ofertadas práticas de cuidado. Todas essas atividades aconteciam durante a noite. Na Tabela I “Atendimentos em Saúde nos Terreiros Investigados” discorro em maiores detalhes sobre como aconteceu essas observações participante e as conversas informais nos três estabelecimentos religiosos investigados.

*Tabela I - Atendimentos em Saúde nos Terreiros Investigados*

<b>TERREIROS</b>	<b>FUNCIONAMENTO</b>	<b>IMERSÃO?</b>
Ashanti	Consulente é atendido a qualquer momento que chegue independente do dia e horário.	Não acompanhamos os atendimentos
Mmaabo	Três vezes por semana no horário da tarde.	Oito Visitas

---

Azekel	Uma vez por semana (três vezes por mês).	Três Visitas
--------	--	--------------

---

É válido ressaltarmos que durante nossa jornada obedecemos às normas e procedimentos éticos relativos às pesquisas envolvendo seres humanos, em acordo com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, a presente investigação foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Ministro Petrônio Portela, e obteve parecer favorável para sua execução sob o CAAE nº 79267617.7.0000.5214.

### ***1.6 Sexta Miçanga: A Análise***

As entrevistas com as lideranças religiosas foram gravadas e, posteriormente transcritas na íntegra, sendo que isso não foi possível em apenas um local já que o centro religioso do qual o sujeito fazia parte não autorizava gravações ou filmagens dentro do referido espaço. Assim, no caso em questão, realizamos anotações durante toda nossa conversação, mesma estratégia que adotamos na realização das conversas informais e das rodas de conversas.

Além disso, ao final de todos os encontros, fossem eles para fazer alguma entrevista semi-estruturada com os condutores dos centros religiosos afro-brasileiros, fosse para dialogar com os consulentes ou realizar rodas de conversas com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, armazenamos todas as conversações estabelecidas em diários de campos, espaços nos quais também registramos nossas percepções bem como os acontecimentos decorridos.

Em seguida, realizamos duas leituras a partir do material coletado: uma primeira, de identificação, em que nos familiarizamos com os discursos dos sujeitos entrevistados e dos

membros dos grupos conduzidos; e uma segunda, com o intuito de descobrir as instituições que atravessam os discursos dos participantes (e que explicitaremos em nosso quinto capítulo).

Desse modo, um conceito demasiadamente importante nas análises das investigações em Análise Institucional é o de analisador, compreendido, conforme mencionamos em momento anterior, como aquilo que nos permite provocar o conteúdo outrora implícito das instituições, fazendo-o ver e falar (Lourau, 2004b).

## 2. “Bate forte o tambor”: Eu quero é entrar na gira com meu Orixá<sup>16</sup>

### 2.1 “Gritos, ais, maldições, preces ressoam!”<sup>17</sup>

Minha carta de alforria  
não me deu fazendas,  
nem dinheiro no banco,  
nem bigodes retorcidos

Minha carta de alforria  
costurou meus passos  
aos corredores da noite  
de minha pele

(Adão Ventura. Negro Forro. Os Cem Melhores Poemas do Século, p. 275).

O poema “Negro Forro”, de Adão Ventura, narra o lamento de um sujeito até então escravizado em terras brasileiras. Após conseguir sua tão sonhada alforria, percebe que na prática sua condição continuava sendo a que fora instituída socialmente em outrora, isto é, como não havia tido acesso a direitos básicos, como saúde, assistência, educação, trabalho, moradia, saneamento básico e transporte público de qualidade, na prática o personagem em questão permanecia um escravo dos grandes senhores.

---

<sup>16</sup> Em alguns terreiros de Umbanda, chamam-se de giras as cerimônias religiosas de culto e celebração às divindades.

<sup>17</sup> Esse título faz menção a um dos versos do poema “O Navio Negreiro” (1869), escrito pelo poeta Castro Alves.

Assim como este, milhares de outros negros também assistiram à instituição “democracia racial” ser construída, a qual era configurada a partir de duas ordens distintas: um grupo era regido pelas pessoas consideradas como cidadãos perante o estado, enquanto, do outro lado, estavam as parcelas sociais sem qualquer garantia de direitos (Mbembe, 2017). Por exemplo, durante a República Velha (1889-1930), apenas os homens alfabetizados com idade superior à 21 anos eram considerados cidadãos.

Nesse cenário, os negros terminaram não adquirindo a cidadania perante o governo, já que por muito tempo na história de nosso país, os mesmos não tiveram quaisquer oportunidades de frequentar estabelecimentos formais de ensino. Essa realidade ainda perdurou por muitos anos, uma vez que essas populações continuaram a ser submetidas a péssimas condições laborais, fazendo com que não restasse muito tempo para realizar outros tipos de atividades, como, por exemplo, aprender a ler e escrever.

Para melhor compreendermos essa situação, precisamos retornar alguns séculos na história do Brasil, mais especificamente quando milhares de africanos foram traficados pelos portugueses para as terras brasileiras com o objetivo de serem a principal mão-de-obra da economia colonial de nosso país, instituída por um viés escravocrata, monocultural e agro-exportador.

No caso da África, esse continente era composto por diversas nações ou tribos, cada uma com suas próprias etnias, costumes, crenças e tecnologias. Com a chegada dos portugueses na região, estes terminaram por se aproveitar do modo de organização tribal instituído pela população nativa, objetivando incentivar guerras entre as diferentes nações. Os vencidos eram colocados à venda ou trocados com os europeus por produtos necessários e apreciados pelos africanos, como sal e cachaça (Barros, 2009).



Com essa artimanha, os portugueses pretendiam utilizar o trabalho destes povos como mão de obra escravizada nas usinas de cana de açúcar do Nordeste brasileiro. Posteriormente, com o passar dos séculos, também vieram a instituir o trabalho de tais sujeitos tanto nos garimpos de ouro de Minas Gerais quanto nas lavouras de café, localizadas nos interiores de São Paulo e Rio de Janeiro. Para chegar ao Brasil, esses povos eram exportados aos montes em navios cargueiros, conhecidos por possuírem insalubres condições para se viver, o que culminava em uma dizimação dos negros já durante a viagem. É o que já denunciava Castro Alves nos versos de seu clássico poema “O navio negreiro”:

[...] Era um sonho dantesco... o tombadilho.//Que das luzernas avermelha o brilho.// Em sangue a se banhar.// Tinir de ferros... estalar de açoite...// Legiões de homens negros como a noite,// Horrendos a dançar... [...] Ontem simples, fortes, bravos.// Hoje míseros escravos,// Sem luz, sem ar, sem razão...// São mulheres desgraçadas,// Como Agar o foi também.// Que sedentas, alquebradas,// De longe... bem longe vêm...// Trazendo com túbios passos,// Filhos e algemas nos braços,// N'alma — lágrimas e fel...// Como Agar sofrendo tanto,// Que nem o leite de pranto// Têm que dar para Ismael [...] Ontem a Serra Leoa,// A guerra, a caça ao leão,// O sono dormido à toa// Sob as tendas d'amplidão!// Hoje... o porão negro, fundo,// Infecto, apertado, imundo,// Tendo a peste por jaguar...// E o sono sempre cortado// Pelo arranco de um finado,// E o baque de um corpo ao mar... [...]

Ao chegarem ao Brasil, os negros se depararam com uma sociedade instituída pelo teor aristocrata e escravista, atribuindo àqueles oriundos da África um valor mercadológico de compra e venda, assim como qualquer outro produto. Para legitimar seu poder, tal sistema fazia

uso da coerção, bem como da violência física, psicológica e de diversos outros tipos de humilhação (Castro, 2012). Desse modo, eram frequentes situações em que os chamados “capitães do mato”<sup>18</sup> açoitavam em um tronco os escravizados fugitivos ou desobedientes.

Outra estratégia de dominação, utilizada com intuito de melhor governar os negros para que estes não pudessem se unir contra levantes a partir de movimentações instituintes, foi a dispersão de pessoas das mesmas nações africanas para diferentes locais, de modo que muitas famílias ou tribos acabaram sendo separadas. A etnia *bantu*, por exemplo, se propagou pelos interiores dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul (Barros, 2009).

Por outro lado, nações como a dos *iorubás*, *fons* e *savalunos* se concentraram nas áreas urbanas do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Pernambuco e Maranhão. Com a assimilação por parte dos negros do idioma local, aos poucos começaram a ser estabelecidos processos instituintes de entrelaçamentos tribais, possibilitando, assim, um maior contato destes sujeitos entre si (Barros, 2009).

É preciso ressaltarmos que quando estes chegaram ao Brasil, a responsabilidade de catequizá-los passou a ser de seus donos. Com isso, instituiu-se um processo de educação religiosa em que os “senhores de engenho”<sup>19</sup> se responsabilizavam pela iniciação cristã dos escravos sobre sua tutela. Entretanto, precisamos reconhecer que esse procedimento não era um dos mais exigentes, visto que para ser considerado católico bastava o negro responder algumas

---

<sup>18</sup> Na sociedade colonial brasileira, o “capitão do mato” era a figura responsável por capturar os negros fugitivos das fazendas ou feitorias. Eram suspeitos de sequestrar escravizados em fuga e devolvê-los aos seus donos em troca de recompensa.

<sup>19</sup> Os “senhores de engenho” eram os responsáveis pelos engenhos produtores de açúcar durante o período colonial brasileiro. As pessoas interessadas nesse empreendimento recebiam as unidades açucareiras pelos donatários e representantes da Coroa. Estas figuras ficaram conhecidas por usufruírem de enorme prestígio social e eram detentores de um latifúndio monocultor, escravista e agro-exportador.

questões, tais como: *Queres lavar tua alma com água santa? Queres provar do sal de Deus? Jogas foras tua alma com todos teus pecados? Não pecarás nunca mais? Queres ser filho de Deus? Jogas fora da tua alma ao diabo?* (Ribeiro, 2012), algo que uma ou duas chicotadas muito bem resolveria<sup>20</sup>.

Em decorrência deste e de outros fatores, os sujeitos escravizados organizaram uma série de movimentos instituintes contra essa dominação, como fugas, boicotes ao trabalho, organizações de quilombos<sup>21</sup> e preservação dos seus principais elementos culturais, tais como dialetos, cantigas, danças, religiões e práticas de cura e cuidado em saúde, contudo, estas muito comumente passaram a se instituir de modo camuflado, como, por exemplo, as divindades africanas travestidas de santos católicos (conforme veremos adiante) (Freitas, 2012).

Além disso, problemáticas socialmente então instituídas, como a ineficiência e o descaso dos tratamentos médicos durante o governo imperial também foram elementos definidores no desbocamento das religiões de matrizes africanas no cenário brasileiro. Nesse sentido, quando estavam diante de situações de adoecimento, os sujeitos recorriam às suas crenças religiosas, buscando apoio das suas divindades, nos espíritos antepassados, nos rituais de possessão e no uso de amuletos e plantas (Lages, 2012).

Com esses elementos postos em cena, percebemos ser necessário discorrer sobre as tradições afro-brasileiras, compreendidas como manifestações culturais das tribos africanas depois do tráfico transatlântico de cativos para o trabalho compulsório nas Américas. Com isso,

---

<sup>20</sup> De modo geral, no Brasil Colônia, eram os jesuítas os responsáveis por realizar o processo de conversão à fé católica, contudo, tais práticas se restringiam aos colonos e indígenas, não fazendo referência aos negros, visto que para grande maioria da população portuguesa no Brasil, os africanos e seus descendentes eram um produto a ser comercializado com intuito de ser força de trabalho das principais atividades econômicas do país. Assim, não seria economicamente rentável retirar os escravizados das usinas de cana-de-açúcar para que estes frequentassem as escolas jesuíticas (Rosário & Silva, 2015).

<sup>21</sup> Locais em que os escravizados africanos e seus descendentes se refugiavam após abandonarem na surdina as fazendas em que trabalhavam. O mais famoso da história do Brasil foi o de Palmares.

podemos classificar estas tradições em dois tipos: as clássicas, que estão instituídas no continente africano há milênios; e as afro-americanas, ressignificadas após a diáspora negra. Destas últimas, ainda temos outra subdivisão: as afro-caribenhas (*Santería* em Cuba e *Vodu* no Haiti) e as afro-brasileiras (Batuque, Candomblé, Umbanda, Tambor de Mina, *Nagô* e *Xambá*) (Silveira, 2014).

Apesar de suas divergências, as tradições de matrizes africanas possuem em comum alguns elementos instituídos, a saber: mesma teologia e filosofia, embora existam algumas diferenças litúrgicas; crença em um ser supremo (Deus, *Olódùmarè*, *Olórun*, *Nzambi* e *Mawu-Lisa*), assim como em um poder imaterial divino de criação e sustentação da vida carnal (*Àsé*); e compreensão das divindades como intermediárias entre o ser supremo e os homens, de modo que no decorrer da história, estas atuaram como agentes no mundo e na humanidade (Silveira, 2014).

A depender da tradição, são cultuadas determinadas divindades. No Batuque são basicamente *Èṣù* (*Bara*), *Ògún*, *Oya-Yánsàn*, *Ṣàngó*, *Oḍe*, *Ọtin*, *Ọsányìn*, *Ṣànpònná*, *Ọbà*, *Ibéji*, *Ọṣun*, *Yemojá* e *Ọṣàálá*. No Candomblé são acrescentados a estes *Ọṣùmàrè*, *Lógun Èḍe*, *Iyewa* e *Iróko*, além de cultos específicos a *Nàná Buruku* e *Ọrúnmilà* (Silveira, 2014).

Em decorrência dessa pesquisa ter sido realizada em uma cidade em que a Umbanda é a religião afro-brasileira que majoritariamente se encontra instituída em seu cotidiano, assim como em virtude do fato de termos desenvolvido o presente estudo nos terreiros dessa doutrina sagrada, acreditamos que dentre o arsenal das religiões de matrizes africanas seja importante aprofundar conhecimentos sobre uma delas, a Umbanda.

Além disso, ressaltamos o fato de que muitas informações concernentes às suas crenças e simbologias estão instituídas no campo da oralidade, sendo, portanto, difícil o acesso a

registros escritos sobre as mesmas, o que talvez justifique a ausência de algumas informações consideradas importantes sobre a referida religião.

## **2.2 Umbanda**

As práticas religiosas afro-brasileiras, desde os tempos imperiais, eram instituídas como pecaminosas pela Igreja e delitos pela Corte, sendo, portanto, além de desaconselhadas, também proibidas. Esta situação se perpetuou mesmo com a insurgência de importantes movimentações instituintes no percurso da história brasileira, como a abolição da escravatura, a proclamação da República e a separação entre o Estado e a Igreja (Jensen, 2001).

Diante de tal realidade, os africanos que aqui se encontravam começaram a incorporar em seus rituais elementos simbólicos oriundos de outras culturas e tradições, sendo uma delas o Catolicismo. Desse modo, imagens e estátuas católicas se tornaram cada vez mais frequentes em determinados segmentos dos terreiros, incorporando-se com os elementos das culturas africanas que já estavam instituídos na África antes mesmo da diáspora negra. Por conta disso, no interior dessas movimentações instituintes, figuras cristãs como São Jorge e Santa Bárbara começaram a representar algumas divindades dos cultos dos escravos (Jensen, 2001).

Além disso, em muitos casos, também haviam sido incorporadas às cerimônias africanas elementos simbólico-culturais de outras populações, de forma que aos poucos tais tessituras dialógicas, decorrentes de processos coercitivos, possibilitaram a institucionalização de uma nova religião, a Umbanda. Por exemplo, muitos índios se identificaram de imediato com algumas tribos africanas, como a *bantu*, por exemplo, a tal ponto de compartilharem lutas pela defesa de interesses sociais e religiosos que fossem específicos (Barros, 2009).

Esta união proporcionou uma movimentação instituinte de troca de costumes, crenças, saberes e conhecimentos sobre a natureza, diálogos esses que foram de grande importância para a institucionalização da Umbanda (Barros, 2009), a qual é compreendida a partir de duas perspectivas: uma religiosa, sustentada por seus praticantes, e uma que procura perceber como a referida doutrina religiosa se constituiu como uma instituição.

Podemos perceber, portanto, que a diáspora negra não foi um processo harmônico e coeso, em que de muito bom grado as tradições simbólico-culturais dos indígenas, africanos e europeus se mesclaram. Aliás, esses adjetivos-pátrios, comumente utilizados em nosso cotidiano, guardam generalizações que pouco expressam as singularidades desses povos. Por exemplo, apesar do continente africano ser composto uma infinidade de países, tribos e etnias, cada qual como um universo simbólico-cultural que lhe é bastante peculiar, ainda assim insistimos em denominar todos as pessoas que provêm desse continente como “africanos” (Gilroy, 2001).

E isso decorre do fato de que a própria ideia de raça foi uma invenção utilizada como forma de justificar a escravização de determinados povos em detrimento de outras. Nesse sentido, conclui-se que a diáspora negra foi um processo coercitivo e autoritário, bastante ardiloso, diga-se de passagem, já que colonizou determinados povos, transformou-os em escravos, concedeu-os “liberdade” (apesar de que na prática a condição continuava como a de um escravo) e, por fim, lançaram em circulação discursos que propagam a ideia de uma suposta “democracia racial” (Gilroy, 2001).

Para os praticantes da Umbanda, a mesma surgiu no período compreendido entre o final do século XIX e o início de século XX (Rodhe, 2009), mais especificamente, atribuem sua “criação” a um evento ocorrido em 15 de novembro de 1908: um jovem de dezessete anos de

idade, Zélio Ferninando de Moraes, em decorrência de uma paralisia inexplicável e incurável do ponto de vista médico, foi levado a um centro espírita, com intuito de sanar esta enfermidade.

Nessa reunião, vários espíritos de pessoas que foram escravizadas e indígenas começaram a se manifestar nos médiuns presentes, contudo, sempre eram convidados a se retirar em decorrência de um suposto atraso espiritual, cultural e moral. Em determinado momento, eis que surge uma divindade que se apresenta como Caboclo das Sete Encruzilhadas, após tentarem expulsá-lo, ele anuncia a fundação de um novo culto (a Umbanda) onde divindades de escravos, indígenas, prostitutas e outros setores sociais marginalizados poderiam exercer seus trabalhos espirituais e transmitir suas mensagens.

Contudo, devemos analisar essa narrativa com certa cautela, visto que em vez de compreendermos essa religião com uma data precisa de fundação, deveríamos percebê-la como um processo que se desenvolveu sem direção única e sem um controle centralizado. É tomando como base esta afirmação que percebemos em ritos religiosos de escravos do século XVIII algumas das características que hoje encontramos instituídas na Umbanda, tais como: a influência do Cristianismo, a capacidade de incorporar divindades de diferentes categorias e a presença de música percussiva e de danças rituais (Rodhe, 2009).

Desse modo, vemos que em detrimento de um nascimento com dia e hora marcada, a referida religião se constituiu a partir das influências da tradição oral (ameríndia, *kongo* e *iorubá*) e escrita (portuguesa e espírita), bem como a partir dos malês, da maçonaria, do orientalismo, dos ciganos, do vegetalismo e da medicina popular (Rodhe, 2009).

Com estes elementos postos em cena, acreditamos ser o momento oportuno para adentrarmos mais profundamente nas crenças e simbologias instituídas da Umbanda. Começemos, então, pelas divindades já mencionadas linhas acima, os Orixás. Eles são considerados expressões dos seres divinos, por conta desse fato, não tiveram nenhuma

existência carnal. Abaixo destes, estão os Orixás Menores, os quais passaram pela Terra, contudo com o objetivo de proporcionar a evolução de um povo ou fundar uma nova religião, como é o caso de Jesus Cristo<sup>22</sup>.

Em seguida, podemos encontrar os Guias Espirituais, caracterizados, juntamente com os anteriores, por não precisarem mais encarnar, pois já prestaram muitos serviços à humanidade. Por fim, temos os Protetores Espirituais, considerados o maior número de entidades da religião e possuidores de conhecimentos e experiências de muitas vidas passadas. Entretanto, estes ainda precisam de algumas existências na Terra para poder “evoluir” espiritualmente.

Dando prosseguimento em nossa discussão, podemos afirmar que uma das principais características da Umbanda diz respeito a sua capacidade de agregar em suas cerimônias e rituais, setores sociais historicamente excluídos, como é o caso dos Negros, Indígenas, Marinheiros<sup>23</sup>, Baianos, Baianas, Boiadeiros, Prostitutas, Ciganos e Crianças Moradoras de Rua, através da ascensão destes sujeitos à condição de divindades a serem cultuadas/consultadas nas cerimônias religiosas.

Os Exus Mirins são um exemplo de entidades umbandistas. São apresentados como crianças de rua e como tais são muito carentes e sensíveis, contudo quando se sentem ameaçados procuram provocar mais medo do que estão sentindo, intimidando o seu possível adversário. Geralmente são exibidos, realizam gozações que beiram ao ferino e comumente se empenham em mostrar que conseguem obter aprovação social, realizando qualquer tipo de

---

<sup>22</sup> Por vivermos em uma cultura ocidentalizada e cristã, cremos que esta entidade talvez dispense apresentações. De qualquer modo, trata-se de uma figura messiânica que supostamente veio do céu para Terra com intuito de salvar a humanidade de seus aparentes pecados. É cultuado por algumas religiões tais como, como Catolicismo, Protestantismo e Espiritismo, por exemplo.

<sup>23</sup> No percurso histórico nacional, a profissão de marinheiro se caracterizou por ser bastante procurada por segmentos sociais pobres, como, por exemplo, os negros que haviam sido escravos antes da Abolição da Escravatura.



serviço, como os antigos “moleques de recado”. Alguns têm suas pernas quebradas, talvez em decorrência de uma vida difícil que tiveram sobre a terra, onde sofreram muitos acidentes, passaram fome e, em sua maioria, morreram queimados (Bairrão, 2004).

Quase em sua totalidade, os Exus Mirins são do sexo masculino, o que simboliza uma dificuldade social em elaborarmos a imagem da menina como moradora de rua, pois acrescido aos problemas já mencionados, essas garotas ainda vivenciam outros, como o abuso sexual (Bairrão, 2004).

As Caboclas são outras divindades umbandistas. Materializam muito fortemente a beleza e a vaidade das índias que habitavam nossas terras antes dos europeus a invadirem, em decorrência disso, as descrições as retratam como mulheres fortes, bonitas e morenas que geralmente usam adornos, cocares, tranças e outros tipos de enfeites. Durante a vida, habitaram nas margens de rios, riachos e cachoeiras, tendo tido uma relação muito próxima com a natureza, mais especificamente com a terra e com a mata que dela brotava (Bairrão & Rotta, 2010).

Consideram os fiéis como seus filhos, cuidando deles sempre que necessário, seja através de banhos, chás ou por meio de outros tipos de remédios dessa medicina milenar (Bairrão & Rotta, 2010). Por outro lado, os Caboclos se caracterizam por sua expressão facial marcada por um rosto sério e retorcido, geralmente aparecendo fumando cachimbos, como os antigos pajés (Barbosa & Bairrão, 2008).

Dando prosseguimento em nossa explanação, temos as Pombas-Giras. Essas divindades têm como principais características a sensualidade, a erotização e a luxúria sendo compreendidas como mulheres destemidas, sábias e acolhedoras. Algumas vezes, elas nos fazem lembrar antigas cortesãs; em outras ocasiões, surgem meio debochadas, cambaleantes e com uma garrafa de cerveja na mão; de quando em quando, com um olhar penetrante e invasivo

leem as mãos dos fiéis e dizê-los coisas indesejáveis, assim como as ciganas; por fim, também aparecem enrolando fitas em velas, passando a mão sobre a chama, entoando sons incompreensíveis e nos pedindo para escrever o nome da pessoa amada em pedaços de papel. Geralmente, as suas cerimônias acontecem à base de cigarro, cerveja e *whisky* utilizando como decoração velas e rosas vermelhas (Barros, 2013).

Nas cerimônias umbandistas também encontramos os baianos e as baianas, ambos considerados como divindades festeiras e brincalhonas, sendo que enquanto os primeiros se locomovem como se estivessem dançando baião, as segundas se movimentam, balançando as pontas da saia para frente e para trás ao redor do corpo. Outras entidades de igual importância são os Boiadeiros, materializados por meio da figura do vaqueiro, e os marinheiros, representados através de espíritos de homens bêbados que morreram no mar. Tanto um como outro são caracterizados por, durante suas existências carnavais, terem sido majoritariamente negros e/ou pobres (Barbosa & Bairrão, 2008).

Além disso, temos os Pretos-Velhos e os Exus, considerados, juntamente com os caboclos, como as divindades mais antigas da Umbanda, prova disso, é a presença destes espíritos em cerimônias religiosas de quilombos e senzalas. Sobre os primeiros, podemos afirmar que simbolizam os escravizados e, mais do que isso, o instituinte processo de resistência (tanto física quanto cultural) diante da opressão e diáspora sofrida (Dias & Bairrão, 2011). Enquanto que os Exus, devido ao fato de possuírem chifres, terem um membro viril e uma sexualidade sem freios, são associados à imagem do diabo cristão, sendo, portanto muito marginalizados, contudo são de imensa importância, pois são vistos como mensageiros que desempenham tarefas determinadas pelos Orixás (Nascimento, Souza, & Trindade, 2001).

Após explanarmos sobre as crenças e singularidades da doutrina umbandista, bem como o seu processo de institucionalização, percebemos ser necessário dissertar sobre o cuidado em

saúde, de modo a desnaturalizar a compreensão instituída de que os profissionais de saúde seriam os detentores exclusivos de tais conhecimentos e práticas, quando, na realidade, outros atores sociais historicamente também os têm promovido, como os povos de terreiros.

### 3. “Alô, Orixás!” ... Avisem à todos: “Sobre o cuidado vamos falar”

Esse capítulo ambiciona compreender quais entendimentos e práticas diferentes cenários e contextos historicamente têm sido instituídos ao redor da nomenclatura cuidado. Uma primeira constatação diz respeito que esta não é uma categoria de suposta exclusividade dos profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros ou psicólogos costumeiramente gostam de supor. Muito pelo contrário! Antes mesmo desta instituição ter se apropriado de tais práticas, muitas outras já o tinham feito, como por exemplo, as religiões.

O pensamento que fica, então, é o seguinte: a compreensão em torno dos fenômenos de saúde/adoecimento se transfigurou imensamente a depender de suas circunstâncias históricas, sociais, econômicas, políticas e culturais, de modo a envolver explicações de ordem subjetiva, científica, filosófica e/ou religiosa. Com isso, entendemos que saúde/doença não são mecanismos universais e eternamente instituídos, mas sim processos que acompanham a humanidade desde os períodos mais remotos, variando, em cada uma dessas épocas, de acordo com o contexto em que estão circunscritas a partir de movimentações instituintes (Scliar, 2007).

Quando voltamos aos tempos pré-históricos, podemos perceber que os povos primitivos já tinham instituído em seu cotidiano explicações sobre as doenças que os afligiam, principalmente a partir de interpretações religiosas: os sujeitos adoecidos eram considerados vítimas das artimanhas de demônios e espíritos malignos, os quais manipulavam as pessoas consideradas inimigas. Nessas sociedades, a tarefa de cuidar dos enfermos era de responsabilidade dos feiticeiros ou xamãs<sup>24</sup>, figuras consideradas sábias por terem os

---

<sup>24</sup> Quando fazemos menção às práticas de cuidado que transitavam entre a religiosidade e a feitiçaria não estamos considerando tais compreensões sobre saúde/doença como inferiores ou ausentes de uma suposta cientificidade. Desse modo, tenha em mente que quando fazemos uso das expressões magia/feitiçaria/xamanismo no contexto das práticas de cuidado em saúde, não estamos destituindo sua legitimidade, mas sim tentando historicizar outras compreensões e lógicas em torno do objeto saúde, que não necessariamente fazem referência a um caráter racional, generalizante e quantificador, característicos, conforme veremos adiante, de uma lógica cartesiana, biomédica e

conhecimentos necessários para invocar os espíritos capazes de erradicar o mal das pessoas (Scliar, 2005).

Para conseguirem ocupar essa função na sociedade, os curandeiros passavam por longos e rigorosos treinamentos. Nessas situações, eles se apropriavam de conhecimentos considerados “sagrados” e passavam a compreender mais profundamente o porquê da adoção de determinadas atitudes instituídas nos momentos de celebrações às divindades, tais como a abstinência sexual e alimentar, o aprendizado de cantigas xamanísticas e o uso de substâncias alucinógenas, considerados chamarizes para os espíritos capazes de combater as doenças (Scliar, 2005).

A concepção de universo desses povos era totalmente dinâmica, tendo o sol e a lua como os olhos, os ventos como a respiração, e as pedras como os ossos. As cerimônias ritualísticas eram, portanto, uma oportunidade do microcosmo, ou mais especificamente, os corpos dos sujeitos se unirem a esse macrocosmo (Scliar, 2005).

O que podemos perceber, então, é o fato de muito antes que os médicos e demais profissionais da saúde (totalmente imbricados com a lógica cartesiana e positivista<sup>25</sup>, diga-se de passagem) tenham instituído a si próprios, isto é, às categorias profissionais que os mesmos pertenciam, a exclusividade dos conhecimentos e das práticas sobre as situações de saúde e adoecimento, essas questões já eram compreendidas a partir de outras racionalidades. Como ilustração, podemos mencionar algumas comunidades que ainda hoje perpetuam muitas das suas tradições, como é o caso dos ribeirinhos, dos indígenas, dos quilombolas, dos povos de terreiros e assim por diante.

---

positivista. Desse modo, nos momentos em que indispensavelmente tivermos que usar as palavras magia/feiticeira/xamanismo, não o faremos com o teor de deboche e de descrédito das correntes científicas.

<sup>25</sup> Falaremos sobre elas mais adiante.

Dando prosseguimento à nossa discussão, as sociedades orientais também desenvolveram concepções sobre os processos de saúde/doença. As medicinas hindu e chinesa passaram a compreender os processos de saúde e adoecimento como situações de desequilíbrio que abalariam a harmonia dos elementos e humores constituintes dos sujeitos, possibilitando o aparecimento de doenças, estas relacionadas ao ambiente físico, tais como astros, climas e insetos. Essa perspectiva afirmava o eterno estado de transformação dos elementos constituintes do mundo, além de defender a ideia de que os opostos poderiam coexistir num equilíbrio dinâmico, devendo a saúde ser compreendida a partir desse caminho (Cruz, 2011).

Por outro lado, na Antiguidade Clássica da sociedade ocidental, mais especificamente em algumas cidades-estados gregas, havia um crescente apelo em explicações místicas, prova viva disso é o fato dos deuses e os oráculos ocuparem uma posição de destaque na hierarquia social. Com isso, não fica muito difícil concluirmos que os entendimentos instituídos nessas sociedades sobre saúde/doença não fugiriam muito destas compreensões circulantes.

Entretanto, também não podemos nos esquecer da existência concomitante de cidades-estados como Atenas e Esparta, caracterizadas, respectivamente, por serem capital intelectual e militar da sociedade grega, de modo que nesses estabelecimentos aos poucos começou a se enveredar cada vez mais por um processo de explicar racionalmente as questões concernentes à saúde e doença (Batistella, 2011).

Um grande expoente da medicina desse período diz respeito à Hipócrates (460-377 a.C.). O referido pensador ficou conhecido no campo da saúde por postular modos instituintes de conceber o adoecimento humano, o qual não mais seria resultante de processos sagrados, mas sim, fruto das relações do homem com a natureza. Para isso, o predito pensador utilizou como principal instrumento de trabalho a observação empírica do ambiente na qual estava inserido (Batistella, 2011).

Durante essa época, pensadores como Sócrates ficaram conhecidos por lançarem sentenças em praças públicas, instigando os sujeitos a refletirem sobre si mesmos e suas existências, pois, para o filósofo em questão, de nada adiantaria se debruçar na cura e no cuidado aos outros, se o mesmo não fosse feito sobre si próprio. Desse modo, para esses povos, a noção de cuidado estava totalmente imbricada com a ideia de conhecer a si mesmo (Foucault, 2006).

Podemos concluir, então, que a noção de “cuidar de si mesmo” (*epimeleia heautou*, em grego; *cura sui*, em latim), na concepção de Foucault (1997) foi, de um modo geral, altamente valorizada na Antiguidade Clássica ou Tardia, mais especificamente no momento socrático-platônico. Nas palavras de Castro (2014, p. 138): “quem pretende governar aos outros deve governar-se a si mesmo e, portanto, ocupar-se de si. E o instrumento para levá-lo a cabo é o conhecimento de si”. O cuidado de si, dessa forma, estava totalmente vinculado ao próprio conhecimento que a pessoa tinha de si mesma. Apesar de voluntário, o exercício de governar os sujeitos proporcionaria um status social que os mesmos não possuíam até então (Foucault, 1997).

Ao prosseguirmos nessa discussão sobre o cuidado de si, nos deparamos com a perspectiva de Foucault (2006). Nela, o cuidado de si mantém relações diretas com a noção de *pathos*<sup>26</sup>, conceito compartilhado tanto pela filosofia quanto pelas práticas médicas. Por isso, o sujeito deve ter um olhar atencioso sobre seu corpo e sua alma, isto é, torna-se fundamental adotar sobre si próprio o papel e a postura de um vigia, mantendo controle sobre tudo o que se passa com seu ser e a sua volta, sem deixar nada desapercibido.

---

<sup>26</sup> Essa expressão, de origem grega, faz referência tanto a paixões da alma quanto a doenças físicas, ou seja, diz respeito a uma afecção que perturba o equilíbrio, os humores e as qualidades do corpo, e que também afeta a alma, tomando a forma de um movimento capaz de arrebatá-la apesar de suas configurações (Bolsoni, 2016).

Contudo, também tivemos o estoicismo<sup>27</sup>, momento no qual há a eclosão de um discurso distinto da Antiguidade, marcado pela obrigatoriedade do cuidado de si, o qual introduz uma movimentação instituinte decisiva, uma vez que passou a compreender tal categoria como um antagonismo às fraquezas do eu, as quais estariam fortemente associadas a sentimentos aparentemente negativos, tais como o prazer e o mal. Assim, o próprio estoicismo acabou fornecendo as condições necessárias para que fossem dados os primeiros passos em direção ao ascetismo cristão, baseado nos julgamentos morais, nas penitências e nas purificações (Mansano, 2009).

Quando o Império Romano começou a dar os seus primeiros sinais de esgotamento, em grande parte devido às invasões estrangeiras em seu território de abrangência, essa situação ocasionou um cenário social de bastante instabilidade e incertezas. Nesse contexto, uma forma de espiritualidade instituinte, conhecida como Cristianismo, começou a ganhar cada vez mais força, em especial, devido a sua forte orientação às camadas populares, como escravos e plebeus (Júnior, 2001).

Para esses grupos sociais marginalizados, havia a promessa de uma vida espiritual mais digna do que a vida terrena. A queda do Império Romano, a rápida adesão da grande massa populacional a essa nova religião e a aliança política entre Igreja Católica e as novas dinastias governantes se caracterizaram como movimentações instituintes que culminaram no processo de institucionalização da Idade Média, a qual ficou conhecida pela descentralização política e pela hegemonia cristã (Júnior, 2001).

Com relação a esse último episódio, percebemos que a sociedade se instituiu por uma ordem secular e divina das coisas – era Deus e, conseqüentemente, a Igreja Católica o elemento

---

<sup>27</sup> Escola de pensamento filosófico surgida na Grécia Antiga que desprezava todos os tipos de emoções externos aos conhecimentos, como paixão, raiva, luxúria, etc. (Marcondes, 2001).



principal das relações sociais. Dessa forma, o comportamento dos sujeitos era regido pelas seguintes normativas: a sexualidade, quando não ocorresse para fins de procriação, era considerada tabu; a confissão dos pecados era um hábito rotineiro e necessário; e a racionalidade era contrária à fé, portanto, passível de ser combatida.

Durante esse período, a noção de “cuidado de si mesmo” mostrou intensos sinais de capilarização, pois os sujeitos constantemente eram instigados a confessar o que se passava no âmago do seu ser, fossem eles medos, virtudes ou pecados. Esse processo ficou conhecido como *ascese*. Foi em decorrência deste e de outros fatores que o Cristianismo instituiu o princípio de que certos sujeitos podem, devido ao fato de possuírem qualidades religiosas específicas, servir aos outros, não como príncipes, magistrados, profetas, adivinhos, benfeitores e educadores, mas como pastores (Foucault, 1995).

Além disso, devemos ressaltar o fato de essa situação designar uma forma de poder muito específica, o poder pastoral, que se encontra instituído a partir dos seguintes aspectos: ser orientado para a salvação (por oposição ao poder político); ser oblativo (por oposição ao princípio da soberania); ser individualizante (por oposição ao poder jurídico); ser coextensivo à vida e constituir seu prolongamento; e, por fim, estar ligado a uma produção de verdade (Foucault, 1995).

Durante esse período, as doenças eram compreendidas como efeitos de uma vida de pecados, de modo que ficava sobre responsabilidade das igrejas ofertar cura aos sujeitos sob tais condições. Desse modo, eram as instituições religiosas as responsáveis por administrar os hospitais, estabelecimento que antes de ser sinônimo de cura, era conhecido por ser um lugar de abrigo e conforto para as pessoas necessitadas. As ideias hipocráticas ainda eram usadas com intuito de criar limites no comer, no beber, no fazer sexo e nas paixões (Scliar, 2007).

Com o fim da Idade Média e a institucionalização da modernidade, a religião, outrora reguladora das práticas sociais, findou por se deslocar do seu centro irradiador de poder e influência, o que possibilitou um processo de laicização das artes, do lazer, da música, das ciências, do Direito e da Medicina, bem como uma reaproximação do sujeito moderno com os ideais de racionalidade humana (Portella, 2006).

Esse novo contato com a racionalidade foi uma das principais premissas de um movimento instituinte da elite intelectual europeia, cujo nome ficou conhecido como Iluminismo, Ilustração ou Séculos das Luzes. Abarcou inúmeras tendências e, entre elas buscava um conhecimento apurado da natureza, com o objetivo de torná-la útil ao homem moderno. Tal circunstância histórica possibilitou a ocorrência de algumas movimentações instituintes no campo científico, as quais possibilitaram ao sujeito a oportunidade de inquirir, investigar e decifrar os mistérios da natureza (Hall, 2005).

Um baluarte desse período foi o filósofo, matemático e cientista francês René Descartes (1596-1650); inspirado no platonismo – que defendia o ser humano como constituído por dois mundos: o sensível (imperfeito) e o inteligível ou das ideias – o predito pensador formulou pela primeira vez a questão da subjetividade como objeto de meditação filosófica (Hall, 2005).

Nas reflexões cartesianas, têm-se instituído a ideia de que o sujeito seria uma criatura racional, consciente, autônoma e individualizada. Em poucas palavras, o homem é pensado como um ser ativo, sede da razão e do pensamento e detentor de direitos, virtudes e verdades. Nesse cenário, são criadas duas esferas autônomas e interativas, cortadas de suas realidades políticas, culturais e produtivas – um sujeito a um só tempo pensante e autobiografável, que conhece o mundo, e um objeto dado a priori que espera ser desvelado em sua intimidade pelo primeiro (Escóssia & Mangeira, 2005, Soares & Miranda, 2009).

Durante esse período, os soberanos detinham o controle sobre seus súditos, decidindo quais permaneceriam vivos e quem deveria ser morto. Por meio de execuções em praças públicas, os monarcas ordenavam mortes que logo se transformavam em grandes espetáculos “a céu aberto” com a presença de toda população, que assistia num mistério de êxtase e medo de serem os próximos a serem decapitados (Foucault, 2005).

Nos séculos XVII e XVIII, após a queda dos regimes monárquicos, apareceram tecnologias instituintes de poder, as quais se propunham se centrar nos corpos individuais, de modo a distribuí-los espacialmente e organizá-los por meio das suas separações, seus alinhamentos e suas colocações em série e em vigilância. Além disso, também eram caracterizadas por aumentar-lhe a força útil através do exercício e do treinamento, bem como por promover técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder a ser exercido da forma menos custosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções e de relatórios. Desse modo, todas essas tecnologias disciplinares possibilitaram que os atentados sobre os sujeitos ganhassem contornos mais sutis (Foucault, 2005).

Simultaneamente, de modo mais preciso, na segunda metade do século XVIII, apareceu, também de modo instituinte, uma nova tecnologia de poder, que muito rapidamente se instituiu, não mais centrada nos corpos individuais, mas nas multiplicidades dos sujeitos, compreendendo-os como uma massa global, afetada por processos próprios à vida, como o nascimento, a morte, a produção e a doença. Percebemos, então, que de um entendimento anátomo-político do corpo, eis que se instituiu uma biopolítica da espécie humana<sup>28</sup> (Foucault, 2005).

Com base nesses elementos, podemos, então, chegar a algumas conclusões: se por um lado, com o advento da modernidade, a institucionalização eclesiástica desapareceu, ou pelo

---

<sup>28</sup> Tanto as estratégias anátomo-políticas quanto biopolíticas são conceituadas como “sociedade disciplinar”.

menos perdeu a sua força, isso não significa que o poder pastoral tenha se esfacelado, ou seja, o mesmo continuava vivo e com novas configurações. A questão principal é que em vez de percebê-lo apenas na instituição religião, passamos a também o visualizar como um elemento central do Estado Moderno, tal qual discute Foucault (1995). Segundo esse autor, isso não significa que o poder pastoral é um mero mecanismo que se desenvolveu acima dos sujeitos, mas, ao contrário, uma estrutura muito sofisticada, na qual eles podem estar integrados sob a condição de que ao poder pastoral se atribua novas formas e configurações.

Desse modo, notamos que quando lançamos olhares para essa tecnologia de poder na modernidade, algumas transformações instituintes são tecidas: já não se tratava mais de dirigir o povo para a salvação no outro mundo, mas, antes, de garanti-la neste; houve uma ampliação em seu leque de atuação, de modo que às vezes era exercido pelo aparelho do Estado ou um estabelecimento público e, em outras situações, emergia por meio de empreendimentos privados e benfeitorias; por fim, conforme atestamos anteriormente, construiu-se um saber sobre o homem em torno de dois eixos – um globalizador e quantitativo, concernente à população e o outro referente ao sujeito (Foucault, 2005).

Foi neste contexto que se institucionalizou o modelo biomédico ou mecanicista em saúde, caracterizado por tratar o corpo em partes cada vez menores, fragmentando a própria atuação em saúde ao instituir a emoção e o comportamento ao psicólogo, a pobreza ao assistente social, a enfermidade ao médico, e assim sucessivamente (Cruz, 2011).

Nessa perspectiva, o corpo seria visto como máquina, o médico, como mecânico, e a doença, como defeito de fábrica. As causas para o adoecimento passavam a ser atribuídas a um fator externo ao organismo, tendo o sujeito como receptáculo. Nessa época, as explicações para o contágio eram fruto da teoria dos miasmas, estes considerados como gases resultados da

putrefação da matéria orgânica, os quais produziriam adoecimento quando inalados (Cruz, 2011).

Da teoria dos miasmas, aos poucos houve uma movimentação instituinte no campo das pesquisas do campo da saúde, o que desembocou na era bacteriológica. Esta corrente se caracterizou por apontar partículas minúsculas como responsáveis pelos processos de adoecimento, além descortinar o papel desempenhado pelos hospedeiros ou vetores intermediários na transmissão das doenças (Batistella, 2011).

Tal postura representou um reducionismo nas práticas de cuidado em saúde, em especial por conta dos pressupostos teóricos que se encontram na referida corrente: a definição das doenças passava a privilegiar o caráter objetivo das explicações; a abordagem quantitativa ganhava privilégio em detrimento dos métodos qualitativos; e a fisiologia, farmacologia e anatomia se tornaram as bases do novo método científico. Em outras palavras, o caráter verificável passava a ser o priorizado nas explicações em saúde (Batistella, 2011).

É possível, portanto, percebermos que as correntes biomédicas consideram as doenças a partir de um conjunto de lógicas e normativas que se encontram totalmente instituídas em nosso cotidiano: priorização das explicações inteligíveis e racionais dos processos de adoecimento, que enfatizem suas origens, princípios e causas; destaque para o pensamento classificatório; e abstração das condições patológicas, descontextualizando-as dos sujeitos e dos cenários sociais, econômicos, políticos e culturais em que estes estão inseridos (Foucault, 1977). Com isso, podemos perceber que, nestas concepções, ao contrário das correntes xamânicas, as doenças atingem diretamente os corpos dos sujeitos, não sendo mais explicadas em funções de elementos que lhe são exteriores, como espíritos malignos.

Esse modelo biologizante e mecanicista perdurou por vários séculos, de forma que até nos dias atuais se encontra instituído socialmente, mostrando toda sua força e robustez.

Contudo, a partir da segunda metade do século XX começaram a ser construídas perspectivas instituintes sobre os processos de saúde/doença/cuidado. Em 1964, a OMS cunhou o termo Medicina Singular ou Alternativa para designar uma forma de cuidado em saúde oposta às práticas biomédicas, com o objetivo de solucionar os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica (Luz, 2005).

No cenário contemporâneo, o termo diz respeito às práticas de cuidado em saúde que não façam referência a tais perspectivas especializantes e tecnocientíficas. Desde o final dos anos 1970 e início dos anos 1980, temos verificado um crescimento destas Medicinas Alternativas tanto em países do primeiro mundo quanto de terceiro setor, como, por exemplo, em localidades da América Latina (Luz, 2005).

Nesse campo de conhecimentos e de práticas estão instituídos processos de cuidado em saúde baseados em plantas, animais, minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados tanto individualmente quanto combinados, de modo a possibilitar um bem-estar físico e mental, bem como uma prevenção, tratamento e diagnóstico de enfermidades (Mello & Oliveira, 2013).

Um fator a ser acrescentado à discussão diz respeito ao fato de que determinados modelos em saúde se contrapõem não só à perspectiva biomédica, mas também objetivam ser revoluções instituintes aos próprios pressupostos da ideologia do individualismo que sustenta o senso comum na cultura ocidental moderna (Duarte, 1998a).

Em vez da defesa aos especialismos presentes, por exemplo, nas dicotomias entre razão/emoção ou corpo/espírito (Duarte, 1998a), temos assistido a um movimento instituinte de pesquisadores do campo da saúde, ainda insipiente diga-se de passagem, que tem embasado epistemologicamente seus estudos em autores da Antropologia Social Brasileira, como em Roberto Da Matta, com suas assertivas sobre o modo como a experiência da individualização

estaria subordinada, limitada e praticamente negativa no cenário brasileiro, ou em Gilberto Velho e Sérvulo Figueira, com suas inteligibilidades em torno da difusão dos saberes psicológicos no mundo moderno (Duarte, 2003).

Contudo, o antropólogo que nos interessa nesse momento trata-se de Luiz Fernando Dias Duarte e suas teorizações sobre as perturbações nas classes populares brasileiras, sobretudo no tocante às representações da categoria nervoso. Para o referido autor, as situações de adoecimento dos sujeitos e das coletividades tratar-se-iam, na realidade, de perturbações físico-morais, as quais poderiam ser compreendidas como as “condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação” (Duarte, 2003, p. 177).

O fio central da argumentação de Duarte (2010) se estabelece na demonstração de que as formas de construção das pessoas nas classes populares não obedecem aos mesmos princípios instituídos pelo individualismo, de modo que suas perturbações físico-morais se estruturam distintamente ao prevalecente nos meios letrados e dominantes de nossa sociedade, estes últimos caracterizados pelos seguintes aspectos: racionalização; afastamento do sensível; fragmentação e universalização dos domínios dos saberes; interiorização e psicologização dos sujeitos; autonomização da esfera pública e a institucionalização do liberalismo (Duarte, 1998b).

Enquanto isso, nas classes populares, essas perturbações físico-morais comumente estão instituídas sob a nomenclatura de “nervosismo”, terminologia esta popularizada na linguagem erudita e leiga ao longo do século XIX. A palavra tem suas origens remetidas à medicina filosófica clássica, tendo sofrido uma alteração brusca em torno do seu significado com as iniciativas então instituintes de estudos em torno do sistema nervoso. Desde então, a corrente

anatomo-funcional tornou-se hegemônica, e portanto instituída, na compreensão da categoria “nervos”, principalmente nos circuitos acadêmicos (Duarte, 2010).

Por outro lado, nas classes menos favorecidas social e economicamente, o nervosismo encontra-se instituído do seguinte modo: trata-se, sobretudo, de perturbações nas sensações e afecções dos corpos, assim como, articuladamente, de falhas em tudo que diz respeito ao pensamento, à consciência e ao comportamento; os nervos e suas perturbações têm um caráter material e físico, não se tratando de meras abstrações; e, por fim, sensações como fraqueza, irritação, tensão, excitação ou sensibilidade qualificar-se-iam como reações gerais dos sujeitos, tendo geralmente suas origens relacionadas à fibras nervosas (Duarte, 2010).

Apesar de, no referido trabalho, termos simpatia com as problematizações concernentes à categoria do nervoso, é necessário ressaltarmos que também tecemos algumas críticas a esse modelo de compreensão em torno das situações de saúde/adoecimento/cuidado em virtude de, principalmente, tais produções partirem de perspectivas epistemológicas totalizantes e estruturalistas para explicar os fenômenos sociais. Como nos filiarmos ao institucionalismo francês, conforme discorreremos no primeiro capítulo, assumimos a postura de trazeremos as pesquisas de Luiz Fernando Dias Duarte com o objetivo de compreendermos melhor como se processam as situações de adoecimento nas classes populares, contudo, ao fazermos isso, não estamos compartilhando as mesmas leituras do autor sobre individualismo, coletividade e outras questões concernentes às leituras sociais<sup>29</sup>.

Desse modo, a partir do que viemos expondo até então, ressaltamos novamente como que nossa ambição nesse trabalho é desenvolver a tese de que outros sujeitos sociais que não somente os detentores dos saberes academicistas são também responsáveis pelas questões

---

<sup>29</sup> Para maiores informações sobre a perspectiva epistemológica que nos sustenta, consultar o primeiro capítulo desse estudo.



concernentes à saúde, contudo, com isso, evitamos cair na velha lógica de acreditarmos que tais práticas de cuidado em saúde produzem tão somente atravessamentos ou transversalidades.

Uma vez desnaturalizado o pressuposto de exclusividade do cuidado em saúde a determinados atores sociais, percebemos ser o momento oportuno de lançarmos olhares aprofundados para uma outra questão que atravessa os povos de terreiros: as políticas de equidade para a população negra, que englobam desde aspectos biológicos aos culturais (e portanto as práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras) e como as mesmas se desembocam no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

## **4. Oxalá, Oxalá... “Os médicos dos brancos” de teus filhos eles devem cuidar**

Nesse capítulo, foi possível tecermos discussões sobre as políticas de equidade destinadas à população negra, mais especificamente aos povos de terreiros e, num segundo momento, problematizarmos sobre como as mesmas podem ser operacionalizadas no contexto das Equipes de Saúde da Família.

### ***4.1 As Políticas de Equidade em Saúde para População Negra***

As compreensões instituídas em torno dos processos de saúde e de adoecimento têm se institucionalizado a depender de determinadas circunstâncias sociais, históricas, culturais, econômicas e políticas. Os profissionais de saúde, ao atuarem nesses contextos, encontram à sua disposição um conjunto de prescrições e condutas preventivas, diagnósticas, terapêuticas e reabilitadoras. À todo esse leque de atividades, denominamos como atendimento em saúde (Arouca, 1975).

No cenário brasileiro, hegemonicamente esse atendimento foi instituído por um modelo de uma Medicina Curativa, caracterizada por possuir uma série de postulados, sendo eles: (1) a centralização das suas atenções na intervenção terapêutica e o descuido na prevenção da ocorrência; (2) a redução cada vez maior do sujeito moderno a um conjunto de órgãos e sistemas, o que ocasionou a completa perda de sua totalidade; (3) o enfoque predominantemente biológico; (4) a priorização dos aspectos individualistas e seu desvinculamento das reais necessidades da população ao priorizar o raro e se esquecer do prevalente; e (5) a lógica da

educação sanitária, majoritariamente dominada pela perspectiva curativa, o que impedia os profissionais de saúde em atenderem as reais necessidades das comunidades (Arouca, 1975).

A partir da insatisfação com esse modelo de atuação se originou um movimento instituinte no setor saúde conhecido como Preventivismo ou Medicina Preventiva, que tinha como intuito principal atuar na prevenção da ocorrência de determinadas doenças que pudessem vir a se instalar nos sujeitos ou nas coletividades. Nesse modelo, as responsabilidades instituídas aos profissionais de saúde seriam a de interferir no meio ambiente, na educação, na promoção da saúde, nas mudanças de hábitos e na interação hospedeiro-agente. Tudo isso, sem se deslocar das questões curativas (Arouca, 1975).

É necessário, contudo, fazermos um adendo: por mais que esse modelo enfatizasse discussões e práticas concernentes à prevenção e não somente à cura das situações de adoecimento, na prática, estava instituído um reducionismo no atendimento em saúde, em virtude de tais práticas acontecerem tão somente através da busca, eliminação e prevenção dos agentes patogênicos que supostamente seriam os causadores das principais morbidades que atingiriam a população. Como exemplo, podemos citar, as práticas de “conscientização” das massas para evitarem comportamentos de riscos para contágio de doenças infecto-contagiosas.

No início dos anos 1970, movimentações instituintes começaram a eclodir com relação ao movimento, em especial com a publicação da tese de Sérgio Arouca “O Dilema Preventivista: Contribuições para compreensão e crítica da Medicina Preventiva”. Além da crítica anteriormente mencionada, outros elementos problematizados foram o fato dessa concepção de saúde não ter relação tanto com a produção acadêmica do conhecimento médico como com as mudanças nas relações sociais, estando instituída como meras discussões de caráter ideológico (Paim, 2007).

Foi graças a essas discordâncias que se tornou possível o surgimento da Medicina Social Latino-Americana, movimento de caráter instituinte inspirado na figura do médico Juan César Garcia e na sua atuação junto à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). De modo geral, esse campo de conhecimento e de práticas tinha como objetivo principal reformular as compreensões instituídas de saúde ao tentar redefinir a posição e o lugar ocupados pelos saberes biomédicos através das críticas tecidas às perspectivas fragmentadas e descontextualizadas do social, assumindo, em vez disso, uma abordagem histórico-estrutural (Paim, 2007).

Tal vertente da Medicina Social era totalmente contrária a uma outra visão da mesma que surgiu na Europa Ocidental, no século XIX, no contexto da Revolução Industrial, cenário no qual estava instituída a ideia de que o adoecimento do trabalhador seria um prejuízo à nação, já que ocasionaria sérios problemas financeiros à mesma (Osório & Schraiber, 2015).

No contexto brasileiro, houve uma maior aproximação com as ideias e discussões trazidas pela corrente latino-americana, em grande parte devido ao fato de, em nosso país, as problematizações em torno do modelo de saúde estarem totalmente relacionadas às movimentações pela redemocratização do Brasil, já que este se encontrava em situação de Ditadura Militar. Com isso, boa parte do conhecimento produzido sobre saúde, conforme veremos nos próximos parágrafos, adquire um forte caráter político, passando a ser desprezadas perspectivas descontextualizadas e fragmentárias (Osório & Schraiber, 2015).

Nesse contexto, em que o controle e a repressão por parte do governo militar estavam hegemonicamente instituídos na sociedade brasileira, surgiram processos instituintes de luta pela redemocratização da sociedade civil e, no interior dessas manifestações, coletivos constituídos por setores estudantis, profissionais, acadêmicos e populares começaram a reivindicar pela democracia no setor saúde (Paim, 2007).

Esse último movimento, também conhecido como sanitarianismo, teve seu início na década de 1970 com um conjunto de lutas destinadas a garantir melhores condições sanitárias, econômicas e políticas para população brasileira por meio de reivindicações de teor instituinte pelo direito de políticas públicas destinadas ao direito integral à cidadania. Em sua concepção originária, conseguimos identificar três vertentes: a) movimento estudantil e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); b) médicos residentes e renovação médica; e c) profissionais da área acadêmica (docência e pesquisa) (Escorel, 2008).

Na primeira corrente, tivemos o movimento estudantil do setor saúde, o qual ficou conhecido por ser um dos responsáveis por ofertar debates sobre os determinantes sociais, econômicos e políticos das condições e práticas sanitárias por meio da organização das Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesac) (Escorel, 2008).

Nesses eventos, foi possível desnaturalizar o pensamento, de modo a construir uma consciência política entre os estudantes, que passaram a lutar pela democratização do país e da saúde. Essa manifestação conseguiu dialogar tanto com as lutas estudantis mais gerais quanto com o Cebes, este último criado com o intuito de difundir o pensamento médico-social (com forte inspiração das ciências sociais marxistas) através da criação da Revista Saúde em Debate (Escorel, 2008).

Já na segunda vertente, temos alguns setores médicos atuando politicamente no cotidiano do mundo de trabalho. No final dos anos 1970, no interior da categoria existia uma cisão instituída entre a ideologia liberal e a assalariada/trabalhista, sendo que este último coletivo era composto por um número considerável de médicos que passaram a lutar pela melhoria nas relações de trabalho através de mecanismos de representação nas negociações, como é o caso dos sindicatos (Escorel, 2008).

A terceira corrente se processou nos espaços acadêmicos, onde foram desenvolvidos referenciais ideológicos instituintes que terminaram por se constituir como marcos teóricos do movimento. Foi essa vertente que originou e instituiu o movimento sanitário através de um suporte teórico às práticas transformadoras (Escorel, 2008), permitindo a institucionalização do que viríamos a conhecer como Saúde Coletiva.

Este campo teve como marco institucionalizador de sua fundação dois principais acontecimentos, a saber: a tese de doutorado de Maria Cecília Donnangelo, intitulada “Medicina e Sociedade: O médico e seu mercado de trabalho” (defendida em 1973 e publicada dois anos depois) e o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), no final dos anos 1970 (Osório & Schraiber, 2015).

De modo sucinto, a Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de conhecimentos e de práticas, teóricos e políticos, que ambiciona ser uma força instituinte ao monopólio do discurso individualizante e biologicista da medicina curativa e preventivista ao se constituir enquanto campo multiparadigmático, transdisciplinar, formado pela presença de distintas perspectivas do conhecimento que se estendem das ciências naturais às humanas (Paim, 2007).

Anos mais tarde, especificamente em 1985, a instituinte redemocratização do país viria a possibilitar a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano subsequente. No referido evento, houve tanto o reconhecimento da saúde como direito de todos e um dever do Estado, bem como a recomendação pela institucionalização de um sistema de saúde descentralizado, com atribuições específicas tanto para a União quanto para os estados e municípios, e democrático, possibilitando a participação da população na formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde através de canais instituídos (Paim, 2007).

A concretização de toda essa luta se tornou possível com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988 e das leis

complementares nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 (Cunha, 2004), que possibilitaram a criação de um sistema de saúde único e universal, considerado modelo para todo o mundo. Desse modo, podemos caracterizá-lo como um conjunto organizado e articulado de ações e serviços composto tanto por organizações públicas de saúde, existentes nas instâncias municipais, estaduais e federal, quanto por serviços privados, que atuam de forma complementar na assistência aos usuários do sistema, através de parcerias firmadas por meio de contratos ou convênios (Vasconcelos & Pasche, 2006).

Com a criação do SUS, alguns ideais defendidos pelo movimento da reforma sanitária brasileira foram instituídos no campo normativo, tais como: universalidade na cobertura, integralidade na atenção, participação comunitária e discriminação positiva. De maneira específica, esse último posicionamento era (e ainda é) caracterizado pelos seguintes aspectos, a saber: definição de regras mais justas para a convivência em sociedade; alcance do bem-estar social para todos os cidadãos; elaboração de políticas públicas destinadas a grupos populacionais historicamente marginalizados, entre outras questões. Em outras palavras, estamos nos referindo ao que hoje conhecemos como princípio da equidade (Barros & Sousa, 2016).

Apesar de não ter sido estabelecido uma coesão consensual sobre o termo, é possível identificar dois enfoques que buscam descrevê-lo: o que atrela a equidade à economia e o que o relaciona com a ideia de justiça. No primeiro, há uma preocupação com a otimização de recursos na área da saúde, de modo a distribuir corretamente os custos, utilizando, para isso, de referenciais da análise econômica, de modelos matemáticos e de estudos econométricos. Já na segunda concepção, há um amparo na ideia de equidade como recuperação de situações de injustiça e iniquidades sofridas pelos sujeitos em consequência de acessos desiguais a renda, saúde, moradia, educação e assistência social (Paim, 2006).

No presente trabalho, partimos da premissa (instituída do ponto de vista jurídico e instituinte a partir do cotidiano dos profissionais da saúde) de compreendermos a equidade como justiça, defendendo o posicionamento de que diversos grupos sociais apresentam demandas diferenciadas para o planejamento e implementação de políticas públicas, de modo que tais diferenças precisam ser levadas em consideração quando construímos, executamos ou avaliamos ações em saúde, que por obrigação precisam se propor a serem mais justas e equânimes (Sisson, 2007).

Para ilustrarmos a importância desse princípio tanto nas situações de planejamento, implementação e avaliação das políticas públicas em saúde como também nas práticas profissionais delas decorrentes, podemos citar as interdependências nas relações de poder instituídas entre sexo, raça e classe: as matrizes de opressão do patriarcado, do racismo e do capitalismo (ou outro sistema econômico baseado em classes sociais hierarquizadas) historicamente têm se imbricado de tal forma que produzem tanto as múltiplas posições sociais em nosso cotidiano como também as relações de poder que as demarcam, ensejando, desse modo, acessos desiguais a direitos e oportunidades. Assim, podemos inferir que “o lugar específico que cada um de nós ocupa em relação ao centro ou margem, ou seja, a nossa posicionalidade é determinada por nossas identidades – que são necessariamente interseccionadas” (Sardenberg, 2015, p. 82).

Com base nessa compreensão de que as identidades de gênero, classe e raça, bem como outras não trazidas no excerto acima, são interseccionadas é que lançamos olhares críticos para algumas leituras sociais contemporâneas que se preocupam em analisar apenas uma dessas instituições, desconsiderando a existência e a imbricação dela como as demais. Por exemplo, uma que se proponha a estudar tão somente a instituição classe pode terminar excluindo de suas interpretações o modo como as instituições gênero e raça configuram a dominação no



capitalismo, posicionando as mulheres e a população não-branca em hierarquias que não estão contidas somente na ideia de classe. O mesmo pode ser dito de posicionamentos teóricos que se debruçam exclusivamente em relações de raça ou de gênero (Birolli & Miguel, 2015).

É preciso ressaltarmos que partir do pressuposto das interseccionalidades das opressões sociais não significa recusarmos o entendimento da efetividade de cada eixo específico de dominação (Birolli & Miguel, 2015). Por exemplo, não podemos negar que no contexto latino-americano a ideia de raça se originou como uma forma de garantir legitimidade à dominação imposta pelo colonialismo europeu: nessa nova tecnologia de exploração/dominação, a instituição raça passou a definir os papéis e os lugares ocupados por diversos coletivos na nova estrutura de controle do trabalho (López, 2011).

Entretanto, conforme mencionamos acima, para melhor compreendermos essas situações de iniquidades instituídas em nosso cotidiano e que o princípio da Equidade tenta reverter, é necessário lançarmos movimentações instituintes para interpretações que se debruçam apenas no modo como os negros vêm historicamente ocupando espaços na sociedade brasileira. Em vez disso, trata-se de apreendermos de modo interseccionado como homens e mulheres, negros e brancos, trabalhadores assalariados e profissionais liberais, pobres e ricos, católicos/protestantes e candombecistas/umbandistas ocupam suas posições relativas na sociedade contemporânea e como estes chegaram em tais estabelecimentos.

Desse modo, partimos do pressuposto que determinados sujeitos/coletivos não ocupam a mesma posição na hierarquia social instituída em nosso cotidiano. Por exemplo, ao compararmos a história de duas mulheres negras, sendo que uma é evangélica e trabalha como gerente de um banco, enquanto a outra é umbandista e sobrevive com o salário de uma faxineira, percebemos que diversos atravessamentos estão presentes na história de cada uma delas de forma a fazê-las ocuparem posicionalidades distintas, mesmo que ambas sejam do mesmo

gênero e raça. Em outras palavras, nesse jogo de identidades, algumas mesclas passam a ser consideradas superiores a outras e é por esse motivo que o princípio da Equidade se mostra necessário.

Infelizmente, esse é um problema crônico que se encontra em toda sociedade brasileira: a exclusão de determinadas parcelas sociais do acesso à saúde, assistência, educação, moradia, transporte, infraestrutura, lazer e segurança. Assim, logo ficou evidente para muitos dos atores que compunham alguns movimentos sociais contemporâneos de que o princípio da Equidade deveria ser apenas o primeiro passo de muitas lutas de teor instituinte em defesa de direitos sociais que lhes fossem específicos.

Talvez a mais importante dessas contestações sociais tenha sido a Marcha Zumbi dos Palmares (1995), manifestação esta que reuniu nas ruas da cidade de Brasília mais de trinta mil pessoas com o objetivo de denunciar as instituídas situações de preconceito e racismo, bem como a ausência de políticas públicas para as pessoas negras. O movimento aconteceu no aniversário de morte de Zumbi dos Palmares, símbolo da resistência escravista e da consciência negra no Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Essa data ganha peso na história, pois por mais que até então tenham havido combates e insurgências contra o imperialismo, o colonialismo e o racismo e em favor de uma melhor qualidade de vida a essa população, foi apenas com esse processo instituinte que o movimento avançou em suas lutas ao entregar ao então presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) um documento que afirmava não bastar discursos contra a discriminação, sendo também necessárias políticas de equidade (Conselho Federal de Psicologia, 2017). Além disso, o movimento também provocou rupturas em seus precedentes ao conseguir que Cardoso os recebessem e assinasse um decreto que instituía o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (Brasil & Trad, 2012).

É preciso lembrarmos que o governo desse presidente ficou marcado por instituir medidas acentuadamente neoliberais, entre as quais: crescimento acentuado das dívidas pública e externa, déficits em contas correntes, elevadas taxas de juros, privatizações, desmonte dos valores agregados das indústrias, desregulamentação do mercado de trabalho e abertura comercial e financeira acelerada por meio de políticas de valorização cambial (Brasil & Trad, 2012).

Entretanto, em virtude do cenário internacional está propício para discussões em torno dos direitos humanos, em grande parte devido à realização de uma conferência mundial sobre a temática, ocorrida no ano de 1993, em Viena, bem como em decorrência da presença de figuras sensíveis à causa dos direitos humanos no governo de Fernando Henrique Cardoso, como os ministros José Gregori e Paulo Sérgio Pinheiro, podemos afirmar que foi no mandato desse presidente que o aparelho estatal brasileiro passou a realizar intervenções instituintes no campo das ações afirmativas (Brasil & Trad, 2012).

No decorrer dessa gestão, foram elaborados ainda dois Planos Nacionais de Direitos Humanos. O primeiro (PNDH 1), foi criado em 1996 e teve como objetivo principal garantir a proteção do direito à vida, a liberdade e o tratamento igualitário das leis, enfatizando os direitos das crianças, das mulheres, dos adolescentes, da população negra, dos indígenas, dos estrangeiros e dos migrantes. No campo de ações afirmativas para a população negra, o referido plano priorizou combater as instituídas situações desigualdades raciais através de políticas específicas destinadas aos povos negros, como, por exemplo: ações de curto, médio e longo prazo, inclusão do quesito cor em sistemas de informação, registro da população negra e alteração do conteúdo de livros didáticos destinados a crianças e adolescentes (Adorno, 2010).

O segundo plano, concretizado com o primeiro ainda em curso, deu continuidade ao PNDH 1, porém, instituindo novos direitos tais como: a livre orientação sexual; a identidade de

gênero; o combate à violência intrafamiliar e ao trabalho infantil e forçado; e a inclusão de pessoas com necessidades especiais. Nesse processo instituinte, há ainda um avanço em relação ao momento anterior, em consequência desse segundo plano avançar no reconhecimento de algumas questões: a escravidão e o tráfico de sujeitos como graves violações dos direitos humanos, a marginalização econômica, social e política sofrida cotidianamente pelos negros e a necessidade de fundos para realização de políticas afirmativas (Adorno, 2010).

Em 2001, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, o Ministério da Saúde torna público um documento intitulado “Subsídios para o Debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade”, a qual foi resultado das movimentações instituintes tecidas a partir das discussões do Seminário Interagencial Saúde da População Negra (2001), realizado na cidade de Brasília por intermédio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Monteiro, 2012).

A política em questão atesta a importância das instituições etnia e raça serem parte de uma agenda de políticas públicas destinadas à não discriminação e ao respeito às diversidades e minorias, apontando, para isso, as bases que fundamentariam essa ação: produção do conhecimento científico, capacitação dos profissionais da saúde, informação da população e atenção à saúde (Monteiro, 2012).

Em cada um desses eixos, foram instituídas, a partir do referido marco normativo, algumas estratégias de atuação. No primeiro componente “produção e conhecimento científico”, temos a descrição das seguintes atividades: monitoramento das condições de saúde da população negra; sistematização das informações bibliográficas sobre a temática; realização de estudos sobre assuntos pertinentes aos povos negros, tais como as contribuições das

manifestações afro-brasileiras no processo saúde-doença; e promoção de apoio técnico-científico e/ou financeiro para iniciativas em saúde da população negra (Brasil, 2001).

O eixo seguinte, também denominado como “capacitação dos profissionais de saúde”, aponta a adoção de outras estratégias, a saber: promoção de treinamentos profissionais para o trato com informações concernentes à cor e outras variáveis importantes para equidade; realização de seminários e eventos sobre saúde da população negra; elaboração de material institucional para serem usados em treinamentos e cursos de nível médio e superior; introdução de matérias sobre doenças prevalentes na população negra e sobre as medicinas de matrizes africanas nos cursos de treinamento do SUS; e adoção da temática da saúde da população negra como assunto transversal nos currículos dos cursos de ensino médio e superior (Brasil, 2001).

Já na terceira categoria, relacionada às informações concedidas à população em geral, encontramos outras ações instituintes a serem adotadas, são elas: produção e distribuição de manuais, cartilhas e informações técnicas sobre a medicina popular de matriz africana; realização de atividades em parceria com os movimentos sociais em prol da saúde da população negra; transformação de organizações comunitárias e não-governamentais como multiplicadoras de informações; e realização de campanhas educativas pela melhoria da realidade sanitária da população negra (Brasil, 2001).

O último componente “atenção à saúde” também agrega um conjunto de atividades a serem realizadas, objetivando também desnaturalizar as práticas em saúde outrora instituídas, por meio de ações como: institucionalização da comissão intersetorial de saúde da população negra; criação no ministério e nas secretarias de saúde de órgãos/equipes técnicas com a participação da sociedade civil; introdução do quesito cor em todos documentos do SUS; foco na saúde da população negra em todos os âmbitos de atuação do SUS; realização de ações de combate à mortalidade precoce evitável na população negra; valorização dos espaços

tradicionais de matrizes africanas; elaboração de programas de informação, educação e comunicação, sob a ótica sanitária, que levem em conta práticas populares de cuidado com a saúde; implementação do Programa de Anemia Falciforme; distribuição equitativa dos recursos humanos e materiais, de modo a alocá-los em áreas de concentração da população afrodescendente; e ampliação do acesso da população afro-brasileira aos serviços de saúde (Brasil, 2001).

Após a gestão de Fernando Henrique Cardoso, tivemos o governo Luis Inácio Lula da Silva (2003-2011), que, ao contrário do seu antecessor, ficou caracterizado por ter instituído concomitantemente uma política econômica conservadora juntamente com uma de teor mais progressista, contemplando posturas hegemonicamente consideradas como de direita e de esquerda.

Essa época ficou conhecida pela busca de uma estabilidade econômica, conquistada por meio da construção de políticas públicas, do combate às desigualdades sociais, do incentivo ao setor agrário e industrial e do desenvolvimento de uma política externa. Desse modo, durante esse governo, foi institucionalizado a ampliação dos canais de diálogo com os movimentos sociais (por mais que estes coletivos não tivessem suas exigências atendidas). Assim, podemos concluir que a relação do estado brasileiro com o movimento negro se intensificou nesse período, levando alguns de seus representantes para postos de controle social e de elaboração de políticas públicas (Brasil & Trad, 2012).

Nessa época, o movimento negro participou da então efervescência política instituinte, alcançada em especial no primeiro mandato do então presidente Lula. Uma das primeiras conquistas no campo étnico-racial, durante esse período, aconteceu quando o Ministério do Planejamento redefiniu os macro-objetivos do governo no Plano Plurianual de 2004-2007, abrindo espaços de discussões para redefinir as prioridades de ação então instituídas do estado

brasileiro para além da manutenção da estabilidade econômica e do equilíbrio fiscal, de forma a também estabelecer como metas a promoção do desenvolvimento social e a geração de trabalho e renda. Com isso, podemos perceber um cenário mais propício para o processo instituinte de inclusão das temáticas étnico-raciais e das ações afirmativas para a população negra (Brasil & Trad, 2012).

Um dos primeiros efeitos desse cenário político foi a realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2005), a qual teve como objetivo principal tensionar a sociedade civil no sentido de criar propostas para a promoção da equidade racial. Em 2007, antes mesmo que o governo federal desse resolutividade às reivindicações trazidas nesse primeiro evento, já se estava realizando o segundo (Faustino, 2012).

Contudo, foi apenas após o decreto nº 6.872 de junho de 2009, que houve a aprovação do Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Planapir) e a institucionalização do Comitê de Articulação e Monitoramento (CAM) no interior da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (CAM-Planapir) (Faustino, 2012).

Esse documento compreende que a promoção da igualdade racial se institui a partir de doze eixos de atuação diferentes, a saber: trabalho e desenvolvimento econômico, educação, saúde, diversidade cultural, direitos humanos e segurança pública, comunidades remanescentes de quilombos, povos indígenas, comunidades tradicionais de terreiros, política internacional, desenvolvimento social e segurança alimentar, infraestrutura e juventude (Brasil, 2009a).

Nas questões concernentes à saúde, alguns dos objetivos foram: promoção da integralidade e equidade no cuidado à saúde dos povos negros, indígenas, ciganos e quilombolas; fortalecimento da dimensão étnico-racial no SUS; combate aos impactos biopsicossociais do racismo e da discriminação; desenvolvimento de ações que assegurem o

aumento da expectativa de vida e a redução da mortalidade das comunidades consideradas tradicionais; ampliação no acesso dessas populações a todos os níveis de atenção à saúde; e preservação no uso de bens materiais e imateriais do patrimônio cultural da população negra, indígena, cigana e quilombola (Brasil, 2009a).

Aliás, no que se refere à inclusão de diretrizes de promoção de direitos humanos para os principais grupos étnico-culturais constitutivos do Brasil, o decreto 6.872 de junho de 2009 funciona como uma força instituinte, avançando consideravelmente em relação às normativas outrora instituídas, principalmente no que se refere aos adeptos das religiões de terreiros ao assegurar, dentre outras questões, a laicidade do estado, a liberdade de credo, o combate à intolerância religiosa, a promoção do respeito para os adeptos das religiões afro-brasileiras e a estimulação para a preservação de templos certificados como patrimônio cultural (Brasil, 2009a).

No mesmo ano da publicação desse decreto, também foram instituídas, por mecanismos legais, duas normativas de extrema importância para a saúde da população negra: o 3º Plano Nacional de Direitos Humanos, o qual contou, desde sua elaboração, com a presença da sociedade civil através de conferências locais e nacional (Brasil & Trad, 2012); e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, publicada por meio da portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Todavia, não podemos cair no romantismo a tal ponto de supor que essa política surgiu da boa vontade dos governantes, quando na realidade, todos os movimentos sociais negros, até mesmo os anteriores à Marcha Zumbi dos Palmares, foram fundantes e necessários para o lançamento dessa política, visto que funcionaram como movimentações instituintes de teor contestatório à instituição racismo como elemento estruturante em nossa sociedade.



De modo específico, a PNSIPN objetiva garantir a equidade através de ações de promoção e atenção à saúde, prevenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos mais prevalentes nesse segmento populacional e por meio de estratégias (consideradas instituídas quando foram lançadas pelo aparelho estatal e também instituintes no que se refere às práticas dos profissionais de saúde) de gestão solidária e participativa, que incluem (Brasil, 2013a):

I- Garantia de acesso da população negra residente em áreas urbanas, quilombolas, camponesas ou florestais às ações e serviços de saúde.

II- Inclusão nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde da temática do Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com ênfase para as intersecções com a saúde da população negra.

III- Identificação, combate e prevenção das situações de abuso, violência e exploração.

IV- Inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, conveniados ou contratados com o SUS.

V- Melhoria na coleta, processamento e análise dos dados agrupados por cor, raça e etnia;

VI- Utilização das necessidades de saúde da população negra do campo, da floresta e das áreas urbanas como critérios para planejamento e definição de prioridades.

VII- Definição de indicadores e metas para promoção da equidade étnico-racial na saúde, a fim de se reduzir iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.

VIII- Inclusão de demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar.

IX- Garantia de princípios antirracistas e não discriminatórios nas culturas institucionais.

X- Fomento à realização de estudos sobre racismo e saúde da população negra (Brasil, 2013a).

No ano subsequente à publicação da PNSIPN, é instituído o Estatuto da Igualdade Racial por meio da lei nº 12.228, de 20 de julho de 2010, criado com a premissa de ofertar à população negra “a efetivação na igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica” (Brasil, 2010a, p.1).

É interessante notar que mesmo após uma sucessão de marcos normativos que regulamentam e norteiam o exercício profissional na atenção e gestão dos processos sanitários da população negra, ainda causam estranhamentos e desconfortos quando a estes trabalhadores lhes é exigido, muito raramente, diga-se de passagem, atuar a partir das instituições etnia e raça e, quando o fazem, ignoram as manifestações culturais desses povos, como, por exemplo, as religiões de terreiros.

O que podemos perceber, então, é que o racismo em muito permeia as instituições, organizações e estabelecimentos que nos circundam, as quais, na maioria das vezes, fracassam na tarefa de ofertar serviços apropriados e equitativos para os sujeitos-alvo de suas intervenções, de modo a não levar em consideração as questões étnico-raciais que os circunscrevem (e que vão desde aspectos biológicos até culturais) (Kalckmann, Santos, Batista, & Cruz, 2007).

Quando o racismo opera a nível institucional, as práticas discriminatórias instituídas terminam por receber uma condenação pública muito menor do que as realizadas sem intermédio do aparelho estatal, o que torna extremamente difícil atribuir a culpa dessas situações à atores específicos, já que, nesse contexto, o racismo se configura como uma racionalidade difusa, não se caracterizando, portanto, por meio de comportamentos explícitos e

manifestos, mas sim através de estratégias instituídas sutis e camufladas. Por conta disso, o referido processo é denominado como racismo institucional (López, 2012).

Nesse sentido, ao adentrarmos nas discussões concernentes à saúde da população negra, mais especificamente em suas práticas culturais, como, por exemplo, as estratégias de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras, percebemos que estas constantemente são desvalorizadas e menosprezadas pelos profissionais da saúde, não sendo consideradas por estes como legítimas no que ofertam, o que desnatura aos nossos olhares o caráter do racismo institucional em nosso cotidiano.

Por exemplo, muitas Equipes de Saúde da Família, apesar de terem conhecimento da existência de terreiros de religiões de matrizes africanas em seus territórios de abrangência, acabam não levando em consideração esses estabelecimentos em suas atuações profissionais, em virtude de preconceito, descaso, desconhecimento e por não considerarem tais aspectos como questões de saúde.

E mesmo quando são instituídos canais de dialogia entre terreiros e serviços de saúde, muito frequentemente são firmados, por parte desses últimos, relações unilaterais em que os povos de terreiros apenas atuam como participantes de atividades que constantemente já seriam desenvolvidas pelos profissionais de saúde, como por exemplo, ações de prevenção ao câncer de mama ou de combate ao mosquito da dengue.

Desse modo, o que podemos perceber é tendo sido instituídas tantas diretrizes para atuação na saúde da população negra, em nosso cotidiano profissional, quando lidamos com essa temática, ainda emergem inúmeros desafios, sendo alguns deles: realizar intervenções de forma orgânica e articulada entre as várias instâncias do governo; implementar as políticas, programas e ações já instituídas; incentivar o controle social; produzir conhecimentos acadêmicos que subsidiem a tomada de decisões, a formulação e a execução de ações

governamentais e da sociedade civil; trabalhar o protagonismo instituinte dos negros no alcance de equidade social e da qualidade de vida; oferecer subsídios aos gestores na tomada de medidas que tenham impacto sobre a população negra; garantir uma saúde humanizada, integral, igualitária e equitativa e promover educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde (Cunha, 2012).

O que podemos perceber, então, é um crescimento em proporções geométricas da necessidade de nós, profissionais de saúde, passarmos a englobar em nossas práticas, questões concernentes a saúde dos povos negros, contudo, os obstáculos, para que tais ações ocorram, crescem em igual equivalência.

Algumas justificativas instituídas em nosso cotidiano para que esse processo se agrave são as seguintes: o racismo institucional que nos atravessa; a formação em saúde descontextualizada da realidade em que iremos atuar; a cronicidade de nossas práticas; a falta de articulação das redes de atenção; os míseros investimentos na saúde; a ocupação de cargos gestivos nas pastas de saúde da população negra por pessoas descompromissadas com a causa; a flexibilização das relações trabalhistas no campo da saúde. Isso sem mencionarmos os problemas crônicos que atravessam nosso país desde os tempos coloniais, como a corrupção e a aristocracia rural ocupando o papel que em países desenvolvidos caberia à burguesia.

Além disso, todas essas questões se agravam ainda mais com a transição política de uma era de governos de terceira via, como se caracterizaram os mandatos de Lula e Dilma (2011-2016), para um governo ilegítimo, que graças a um golpe arquitetado pelas oligarquias políticas e econômicas brasileiras tem governado o país a partir de convicções neoliberais, enxergando nos gastos públicos destinados à seguridade social os grandes responsáveis pela crise econômica, política e moral que atravessa nosso país.

Mesmo já tendo presenciado algumas processos intuites em nossa política de teor extremamente conservador, tais como: aumento de impostos; fechamento de pastas ministeriais relacionadas aos direitos humanos; institucionalização de leis que flexibilizam as relações de trabalho; mudanças na idade mínima para aposentadoria; cortes nos gastos relacionados à educação, saúde e assistência; privatizações de empresas estatais e aeroportos; exclusão das disciplinas de Filosofia e Sociologia do currículo obrigatório do Ensino Médio; a criação de programas assistencialistas; e a exclusão de vagas em concursos públicos, acreditamos que só teremos dimensionamento dos reais impactos dessa exacerbação do neoliberalismo no campo da saúde da população negra com o passar dos anos. De qualquer, acreditamos que esse cenário nacional contrário aos direitos humanos é mais um gargalo dentre os quais mencionamos logo acima.

A partir desses inúmeros desafios que se encontram instituídos nesse cenário contemporâneo, temos uma constatação: aos povos negros, e mais especificamente aos de terreiros, mais do que a criação de políticas de equidade que lhes são específicas, é necessário que esses atores sejam convidados a participar de processos de planejamento e gestão, os quais devem se desenrolar tanto no espaço micropolítico, em que o cuidado é promovido, quanto nas instâncias macropolíticas, como secretarias, ministérios, conselhos de saúde, dentre outros espaços.

Desse modo, um nível de atuação em que se mostra extremamente necessário evidenciarmos as discussões sobre o Princípio da Equidade, de modo que se torne possível estabelecer interações entre terreiros e serviços de saúde no que concerne a oferta e a gestão do cuidado em saúde, diz respeito à Atenção Básica em Saúde, e mais especificamente, à Estratégia de Saúde da Família.

#### ***4.2 As Políticas de Equidade para população negra no contexto da Atenção Básica em Saúde***

Quando se adentra pela primeira vez no campo da Saúde Coletiva, é frequente as pessoas se depararem com uma definição curta e objetiva do que venha a ser a Atenção Primária em Saúde (APS), compreendida como uma modalidade instituída de serviço ambulatorial, de primeiro contato e destinada a resolver os problemas sanitários mais frequentes de uma população. Contudo, nesses casos, talvez nos faltem olhares mais aprofundados que nos sensibilizem para a parcialidade desse conceito, já que são múltiplas as compreensões em torno do referido termo (Giovanella & Mendonça, 2008).

Enquanto em alguns países europeus, como a Inglaterra, a APS diz respeito a uma compreensão muito próxima da que explanamos acima, ou seja, a um serviço ambulatorial, de primeiro contato e articulado com um sistema de saúde com acesso universal, nos países latino-americanos, o que se estão instituídos são programas focalizados e de baixa resolutividade, denominados como seletivos, em decorrência de ofertarem serviços com baixa qualidade em densidade tecnológica e em recursos humanos a grupos populacionais em situação de extrema pobreza com o objetivo de cobrir algumas de suas necessidades básicas (Giovanella & Mendonça, 2008).

Em 1978, foram tecidas movimentações instituintes na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, por meio de uma conferência organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o objetivo de questionar os modelos verticais realizados por organizações internacionais, como o Banco Mundial ou a Fundação Rockefeller, em países da África e da América Latina (Andrade, Bueno & Bezerra, 2006).

Em vez disso, o referido evento sugeriu a construção de um nível de atenção à saúde caracterizado por: acesso universal; participação comunitária; primeiro nível de contato com o sistema de saúde; assistência sanitária através da prevenção, promoção, cura e reabilitação; e democratização dos conhecimentos, de modo a agregar no cotidiano dos serviços os praticantes tradicionais, como parteiras, curandeiros ou adeptos das religiões de matrizes africanas (Andrade et al., 2006).

No caso brasileiro, a APS se institucionalizou sob a nomenclatura de Atenção Básica em Saúde (ABS), passando a ser definida como um conjunto de ações, promovidas tanto em âmbito individual quanto coletivo, sendo as principais: a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos. Todas essas atividades realizadas com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes das situações de saúde/adoecimento das comunidades (Brasil, 2011).

Com base nisso, podemos perceber que a ABS apresenta uma série de atributos instituídos à nível estatal, são eles: ter um território de abrangência que possibilite planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e interdisciplinares; oferta universal e contínua a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população adscrita, garantindo a continuidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde; integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado em saúde; e ampliação da autonomia dos usuários e coletividades (Brasil, 2011).

A partir desses elementos, podemos, então, perceber que o modelo de atenção primária adotado por nosso país em muito se aproxima das recomendações trazidas por Alma-Ata. E isso

se não processou por acaso, mas sim em virtude das movimentações instituintes no setor saúde no contexto da Ditadura Militar (também conhecido como sanitarismo), movimento este que almeja um modelo social e de saúde abrangente, justo, equânime e democrático. Esse processo acabou desembocando na Constituição Federal de 1988 e no que hoje se encontra institucionalizado como Sistema Único de Saúde (Giovanella & Mendonça, 2008).

Além disso, também não podemos nos esquecer que o Brasil, desde anos 1970, era conduzido por um projeto neoliberal de sociedade, o qual abominava qualquer tipo de gasto público com questões sociais, fossem da ordem da saúde, educação, assistência, moradia, saneamento básico, acessibilidade ou transporte público. Desse modo, haviam constantes tensões entre esse ideário instituído no cenário econômico e político e os princípios e diretrizes do SUS (Giovanella & Mendonça, 2008).

Com esse cenário como pano de fundo, em 1991 foi institucionalizado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado inicialmente em áreas rurais das regiões Norte e Nordeste com o objetivo combater e controlar as epidemias de cólera e demais tipos de diarreias tendo como foco a reidratação oral e a vacinação (Andrade et al., 2006). Nesse cenário, apesar de termos instituído legalmente uma APS muito próxima aos ideais defendidos por Alma-Ata, no campo das práticas cotidianas, ainda estávamos muito atrelados aos nossos países vizinhos, atuando com base em políticas seletivas destinadas a amenizar condições básicas de saúde de povos em situações de extrema pobreza.

Foi tendo como pano de fundo esse contexto neoliberal, durante a década de 1990, o Ministério da Saúde continuou desenvolvendo ações que pretendiam reorganizar o modelo instituído de saúde brasileiro. Assim, por meio da Portaria nº 692, de dezembro de 1993, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF). Na sua primeira fase, foi institucionalizado em municípios de pequeno porte, guardando como principal característica o fato de conseguir



absorver a demanda da APS, contudo, sem dá continuidade à atenção e ao cuidado em saúde (Andrade et al., 2006).

Com o avançar das discussões, foi lançada a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS 01/96), criada com o intuito de instituir orientações operacionais para se efetivar mudanças essenciais no modelo de Atenção à Saúde no Brasil. Nesse documento, as principais medidas adotadas foram: a Atenção Básica passaria a ser o primeiro nível de atenção do SUS; o modelo de alocação dos recursos deixaria de ser centrado na esfera federal e passaria para a responsabilidades dos estados e municípios; o fortalecimento da capacidade gestora do estado em nível local; a proposição da saúde da família como estratégia; e a definição de indicadores de produção e de impacto epidemiológico (Brasil, 1997).

Com a institucionalização desse ato normativo houve um avanço no campo da APS no Brasil, pois se até então esta tinha um caráter focalizado, atuando principalmente em populações consideradas carentes de recursos financeiros e de serviços de saúde, educação, assistência, moradia, segurança, transporte e acessibilidade, com a transformação do PSF em estratégia, esta ganhou um caráter mais abrangente, passando a ser um modelo básico de atuação para o SUS, devendo estar articulado aos outros níveis, bem como orientar a reestruturação do sistema (Giovanella & Mendonça, 2008).

Algumas décadas depois, outro marco legal de suma importância para a Atenção Primária em Saúde brasileira foi instituído, trata-se da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização tanto desse nível de atuação, como também da ESF e do PACS (Brasil, 2011).

De acordo com o documento em questão, a composição básica instituída na Estratégia de Saúde da Família é formada por médico generalista, enfermeiro, técnico em enfermagem,

cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Algumas das competências destes profissionais são: programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades do território em que se atua; promoção de uma atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; elaboração de ações educativas que possam interferir nos processos sanitários das coletividades; e desenvolvimento de intervenções intersetoriais (Brasil, 2011).

É com base nesses elementos que acreditamos serem possíveis e potentes as movimentações instituintes em torno das interações entre Equipes de Saúde da Família e Religiões Afro-Brasileiras no que se refere às suas práticas de cuidado em saúde, pois, conforme atestamos anteriormente, são nas ESF que ocorrem ações comunitárias, territoriais, longitudinais, integralizadas e com protagonismo dos usuários no manejo e na gestão do cuidado em saúde.

Afirmamos, então, nosso posicionamento em defesa desses canais dialógicos, percebendo o caráter instituinte e transversalizante em experiências integradoras serviços-terreiros, entretanto, devemos nos atentar para o fato de que existem também alguns riscos, como, por exemplo, promover relações colonizadoras dos profissionais de saúde para com os praticantes de religiões de matrizes africanas. Entretanto, o que mais comumente se presencia é um descaso, por parte desses atores sociais, no que concerne os aspectos étnico-raciais e as políticas públicas decorrentes.

Assim, é preciso admitir que instituir, a partir do aparelho estatal, políticas de equidade em saúde destinadas à população negra, principalmente quando estas se referem aos aspectos culturais desses povos, como religião, por exemplo, não é uma das posturas mais bem-vindas por parte dos profissionais que vêm a compor as ESF's.

Por exemplo, em um estudo realizado por Santos e Santos (2013), objetivou-se compreender as narrativas instituídas dos profissionais da APS diante da PNSIPN. Os discursos trazidos por essa pesquisa nos revelam que, na concepção desses atores sociais, as políticas de promoção da igualdade racial ferem o princípio constitucional da igualdade, já que, para eles, todos os sujeitos seriam iguais, de modo que criar políticas públicas específicas para os negros, só serviria para dar mais privilégios a esses povos, em detrimento dos brancos, que supostamente estariam marginalizados por não terem políticas que lhe fossem específicas.

Em uma outra investigação com proposta de investigação semelhante à anterior, dessa vez conduzido por Trad, Mota, Castellanos, Farias e Brasil (2012), foi proposto problematizar as condições de acesso à rede básica de saúde por parte da população negra do Distrito Sanitário da Liberdade, localizado na cidade de Salvador (BA). Nessa pesquisa, também foram encontrados relatos que questionavam a necessidade da PNSIPN, visto que, na visão dos entrevistados, o Brasil tratava-se de um país mestiço, onde todos seriam iguais, não havendo motivos, portanto, para institucionalização de políticas públicas para os negros, ou quaisquer outros povos que supostamente fossem marginalizados. A seguir, trago alguns discursos de ambos os estudos:

Mas, assim, você acha que a cor da pele vai influenciar em alguma coisa? O que diferencia meu estado de saúde, porque eu sou mais clara, do outro que é negro? Nós temos a mesma idade, estamos com o mesmo problema de saúde, aí porque ela é negra ela vai receber, vai ser imposto que ela vai receber o atendimento e o outro, só porque ele é de pele clara, ele vai ter que ficar de fora... Assim, vai ter que correr atrás do direito que ele... Entendeu? (Santos & Santos, 2013, p. 568).

Eu não concordo, eu não concordo porque no Brasil, temos muitas variedades, de acordo com o clima, cultura, educação, entendeu? Que não só focar o negro. Tem negro em todos os estados, tá entendendo? Então, nós temos que ver a saúde como todo, entendeu? Pra branco, pra preto, pra amarelo, e não só específico para negro, porque tuberculose tem pra branco e pra preto, entendeu? [...] Todos precisam de uma orientação, todos precisam de uma educação, todos precisam de uma preservação de saúde, dada pelo governo (Trad et al., p. 178).

Eu acho erradíssimo quando a gente começa fazer um programa que há diferenciação, nosso programa tem que ser focado para a saúde, a saúde da população, entendeu? Todos nós temos que ter uma saúde preparada, e orientada, educada e com... nós orientamos como fazer a preservação e não o tratamento. Vamos planejar a nossa saúde para a população e não vamos planejar a saúde para o negro, que se não tínhamos que planejar a saúde para o branco, entendeu? Então, eu discordo completamente dessa diferenciação, nós temos... todo povo brasileiro precisa de uma saúde integral (Trad et al., p. 178-179).

A partir desses discursos, é possível afirmarmos que muitas ESF's se sustentam na assertiva de uma suposta democracia racial brasileira para justificar a não realização de práticas de cuidado em saúde destinadas à população negra (Santos & Santos, 2013). Contudo, um estabelecimento de saúde que se proponha, à nível instituinte, ser de base territorial, agir conjuntamente com a comunidade, buscar integração com as organizações sociais de seu território de abrangência e ser um espaço de construção de cidadania (Senna & Lima, 2012), mas que, de modo instituído, desconsidere as necessidades de construção de canais de

planejamento e execução de políticas públicas específicas a grupos populacionais historicamente marginalizados, termina por se transformar em um centro médico que apenas atua na prevenção da ocorrência das doenças, mas sem desnaturalizar as condições sociais, econômicas e políticas, até então instituídas, e que produzem essas situações de adoecimento.

É perceptível, portanto, que o racismo institucional se encontra hegemonicamente instituído no cotidiano de trabalho de muitas ESF's (apesar de haver algumas exceções), já que, conforme explicitamos anteriormente, o referido processo representa um fracasso das instituições, organizações e estabelecimentos em ofertar serviços profissionais adequados em virtude da cor, cultura ou origem étnico-racial às populações dos seus territórios de atuação (López, 2012).

Nesse cenário, passam, portanto, a ser frequentes situações como as seguintes: tratamento diferenciado e desigual entre brancos e negros nas relações de trabalho; dificuldade de reconhecimento da competência de pessoas negras em cargos técnicos e de gestão; discriminação dos usuários em função do seu pertencimento racial; falta de conhecimento sobre diversidade e práticas culturais e religiosas; ausência de normas, práticas e comportamentos que estimulem a equidade; e invisibilidade da diversidade e das desigualdades étnico-raciais nos diagnósticos e nos programas das secretarias, assim como na análise e interpretação de dados epidemiológicos na área da saúde (López, 2012).

Assim, em vez de compreender que doenças como a Anemia Falciforme, a Hipertensão ou a Diabetes se encontram mais concentradas na população negra em decorrência de acessos desiguais que historicamente esses povos tiveram com relação à saúde, educação, assistência, moradia, saneamento, transporte público, alimentação de qualidade, segurança e oportunidades de trabalho, os profissionais que compõem esses serviços, terminam por creditar essas doenças tão somente à aspectos biológicos (totalmente deslocados das questões de raça, classe e gênero,

diga-se de passagem), de modo que suas intervenções terminam se pautando mais no exercício do controle moral sobre a vida dos usuários, dentro dos cânones instituídos da Biomedicina, e menos pelas movimentações instituintes através de projetos de cuidado em saúde com caráter emancipatório (Senna & Lima, 2012).

Consideramos, portanto, que no processo de intersecção entre ESF e usuários, estes profissionais terminam por se utilizar de algumas “caixas de ferramentas tecnológicas”, as quais podem promover, conforme atestamos acima, tanto um controle moral sobre a vida dos sujeitos, bem como produzir práticas em saúde emancipatórias, promotoras de vida e de alegria. Alguns autores, como Merhy e Feuerwerker (2009) apontam a existência de três tipos do que eles denominam como tecnologias do cuidado em saúde: duras, leve-duras e leves.

A primeira dessas ferramentas tecnológicas instituídas no cotidiano dos profissionais de saúde, as duras, está relacionada ao manuseio, por parte dos profissionais de saúde, de equipamentos e máquinas que o possibilitem perscrutar, acessar dados físicos e realizar exames laboratoriais. Além disso, também envolve a adoção de algumas condutas terapêuticas, como a prescrição medicamentosa, a aplicação de vacinas ou a realização de curativos, por exemplo. Esses processos consomem trabalho morto, por parte das máquinas ou equipamentos, e trabalho vivo por parte de seus operadores (Merhy & Feuerwerker, 2009).

Já as tecnologias leve-duras se constroem tendo como objeto de suas intervenções sanitárias a apreensão da visão de mundo dos usuários (necessidades e posicionamentos), contudo, a partir de determinados saberes acadêmicos instituídos, como o preventivismo ou a epidemiologia. Nesses casos, nos momentos em que efetivamente se produz saúde, há uma mediação imposta pela incerteza e singularidade, bem como pelo raciocínio clínico do médico ou dos demais profissionais de saúde (Merhy & Feuerwerker, 2009).

Por fim, temos as ferramentas leves, as quais nos possibilitam a produção de relações trabalhadores-usuários mediadas por ações como a escuta, o interesse, a construção de vínculos e a transformação do usuário em um agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores sanitários. É isso que possibilita que as ESF's melhor compreendam a singularidade, o contexto, o universo cultural e os modos específicos de viver determinadas situações por parte dos sujeitos e das coletividades (Merhy & Feuerwerker, 2009).

De modo geral, os núcleos de trabalho vinculados às tecnologias duras e leve-duras encontram um terreno favorável de trabalho e na Atenção Básica não seria diferente. As ESF's, que prioritariamente deveriam trabalhar norteadas tanto pelas políticas de equidade destinadas à população negra como por tecnologias leves de cuidado em saúde, acabam, muitas das vezes, priorizando um trabalho já instituído na atuação em saúde, caracterizado por seu caráter mecânico, procedimental, portanto, morto.

Com base nisso, notamos a urgência de que os profissionais das ESF's transformem através de processos instituintes, seu cotidiano de trabalho, de modo a agregar em sua atuação na comunidade, os saberes e os conhecimentos dos vários atores sociais que a compõem, como é o caso das rezadeiras, das tribos indígenas e/ou das religiões de terreiros.

No caso desses centros religiosos afro-brasileiros, em virtude de suas origens ligadas à diáspora negra, é de suma importância que as ESF's ao atuarem conjuntamente com tais estabelecimentos, tenham como eixos norteadores as normativas supracitadas, as quais trazem elementos importantes para se pensar a atuação dos referidos profissionais com relação aos adeptos das religiões afro-brasileiras, conforme mencionamos anteriormente.

## **5. “O que o ‘doutô’ faz lá, eu também faço cá” ... O cuidado em saúde nos terreiros e suas interfaces com a Estratégia de Saúde da Família**

### ***5.1 Compreensões dos Povos de Terreiros sobre Saúde, Adoecimento e Cuidado***

Nas cosmologias de matrizes africanas, não apenas as concepções de saúde-doença-cuidado se caracterizam como movimentações contestatórias e de teor instituinte aos modelos que se encontram instituídos na sociedade ocidental, mas a própria concepção de mundo e de sujeito também são. Por conta disso, nos estabelecimentos de Umbanda que adentramos foi possível, em determinados momentos, identificarmos discursos que divergiam do modelo racional-cartesiano-positivista de se compreender a sociedade.

Em uma das muitas tardes em que estive no terreiro de Mmaabo<sup>30</sup>, mais especificamente enquanto esperava que os atendimentos tivessem início, a referida mãe de santo resolveu conversar informalmente sobre um assunto até então não debatido entre ela e os seus consulentes, a morte: na sua opinião, cada pessoa teria o momento certo de deixar esse mundo e ninguém poderia impedir isso de acontecer. Para ilustrar o seu pensamento, ela nos contou duas histórias, as quais as quais narro a seguir com a maior precisão de detalhes que conseguimos lembrar.

---

<sup>30</sup> Mmaabo = Mamãe (Botsuana).



I- Certo dia, um rapaz de aproximadamente 18 anos de idade chamado Okpara<sup>31</sup> ficou muito doente e quase veio a falecer. Com medo de morrer antes do tempo que julgava ser o correto, o jovem resolveu fazer um acordo com sua Madrinha Morte: no momento em que completasse 30 anos, poderia ser levado. Na véspera do fatídico dia, o agora já homem resolveu contar para sua mãe, Rachida<sup>32</sup>, sobre o acordo que tinha feito. Ela acreditou, mas infelizmente sabia que não poderia ajudar o filho, afinal “ninguém engana a madrinha Morte”. Mesmo assim, Okpara teve uma ideia para não precisar morrer: ficaria careca e, portanto, não seria reconhecido. Para isso, primeiro foi num cabelereiro e, em seguida, à uma festa, para comemorar. Quando deu meia noite, a Madrinha Morte apareceu para buscar o seu afilhado, contudo ele não estava em casa. Resolveu, então, falar com Rachida. A matriarca, então, explicou que o filho havia ido para uma festa. Ao chegar lá, a Morte não o encontrou, ela sabia que o seu afilhado estava tentando enganá-la. Do outro lado, ao perceber a presença de sua madrinha, Okpara passou a buscar um esconderijo. Andou por muitos lugares e, por fim, concluiu que o banheiro seria o local mais apropriado para tal feito, entretanto, a sua executora teve a mesma ideia e também se dirigiu ao recinto. A Morte, que de boba não tem nada, sabia que aquela era a pessoa que tinha ido buscar. Como vingança, ela resolveu se fazer de desentendida: “Bem, já que não achei meu afilhado, vou levar esse careca mesmo”. Pouco tempo depois, Okpara foi encontrado morto no banheiro da festa.

---

<sup>31</sup> Okpara = O primeiro filho.

<sup>32</sup> Rachida = Íntegra, Honesta (Swahili).

II- Uzoma<sup>33</sup> era um homem de meia idade e não poderia se considerar mais feliz: tinha uma esposa (Penda<sup>34</sup>), dois filhos e um emprego que lhe possibilitava sustentar a todos. Certa vez, a empresa em que o distinto sujeito trabalhava foi contratada para construir uma imensa ponte. Durante a edificação, enquanto manejava um trator, acabou tendo a infelicidade de que o veículo virasse por cima dele. O pior aconteceu e Uzoma acabou morrendo. Alguns dias após o falecimento, Penda foi conversar com uma amiga espírita chamada Mmaabo: explicou que durante todas as noites, nos momentos em que Uzoma costumava chegar do serviço, ela sentia a presença dele rodando pela casa, seja brincando com as crianças, intimando com o cachorro, ou deitando ao lado dela na cama. Mmaabo, então, explicou que ela deveria esperar por sete dias, momento no qual a alma do defunto encontraria um lugar no céu. Contudo, isso não aconteceu e novamente Penda foi procurar a sua amiga para saber o que estava acontecendo. Após incorporá-lo, Mmaabo descobriu que Uzoma não havia morrido, mas sim desencarnado antes do tempo, de modo que o dia do seu falecimento só chegaria dali a cinco anos. A amiga, então, explicou que nada poderia fazer e que a alma só iria embora depois daquele período. Durante esse tempo, toda semana as duas amigas “tiravam terço” para a alma do defunto. E assim transcorreu por cinco anos. Após esse período, as duas amigas combinaram de ir ao cemitério visitar o túmulo de Uzoma. Enquanto elas ainda estavam em casa, eis que o espírito do defunto aparece. Num primeiro momento, ele vagueou por todos os cômodos da residência e, em seguida, parou onde ficava um imagem de Nossa Senhora Aparecida. Ali se ajoelhou e ficou em posição de oração. O homem, então se

---

<sup>33</sup> Uzoma = Siga o caminho certo (Ibo da Nigéria).

<sup>34</sup> Penda = Amada (Fula – Senegal).

transformou em uma linda borboleta branca. Alçou voo por todos os cantos da casa e depois partiu em direção ao infinito até nunca mais ser visto.

Não sei até que ponto essas histórias são reais, principalmente a primeira, que, inclusive, já havia escutado quando criança em formato de anedota. Ao realizar tal assertiva não me interessa questionar a veracidade dessas informações: antes disso, acredito que muito mais importante do que simplesmente descobrir o caráter ficcional delas é entender quais lógicas instituídas e instituintes estão presentes nesses discursos.

O que se destaca, portanto, a partir desses excertos é que ao redor das religiões afro-brasileiras estão instituídas compreensões particulares sobre as mais variadas questões referentes à nossa existência, tais como nascimento, morte, saúde, adoecimento e cuidado. Nesse sentido, os processos de saúde/doença/cuidado seriam apenas pequeno analisador em uma rica tradição simbólico-cultural.

Durante nosso percurso investigativo, no interior do referido analisador foi possível identificar outros tantos que explicariam, na concepção das pessoas com quem conversamos, as situações de adoecimento de ordem física, psicológica ou espiritual. Um primeiro analisador diz respeito seres humanos serem concebidos como um grande campo energético.

Ao tomar como embasamento essa afirmação, podemos recorrer ao que diz Pai Légua, divindade cultuada nos estabelecimentos religiosos investigados, mais especificamente quando o mesmo, em uma das consultas que tive com ele<sup>35</sup>, discorreu sobre uma energia espiritual concentrada em determinadas regiões dos nossos corpos e que, em desequilíbrio, provocariam dores, sofrimentos e aflições.

---

<sup>35</sup> Conforme mencionei anteriormente, no referido estabelecimento religioso, minha inserção no campo só se mostrou possível, caso, além de pesquisador, eu também assumisse a posição de consulente, inclusive chegando a receber consultas particulares com uma das divindades da casa.

Nesse sentido, seria sobre esse campo energético que as divindades iriam trabalhar, principalmente com o objetivo de promover uma cura de doenças de ordem física, psicológica ou espiritual e um suporte emocional e espiritual diante de problemas de ordem econômica, política e social. Cura essa que se encontra instituída a partir do fato de ser gradual, não ter pressa, podendo demorar seis meses, como também dois anos, uma década, ou quem sabe, nunca ter uma solução definitiva, conforme nos foi relatado pelo próprio Pai Légua.

De acordo com Azekel<sup>36</sup>, muitos dos nossos pensamentos se reverberam nesse campo energético, de modo que quem tem pensamentos negativos irá atrair coisas ruins para si, tais como angústias, aflições, desentendimentos nos relacionamentos e até mesmo doenças físicas ou espirituais. De acordo com essa figura-chave, muitas pessoas chegam ao centro espírita tendo como encomenda a busca de auxílio para a cura das doenças que afligem suas existências, julgando que tais condições decorrem de algum trabalho espiritual feito por alguém, quando, na realidade, seria resultado da maneira como ela se comporta e enxerga o mundo.

É possível afirmarmos, portanto, que compreender os processos de saúde-adoecimento sob o prisma de um campo energético significa que no interior dos circuitos umbandistas estão instituídas cosmologias que atestam o processo de adoecer como decorrente não apenas de uma massa anátomo-fisiológica, mas também de um campo energético que, em maior ou menor medida, estaria relacionado a uma energia psíquica e, portanto, aos afetos.

A partir dessa compreensão instituída sobre os processos de saúde/adoecimento dentro dos circuitos da Umbanda, e que se mostrou perceptível nos discursos de Pai Légua e Azekel, é possível, na medida do possível, recorrer ao pensamento do filósofo Baruch Spinoza, mais especificamente quando o mesmo afirmou que o corpo humano ao ser afetado tem sua potência de agir aumentada ou diminuída, produzindo, em decorrência disso, afectos considerados

---

<sup>36</sup> Azekel = Rezando ao Senhor.

alegres ou tristes. Nesse aspecto, as paixões alegres e tristes surgiriam a partir de encontros que teriam o poder de aumentar, diminuir ou destruir nossas potências de existir, de agir e de pensar (Spinoza, 2009).

A partir disso, podemos concluir que durante nossas vinte e quatro horas do dia não conseguimos vivenciar apenas paixões alegres ou tristes. Pelo contrário, elas constantemente se interpenetram e se inter cruzam, adquirindo características bastante peculiares: determinados encontros aumentarão nossa potência de vida, enquanto que, em outros casos, esta será destruída. E assim se produzirão as agruras instituídas em nosso cotidiano.

Entretanto, não devemos compreender essas duas categorias como uma dialética em que os sujeitos quando doentes não poderiam ser saudáveis ou vice-versa. Tomando como premissa essa afirmação é possível resgatarmos os escritos de Deleuze (2002), que ao discorrer sobre o pensamento de Nietzsche, afirma que a Grande Saúde seria um processo de deslocamento instituinte de perspectivas em que os sujeitos poderiam tanto fazer dos seus momentos de adoecimento um ponto de vista sobre a saúde, como também, no auge de uma vida rica, superabundante e segura de si, mergulhar no trabalho secreto da decadência e da doença.

Nesse sentido, poderíamos, a partir de uma perspectiva instituinte, presumir que uma vida considerada “normal”<sup>37</sup> deveria ser recheada por uma certa mobilidade, de modo que nos momentos de angústia e desamparo, encontraríamos sinais de saúde e vigor e, por outro lado, nas circunstâncias em que estivéssemos satisfeitos conosco mesmos e com nossa saúde, seria possível nos deparar com indícios de adoecimentos (Deleuze, 2002).

De certo modo, essa compreensão filosófica de saúde-doença não se encontra muito distante das racionalidades instituídas no interior dos circuitos umbandistas, já que se aproximando da concepção de saúde em Nietzsche, nesses estabelecimentos sagrados também

---

<sup>37</sup> De acordo com Deleuze (1976, p. 53): “Normal aqui não significa frequente, mas, ao contrário, normativo e raro”.

se encontra instituído a compreensão de que os processos de saúde/doença não são considerados categorias retilíneas, em que supostamente os sujeitos estariam completamente “curados” das aflições que os atingiriam, ou que, por outro lado, quando estivessem na posição de curadores, esses indivíduos não possuiriam questões pessoais e/ou espirituais passíveis de evolução.

As integridades em torno do que sejam saúde e adoecimento afirmam que estas não são categorias estanques, mas, pelo contrário, pertencem a um *continuum* que estaria instituído nas existências dos sujeitos e das coletividades, onde, assim como numa Mandala<sup>38</sup>, todas essas questões estariam manifestas de modo ramificado e difuso.

Ao darmos prosseguimento em nossas problematizações, deparamo-nos com um discurso de Ashanti<sup>39</sup>: para ela, esses processos de saúde-doença aconteceriam por causa das más condutas que as pessoas tiveram em tempos passados, sejam eles durante essa existência carnal ou em outras. Nesse sentido, a solução para nossas agruras cotidianas, para a referida entrevistada, estaria na constante busca por Deus. É o que podemos visualizar no excerto a seguir:

*Ashanti: “[...] Então, por que tem muitas pessoas que se enforca? Muitas pessoas que se jogam embaixo de um carro? ‘Meu Deus! O que aquela pessoa viu? Era uma pessoa tão boa e se tornou daquele jeito’. Alguma coisa ruim ele fez pra trás.... Então... Existe uma força maior, que é Deus... É o único justo... É Ele. E são poucas pessoas que acreditam Nele, porque a maioria das pessoas só pensa em dinheiro, não pensa no amor de Deus, mas quando você tem o amor de Deus dentro do seu coração, você é*

---

<sup>38</sup> A Mandala (em Sânscrito significa "círculo") pode ser considerada como uma representação geométrica da dinâmica relação entre o homem e o cosmo.

<sup>39</sup> Ashanti = Mulher Africana Forte.

*uma pessoa maravilhosa, você não tem maldade, você cresce e todo dia Deus abre uma porta pra melhorar sua vida. Todo dia a sua luz, que Deus colocou no seu caminho, brilha, ela foca, brilha mais e mais e os inimigos sufoca com seu brilho, porque eles não pode te alcançar pra te fazer o mal. Então, isso é cuidar e acreditar e ter fé, por isso a gente cresce no mundo espiritual [...]”*

A partir dessa narrativa, podemos recorrer ao que diz Michel Foucault quando o mesmo disserta sobre o pastorado, o qual, de acordo com o referido filósofo, seria caracterizado principalmente por ofertar aos sujeitos e às comunidades a oportunidade deles trilharem o caminho em direção à salvação, percurso esse que somente seria conquistado quando tais atores se submetessem às ordens e mandamentos instituídos pelo plano divino, considerando-os como a verdade a ser seguida (salvação, lei e verdade) (Foucault, 2008).

Para o Cristianismo, não seguir a essas premissas instituídas poderia ocasionar a ira divina, que se abateria nos sujeitos e na comunidade na forma de castigos, os quais poderiam assumir muitas formas, tais como falta de sorte, furo ocasional no pé (conforme veremos adiante) ou adoecimentos físicos ou espirituais.

Podemos, assim, compreender que a existência de inteligibilidades umbandistas em torno da ideia de que algumas enfermidades seriam decorrentes de punições superiores sobre a saúde dos fiéis se deve principalmente por causa do Catolicismo que atravessa a sociedade brasileira, e não apenas no campo da espiritualidade, visto que este também atua como uma força instituída em que estamos inseridos, produzindo reverberações nas doutrinas e simbologias da Umbanda (Queiroz, 2017).

Desse modo, foi possível percebermos que desobedecer os ditames instituídos pela religião não seria apenas um pecado, mas também algo passível de dor, doenças e desespero, já

que não agradaria às vontades dos deuses e Orixás. Pelo menos era desse modo que alguns dos sujeitos de pesquisa compreendiam as situações de saúde/doença sob o viés das doutrinas umbandistas.

Tal assertiva também pôde ser visualizada durante uma das nossas idas ao centro religioso de Mmaabo. Na ocasião, conversávamos com algumas mulheres (Ayana<sup>40</sup>, Ashaki<sup>41</sup> e Badu<sup>42</sup>) que conhecíamos apenas de vista. Pelo pouco que sabíamos, as distintas figuras não assumiam apenas a função de consulentes, visto que também frequentavam as baias<sup>43</sup>.

Em determinado momento do nosso diálogo, Ayana começou a falar para suas companheiras que a cerimônia da noite anterior não havia acontecido porque o esposo de Mmaabo havia furado o pé com um prego que estava solto pelo quintal. Segundo a adepta, isso havia sido um castigo divino, porque minutos antes, o mesmo havia falado que o local estava arrumado para alguma quadrilha, quando na verdade era por causa do festejo de São Sebastião, que aconteceria no dia seguinte, evento esse muito aguardado por todos, visto que além do aniversário do santo também seria o da mãe do terreiro, de modo que uma grande comemoração estava prevista para acontecer.

Entretanto, além desses analisadores que explicavam as enfermidades de ordem espiritual como tendo suas origens em virtude de desequilíbrios energéticos em determinadas regiões do corpo, de pensamentos e condutas negativas diante da vida, de comportamentos passados, também conseguimos, durante nossa jornada investigativa, descobrir outros analisadores torno dos processos de saúde e doença, tais como compreender as situações de

---

<sup>40</sup> Ayana = Flor Bonita (Etíope).

<sup>41</sup> Ashaki = Bonita.

<sup>42</sup> Badu = Poderosa.

<sup>43</sup> De modo geral, cada terreiro tem uma forma muito particular de denominar as cerimônias religiosas de culto aos Orixás, tais como: baia, gira ou roda. No local em que estamos fazendo menção, os adeptos utilizavam a primeira nomenclatura.



adoecimento como decorrentes de nervosismo, de espíritos ruins ou de alguma mediunidade não desenvolvida.

Antes mesmo de mergulharmos em cada um desses analisadores, é importante novamente ressaltarmos o fato de que tais analisadores abdicam dos discursos que os concebem como tendo uma natureza localizável, como é o caso das ideias da fisiologia, da mecânica, da autorregulação e do equilíbrio dinâmico, para, ao invés disso, compreender as situações de saúde-adoecimento como decorrentes de experiências que modificam em nossas potências de vida (ou energéticas, como queiram chamar) (Conceição & Franco, 2017).

De modo geral, poderíamos, portanto, dissertar sobre a existência de diferentes inteligibilidades instituídas na sociedade sobre as situações de doenças, sofrimentos e perturbações. O antropólogo Luiz Fernando Duarte em suas pesquisas sobre o analisador nervoso, explicita algumas delas, a saber (Duarte, 1998b):

(a) A cosmologia holista, historicamente representada pela doutrina dos humores e da melancolia (Duarte, 1998b).

(b) A racionalização e a fragmentação cientificista da natureza em geral e da corporalidade em particular, representadas pelo prisma dos saberes biomédicos. Têm como principais características a medicalização e a naturalização dos fenômenos sociais, ou seja, discursos e práticas outrora pertencentes à esfera do cotidiano passam a ser instituídas como referentes ao escopo da Medicina (Duarte, 1998a).

(c) A interiorização autorresponsabilizante dos doentes pelas ocorrências das suas perturbações, também concebida como psicologização da sociedade (Duarte, 1998a).

(d) O qualitativo “físico-moral” para designar as interconexões existentes entre as corporalidades e todas as demais dimensões das nossas existências nos processos de adoecimento. Enquanto os sintomas físicos fazem referência a problemas, dores ou doenças que

acometem nossos organismos, tais como tremura, zoadá, tonteira, dores de cabeça, aflição, fastio, insônia e desmaio. Por outro lado, os aspectos morais dizem respeito ao que popularmente conhecemos como nervoso ou nervosismo e são caracterizados por uma amplitude de afectos, tais como: triste, exausto, indisposto, aborrecido, agitado, desesperado, furioso, dentre outros (Duarte, 1986).

Em poucas palavras, poderíamos, então, partir da seguinte premissa: enquanto a segunda e a quarta compreensão sobre saúde/adoecimento/cuidado enunciadas acima fazem menção ao projeto cartesiano-positivista de sociedade, no primeiro e no último caso, encontra-se, também instituído, outras racionalidades sobre os modos de ser e de existir, as quais atribuem significativa importância aos discursos e saberes populares.

Nesse sentido, quando determinada pessoa alega estar sofrendo de “nervoso” não há a ambição por parte dessa premissa físico-moral em converter as experiências de tal sujeito em categorias médico-diagnósticas instituídas por meio da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) ou no décimo volume da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Em vez disso, almeja-se muito mais em compreender quais analisadores se escondem por trás desses dizeres. Tarefa que não se desenha como de fácil execução, principalmente porque sendo psicólogo de formação (no caso da pessoa que vos escreve) fui adestrado a obedecer catalogações psicopatológicas.

Durante nossa jornada nos terreiros, em alguns momentos tivemos a oportunidade de nos deparar com essa categoria “nervoso”. Em determinada tarde, quando estávamos no quintal da casa de Mmaabo esperando que as consultas tivessem início, eis que chega um homem com um menino de aproximadamente dez anos. A criança era relativamente grande para sua aparente idade, contudo era extremamente magro. Vez ou outra, alguma pessoa se referia ao problema da criança como de “nervoso” e que não era para ele “se impressionar” muito com as coisas.

Aparentemente, a presença de uma criança logo comoveu os demais consulentes de modo que tão rápido o rumo da conversa passou a ser sobre o que eles denominavam como “humores de uma criança”: “quando é muito quieta a gente tem que desconfiar”, foi a conclusão da roda.

Esses mesmos consulentes, em outros momentos, também relataram conceber determinadas moléstias como oriundas do trabalho espiritual feito por obsessores (espíritos considerados ruins) sob encomenda de alguém. Como ilustração, podemos mencionar uma conversa que tivemos com mulheres que buscavam por atendimentos no terreiro de Mmaabo: neste diálogo, elas nos narraram a história de um homem que estava possuído por um obsessor.

Segundo essas consulentes, o referido sujeito havia aparecido numa tarde de atendimentos no terreiro. Estava bastante exaltado, de modo que duas ou três pessoas o carregavam. Assim que ele chegou, a condutora da casa, que na ocasião estava incorporada como Vovó Catarina de Angola<sup>44</sup>, pediu para que todos os consultantes saíssem e fechassem o salão, pois ela iria expulsar a divindade maligna que ali se encontrava.

Aparentemente o caso gerou imensa fofoca e burburinho, até porque muitas dos telespectadores do acontecimento não eram iniciados na Umbanda, portanto, não sabiam maiores detalhes sobre o porquê do ocorrido. Em momento posterior, em conversa com Mmaabo, ela me explicou que esse tipo de situação era bem frequente não apenas no terreiro dela, mas em muitas das religiões de matrizes africanas, sendo tais “forças malignas” denominadas por eles como “sombras”:

***Facilitador:*** “*E aí quais são os problemas? Quando a senhora diz sombra, significa o que?*”.

---

<sup>44</sup> Preta-Velha que Mmaabo comumente incorporava.

***Mmaabo:** “A sombra significa, ó, assim, se chega uma pessoa aqui muito doente, amarrado, como já tem costume de chegar aqui pessoa amarrada, aí a Preta-Velha diz: ‘zombeteiro’. Zombeteiro é uma coisa ruim. Assim, faz a pessoa beber, faz a pessoa fumar, faz a pessoa matar, faz a pessoa morrer, é o zombeteiro, né? Que tá na vida daquela pessoa. Anda com ele todo o tempo, né, pra ele fazer aquilo dali, né? E a pessoa que veio aqui, ele ouvia voz, a voz dizia assim: ‘Vá lá em fulano de tal matar ele. Mata ele que tu vai te salvar’, né? Agora é como ele diz... como a mãe dele diz, só nunca fez besteira porque a mãe dele rezava quando ele tava assim: ‘mamãe, tem uma pessoa aqui dizendo que eu tô... que é pra mim matar fulano de tal, que é pra mim correr na pista pro carro me pegar, me ajude’. Aí ela disse que começava a rezar e aí com aquilo dali ele acalmava. Aí vinha pra cá, aqui ele dava... a pessoa recebe esse zombeteiro, aí aquela moça que me ajuda aqui invoca. Aí ele vai dizer o que deve fazer, o que não deve fazer [...]”.*

Por outro lado, também identificamos, a partir das nossas observações participante e das entrevistas realizadas, analisadores relacionados às situações de adoecimentos como resultados de uma mediunidade não desenvolvida, conforme pudemos identificar em algumas falas de Azekel, bem como em algumas consultas realizadas no terreiro de Mmaabo, como por exemplo, na situação em que uma das consulentes da casa (Homa<sup>45</sup>) alegou ter desmaiado num terreiro por conta das roupas denominadas por ela como “esquisitas e estranhas” que os adeptos usavam.

Na referida ocasião, ela me confidenciou que toda sua família “era ligada com macumba”, sendo que determinados parentes, como era o caso de sua tia, inclusive tinham um

---

<sup>45</sup> Homa = Agitada (Kiswhaili).

terreiro sobre seu comando. Contudo, nem ela nem o pai gostavam de ser atendidos no referido local, pois, segundo a própria, “por lá os irmãos não são unidos, é um querendo acabar com o outro. Já fizeram trabalho para minha mãe só porque ela chegou atrasada uma vez”. Pouco tempo depois, a matriarca virou evangélica e, segundo Homa, ela passou a frequentar muito menos estabelecimentos umbandistas, só voltando a fazer isso após a morte da mãe.

Por fim, Homa também falou que os seus desmaios eram frequentes, de forma que ela já precisou ser levada na calada da noite para a casa de Mmaabo com o objetivo de ser socorrida. Entretanto, conforme menciona a referida líder religiosa, esses casos de adoecimentos eram mais frequentes do que se esperava, de modo que tal situação não era exclusiva de Homa, conforme nos foi relatado em determinada ocasião:

**Facilitador:** *“As pessoas que chegam aqui, dá pra senhora diferenciar quando é problema espiritual e quando é problema de saúde mental?”*

**Mmaabo:** *“Dá. Dá pra saber”.*

**Facilitador:** *“E às vezes chega gente com isso?”*

**Mmaabo:** *“Chega. Aqui já chegou uma moça aqui amarrada, aí levaram pro Kamau<sup>46</sup>, que examinou ela, né?. Aí ele foi e disse assim: ‘Olha, eu não cuido dessa menina e nem vou botar ela no hospício dos doidos, porque ela não é doída, você tem que botar essa menina num centro espírita pra ela ficar boa’. Tinha quinze anos essa menina. Aí eu não sei quem que informou ela pra vir pra cá, aí foi rezada, ela desenvolveu, hoje em dia ela já recebe nela. Aqui eu já tenho desenvolvido muitas pessoas, já tem muitas*

---

<sup>46</sup> Médico Psiquiatra da cidade de Parnaíba-PI (Kamau = Guerreiro Quietos).

*peçoas que tem terreiro que eu preparei, né? Tem o Keita<sup>47</sup> lá na Ilha... ele trabalha lá na Ilha. Hoje ele é pai de santo”.*

Após dissertarmos sobre os analisadores anteriormente mencionados, é possível perceber que as compreensões em torno dos processos de saúde/adoecimento/cuidado não estão pautadas única e exclusivamente em discursos biomédicos, caracterizados por seu caráter “científico”, racional e anatomizante, mas sim em circunstâncias que são a um só tempo sociais, históricas, econômicas, políticas e culturais, que em muito convergem com os determinantes sociais da saúde, mais especificamente no que concerne a Promoção da Saúde. A depender dos cenários e das instituições que os atravessem, esses entendimentos podem mudar consideravelmente, de modo que explicações de ordem espiritual e religiosa passam a também ser consideradas nos processos de saúde/doença (Mota & Trad, 2011).

Compreender como os povos de terreiros concebem saúde, adoecimento e cuidado é se permitir mergulhar no rico e gigantesco universo simbólico-cultural dessas religiões e em tudo o que está circunscrito a elas. Nesse sentido, acreditamos que se debruçar sobre as inteligibilidades instituídas no interior dessas doutrinas em torno de tais questões, é nos permitir também discorrer a respeito de ideias que lhe são tão caras, como a de mediunidade.

À propósito, uma das líderes religiosas entrevistadas, mais especificamente Ashanti, em determinado momento de nossa conversa vem ressaltar a importância desse dom, visto que é graças a ele que nossa personagem pôde aprender mais sobre o que seja o cuidado em saúde e como ele é promovido. Eis algumas palavras proferidas por ela:

---

<sup>47</sup> Keita = Adorador (Africano do Oeste).

*Ashanti: “Aí, o que é que acontece? Eu fui crescendo, crescendo, e aquela energia, ela se transportava, ela mudava, o meu corpo mudava. Como assim as mudanças? É porque eu não me sentia o que eu fazia, entendeu? Tinha alguém que era sábio. Por que eu fazia aquilo, se eu nunca cursei uma escola? Por que eu sabia de tudo, se nunca ninguém me ensinou? Então, essa é a pergunta: por que eu sabia disso. [...]. Eu não tive os professores. Os meus professores foram o mundo e os meus Orixás. Aprendi com o vento, com a força da terra e do Oriente. Esse, eu aprendi, porque esses são os verdadeiros ensinamentos, que eu não precisei do professor para isso e os meus professores foram os meus Orixás, desconhecedor de várias pessoas, que nem todo mundo conhece o que é um Orixá, nem todo mundo conhece o que é um espírito, acha que tudo é fantasia da cabeça da gente, mas não é fantasia da cabeça da gente, porque eu também pensava que isso era uma fantasia”.*

*Ashanti: “[...] Eu sou espírita... Eu sou espírita e o espírito dos antepassados tinha rei, tinha rainha, todos eles sabiam ler. Quando eu invoco um eu sei ler, entendeu? Quando eu invoco um pra minha croa, eles me ensina o que eu tenho que fazer. Isso é que você tem que entender, que eu não sou só. Eu sou espírita e carrego um espírito de rainha sábia na minha cabeça, que possuía um trono, coisa que você não sabe... história de rainha, mas eu sei, porque eu tenho ela aqui ó... dentro da minha cabeça. E por que isso? Porque eles estudavam. Ser rei e rainha era sábio. Se eu invoco o espírito dele, não é porque ele morreu que ele vai ser bobo. Ele continua a mesma coisa: o espírito que morreu continua sábio. Invoca um pra sua cabeça, pra ver se você tem o conhecimento dos reis e rainhas? Teeem, meu amor. A inteligência. Eles dão a inteligência, o conhecimento pra você, o modo de você agir, de você se espertar. Eles*

*dão pra você, porque são os espíritos, são o vento e ninguém pega, mas eles dá o conhecimento pra você. Conversa com você o que você tem que fazer, você faz direitinho. Esse é o mundo espiritual. Conhecedor, mas pra isso as pessoas têm que parar e entender o significado dele [...]”.*

Assim como aconteceu quando estivemos com Ashanti, durante uma conversa informal com uma consulente atendida pelo terreiro de Azekel chamada Ipyana<sup>48</sup>, ela também compartilhou conosco a ideia de que o desenvolvimento da mediunidade seria um processo gradual. Com muita empolgação, ela comentou com uma amiga (Shakina<sup>49</sup>) que em determinadas ocasiões, quando estava sozinha, sentia um leve cheiro de folha molhada. Shakina, que visivelmente tinha muito mais experiência no espiritismo do que a companheira, comentou que isso era muito comum entre os médiuns, chegando a confessar que ela própria às vezes conseguia inalar um forte cheiro de cachimbo. Quando isso acontecia, ela realmente preparava um para fumá-lo.

Em seguida, Ipyana continuou a conversa, afirmando não saber qual o tipo de divindade (por exemplo, Boiadeiro ou Preto-Velho) ela iria incorporar. Contudo, recebeu como resposta da amiga o que acabara de falar há poucos minutos: tornar-se médium, e portanto um cuidador, era algo demorado, exigia muita preparação e conhecimento, de modo que, de acordo com Shakina, algumas coisas ela própria só tinha conhecimento porque frequentava esses espaços desde criança.

Podemos, então, perceber o quanto os médiuns têm uma importância significativa nas práticas de cuidado em saúde ofertadas pelas religiões afro-brasileiras, uma vez que os corpos

---

<sup>48</sup> Ipyana = Graça Divina.

<sup>49</sup> Shakina = Bonita.



dos praticantes servem de abrigo para que as divindades estabeleçam relações com o mundo dos humanos. Nesse sentido, é necessário haver muito conhecimento e preparação até que finalmente o médium se considere como apto para participar das cerimônias através da incorporação das divindades sagradas e da consequente oferta do cuidado em saúde aos consulentes que se dirigem aos terreiros em busca de ajuda (Zangari, 2005).

Para a Umbanda, podemos perceber que o cuidado é muito mais do que uma palavra: é uma postura, uma filosofia de vida que os adeptos dessas crenças devem assumir, isto é, uma cosmologia que se encontra instituída entre as pessoas que a vivenciam. Não se vira um cuidador da noite para o dia. Assim como os antigos feiticeiros ou xamãs é necessário haver por parte dos fiéis dedicação, estudo, esforço e comprometimento, até porque não são apenas os médiuns que promovem o cuidado em saúde dentro desses estabelecimentos sagrados, visto que, conforme veremos no próximo tópico, no percurso dos atendimentos, diversas figuras são consideradas de extrema importância e não apenas as pessoas que emprestam os seus corpos para as divindades.

Contudo, tal caminhada em direção a se tornar um cuidador nem sempre é uma tarefa fácil, sendo considerada por muitos como algo sofrido e que provoca estranhamentos. É o que nos afirmam, respectivamente, Ashanti e Mmaabo através de dois dos excertos extraídos das suas falas:

*Ashanti: “[...] Filho, eu comecei na Umbanda eu tinha.... sete anos. Eu era pequenininha, tinha visões. Às vezes eu não dormia, via pessoas, mas porque eu via alguém falar, as folhas falavam comigo. Então, até aí eu achava que eu era louca: ‘isso é coisa de louco’. Aí eu fui crescendo, né, tendo visões, às vezes eu desmaiava, às vezes eu tava conversando com você, de repente eu tava falando diferente, eu sentia que*

*minha voz tava mudando, eu já não falava como criança, eu já tava falando como um adulto. Então, já tinha algo que falava, usava a minha palavra: de criança passava a ser palavra de adulto. Então eu ficava assim: ‘mas por que isso?’ Aí eu fui me entendendo [...]. Mas é... foi muito constrangedor a vida de umbandista quando nasce para ser umbandista, quando nasce com a espiritualidade, é um sofrimento, é um dor sofrido, um dom de tortura, quando não tem alguém que cuida de você, quando você tem que aprender a vida sozinho, só com os invisíveis e eu agradeço a Deus primeiramente e os meus Orixás, porque sem os meus Orixás eu não podia ser o que eu sou hoje [...]*”.

**Mmaabo:** “[...] Eu já nasci com essa sina, aí eu não posso tirar, né? Eu não posso sair [...]”.

Um primeiro aspecto importante de ser ressaltado no que concerne a esse analisador diz respeito ao papel que as referidas mães de santo desempenham nos terreiros que conduzem: para elas, tornar-se uma cuidadora é uma tarefa árdua e com a presença de chagas, as quais se mostram perceptíveis desde muito cedo, como por exemplo nas circunstâncias em que elas foram tidas como bruxas, loucas e que adoravam ao demônio cristão.

Por conta dessa encomenda de normalidade por parte de suas respectivas famílias, muitas vezes foram internadas em hospitais psiquiátricos ou violentadas física, psicológica e verbalmente, passando a serem alvos de processos de discriminações cotidianas, seja no âmbito da família, escola ou trabalho.

Desse modo, podemos perceber que a figura do cuidador apresenta úlceras tão intensas ou mais profundas que as dos seus hóspedes que trazem como encomenda a cura para questões

de ordem física, psicológica ou espiritual: são, pois, cuidadores feridos. De modo geral, para melhor compreendermos quem são esses sujeitos é importante que lancemos olhares para a figura de Omolu, também chamado de Obaluaê, Xapanã ou Sapatá.

Nas tradições africanas, Omolu é representado por uma cobertura de palha comprida que reveste o seu corpo com o objetivo de ocultar as diversas chagas provocadas pela peste varíola em sua infância, como resultado de conflitos com sua mãe. Além disso, esses ferimentos também foram causados pelas dificuldades vividas quando deixou sua casa para procurar seu próprio caminho, momentos nos quais passou fome e sede, além de ter sido vítima de rejeição por causa das suas úlceras (Vasconcelos, 2003).

Essa experiência em lidar com as próprias dores e doenças o capacitou para ser um curador: carregando, então, vários tipos de águas, remédios e cabacinhas de porções, passou a visitar as comunidades onde fora rejeitado e, nas quais os habitantes agora encomendavam por cuidado diante de suas agruras cotidianas. Ele curava a todos os doentes, bem como fazia um ritual de proteção, varrendo a peste para fora das casas com sua vassoura de fibras de coqueiro, a *xarará* (Vasconcelos, 2003). De modo geral, as cosmologias africanas trazem consigo outras histórias sobre Omolu, entretanto, em todas elas está instituído a presença de um cuidador ferido que cura a todos aqueles que procuram por auxílio em questões concernentes à existência.

Além disso, também com base nos discursos anteriormente explicitados, conseguimos identificar tênues limites que separam a mediunidade da loucura. Para muitas pessoas, alguém se declarar publicamente como sendo um “médico das almas” que ouve vozes e incorpora espíritos ancestrais não é algo que, num primeiro momento, remeta à racionalidade positivista, biomédica e cartesiana, portanto, não transita entre a estreita e instituída faixa da normalidade.

No que concerne a esse assunto, recorreremos a Georges Canguilhem, quando mesmo afirma que uma média, obtida estatisticamente, não permite dizer se determinado sujeito,

presente diante de nós, é normal ou não. Nas palavras do próprio autor, nossas existências não são consideradas categorias estanques e retilíneas, portanto, instituídas. Muito pelo contrário: nelas, é possível construirmos movimentações instituintes a partir de rasgos, vazios, fugas, esquivamentos e reticências inesperadas (Canguilhem, 2010).

E no campo da saúde não seria diferente. Em vez de nos posicionarmos em favor de binarismos que tão somente nos encaixam em categorias diagnósticas de doente/anormal ou sadio a depender de como pensamos e nos comportamentos, apostamos no caráter contestatório e também instituinte dos processos de saúde/doença/cuidado, ou seja, questões de ordem social, histórica, econômica, política e cultural caminhariam lado a lado, produzindo reverberações em nossos modos de ser e de existir e, portanto, no que conceberíamos como saúde.

A partir desses elementos, podemos afirmar que só conseguiríamos atingir a um estado pleno de saúde quando, mesmo diante do caos, enxergássemos a alegria imanente do desejo e experimentássemos um aumento das nossas potências de vida, ou que, ao contrário, em nossos momentos de plenitude, identificássemos situações de dor e desamparo. Caso fossem instituídas em nossos cotidianos, essas posturas iram nos conduzir a um conhecimento das paixões e dos afectos que nos atravessam e que podem ser considerados alegres ou tristes (Deleuze, 2002; Spinoza, 2009).

Entretanto, ao mergulharmos em profundidade nesse analisador, o que mais comumente assistimos é uma preponderância dos modelos binários como lentes de análise dos atores sociais que nos circundam, conforme pudemos visualizar nas falas de Ashanti e Mmaabo quando as mesmas discorreram sobre as relações das suas respectivas famílias com a mediunidade delas:

*Ashanti: “[...] Então, meus pais, que não entendiam, dizia que eu era uma pessoa maléfica, que eu era uma pessoa diferente, que eu era uma pessoa louca e por louco eu*

*fui internada três anos. Por louca. E eu não era louca. Aí foi quando o médico fez exame... exame... exame, ainda tomei remédio controlado nas veia. Aí é por isso que às vezes eu ainda sinto coisas no meu corpo [...]”.*

**Mmaabo:** *“[...] Aí nesse tempo, antigo, esse negócio de convulsão a gente não levava pro médico. As mãe tirava um cipó verde, um galho de mato verde, aí batia naquela criança até a criança se curar... era o remédio. Nesse tempo o remédio era assim. Agora não, quando tem uma criança assim, eles leva pro médico, essa coisas tudo, mas antigamente era assim. Se a gente dava uma febre, eles botava a gente lá embaixo de um pé de árvore... embaixo de um pé de árvore e lá ficava, lá eles benzia a gente com uma bebida verde, até que a pessoa era curada e ficava boa [...]”.*

A partir desses discursos, podemos afirmar que essa realidade instituída de intolerância, nos circuitos familiares, contra quem se declara umbandista tem uma de suas origens relacionada ao processo de institucionalização da família burguesa durante a década de 1830, momento no qual todos os “desvios” do modelo economicamente produtivo, biologicamente reprodutor e teologicamente temente à Deus e à Jesus Cristo passaram a ser classificados como aberrações (Miskolci, 2003).

Assim, não é de se espantar que muitas das práticas populares instituída no cotidiano das pessoas escravizadas passaram a ser mal-vistas, sendo socialmente consideradas, em muitos casos, como crimes e pecados, como a Capoeira e a Umbanda, as quais foram por muito tempo assim concebidas.

Podemos, então, perceber que apesar das transformações instituintes de teor estrutural, funcional e hierárquico pelas quais a sociedade ocidental vem passando desde o século XVIII

até os dias de hoje, o sentido e a função da instituição família se modificaram pouco com o transcorrer dos anos, tendo permanecido semelhantes aos observados nas burguesias rurais e urbanas do século XVIII (Miskolci, 2003).

Isso não significa, todavia, que as situações de descaso à Umbanda estejam restritas à instituição família: Muito pelo contrário! Outros analisadores estão em jogo. Cotidianamente praticantes de religiões afro-brasileiras são alvos de situações instituídas de desprezo, discriminação e intolerância sejam de formas sutis ou por meios mais extremos, como agressões verbais, psicológicas ou físicas a seus praticantes e destruição de seus artefatos, amuletos e templos sagrados, podendo, tais situações, serem visíveis em instituições como a saúde, a educação, o trabalho, a comunidade, a mídia, entre outras.

Logo, nem todos os sujeitos são merecedores do mesmo modo de terem suas vidas perpetuadas: algumas etnias simplesmente passam a ser consideradas superiores enquanto outras, não. E isso não acontece por acaso, o que visualizamos nesse cenário é um processo de criação de querelas étnicas como estratégias de poder e de conformação de corpos e das subjetividades (Foucault, 2005).

Uma analisador que se encontra presente nesses discursos discriminatórios diz respeito às explicações racistas camufladas de um teor cientificista, como é o caso do Darwinismo Social, por exemplo, que compreendia algumas características biológicas e sociais como critérios essenciais para se perceber quais sujeitos eram mais aptos. Nessa lógica, os seres são divididos por raças e algumas começam a ser consideradas superiores a outras (Foucault, 2005). Infelizmente, tal compreensão continua bastante instituída no cenário contemporâneo, prova disso são as queimas de barracões e terreiros de Umbanda, constantemente noticiadas na grande mídia.

Outro analisador que atravessa esses discursos é o conservadorismo religioso, o qual se encontra instituído no decorrer no decorrer da história de várias sociedades ocidentais, como a latino-americana, a europeia e a africana (após a colonização portuguesa). Assim, quando voltamos ao período medieval europeu, nos deparamos com o imenso poderio econômico, político e militar da Igreja Católica, conhecida pelas caças aos seus inimigos, tais como: os detentores de conhecimentos “pecaminosos”, como a Alquimia; os povos islâmicos, em virtude de estarem localizados na Palestina, conhecida como “Terra Santa”; e o Protestantismo, devido ao fato deles estarem ganhando cada vez mais adeptos.

De modo geral, essas situações instituídas de descaso às religiões afro-brasileiras e a tudo que provém dela se intensificam, se bifurcam e se capilarizam nos mais distintos cenários, adquirindo contornos explícitos ou velados no cotidiano dos praticantes e consulentes de tais crenças, de tal modo que produziu reverberações em mim próprio, no meu pesquisar-com os sujeitos e, conseqüentemente, no que eles encomendavam de mim e no que eu ofertava aos mesmos.

Desde o meu adentrar no campo da Saúde Coletiva e das Políticas Públicas, quando passei a desenvolver um interesse de estudo em torno das condições de vidas precárias, várias das prisões que eu carregava acabaram sendo demolidas. Apesar disso, vez ou outra ainda me deparo com alguns entulhos dessas estruturas outrora instituídas. Digo isso por causa dos sentimentos de medo e angústia que constantemente me atravessavam nas ocasiões em que precisava ir a algum dos centros espíritas investigados: quase sempre, eu saía à surdina, como se eu estivesse cometendo uma espécie de pecado ou crime e, por conta disso, tivesse que me esconder de todos, em especial, dos meus familiares e amigos.

O que não deixava de soar como algo contraditório, posto que o interesse de pesquisar as práticas de cuidado em saúde das religiões de matrizes africanas havia partido da pessoa que

vos escreve. Mesmo assim, uma voz silenciosa constantemente conversava comigo “Algo vai dar errado!”. Sem querer reduzir a subjetividade ao subjetivismo e, muito menos, a um mecanismo de “causa e efeito”, de modo geral, acredito que muitos desses posicionamentos que eu carregava quando pequeno e que ainda mostram suas reverberações nos dias atuais, são devidos, principalmente, ao contexto familiar em que fui criado. Como disse nas primeiras páginas dessa dissertação, minha família nunca “olhou com bons olhos” o “povo da macumba”.

Nesse sentido, tais atravessamentos possivelmente desembocam no que Lourau (2004e) denomina como “sobreimplicação”. Para o presente autor, esse fenômeno se desenrolaria nas situações em que nossos relacionamentos com os objetos/campos de pesquisa preenchem nossos tempos/espacos a tal ponto de esvaziar os outros campos de implicação existentes, tais como a encomenda, a demanda, a auto-análise, a auto-gestão e as relações com a teoria e com a escrita.

Nos momentos em que o analista institucional se encontra em tão “maus lençóis”, é necessário que ele realize uma análise de implicação e perceba quais analisadores lhe turvam a visão. E assim fiz. Foi quando pude identificar que por trás dessas sensações de insegurança havia a instituição família que me atravessa enquanto pesquisador. Após esse momento de análise, bem como à medida que mergulhava com mais profundidade no campo de pesquisa, passei a compreender melhor os passos que precisava seguir e os processos que emergiam. O que, portanto, possibilitou que eu construísse olhares críticos sobre essa sobreimplicação que muito brevemente se instalara em mim.

Num primeiro momento, apesar de não deixar explícito aos participantes essas dificuldades, isso talvez possa ter ficado explícito com minha relativa timidez diante do cenário no qual eu me encontrava. Por conta disso, em alguns momentos, eu era convidado a participar, como consultante, das atividades que os terreiros ofertavam. À medida que passei a ocupar essa



posição, meus vínculos com as pessoas que lá estavam foram se fortalecendo, de modo que se tornou mais fácil compreender a realidade na qual eu me encontrava e as características concernentes ao meu problema de pesquisa. Além disso, foi apenas durante esse momento que consegui perceber com maior nitidez as sobreimplicações que me atravessavam.

Dando prosseguimento em nossas problematizações, o que podemos perceber é que ofertar cuidado em saúde, no contexto da Umbanda, a quem encomenda práticas de cuidado em saúde diante de queixas físicas, psicológicas e, principalmente, espirituais diz respeito a uma sina de nascença e uma aprendizagem mediúnica, um legado adquirido e que produz duras consequências em seus modos de ser e de existir, chegando, em muitos casos, a provocar estigmas, preconceitos, violências verbais e físicas, internações e, quem sabe, até a morte.

Nesse sentido, não tem como colocarmos do mesmo lado da balança, os cuidadores academicamente formados para essas funções, institucionalizados como os detentores oficiais desse saber por grande parte da sociedade (tais como médicos, psiquiatras, enfermeiros e psicólogos) e os que ofertam saúde a partir das suas respectivas fés e que, em determinados casos, desde pequenos foram marcados pela mediunidade.

Mesmo assim, os adeptos dessas doutrinas reconhecem que nem todas as situações de saúde e adoecimento são da esfera da espiritualidade, da mediunidade ou da incorporação. Segundo eles, determinadas questões são de outra ordem, tais como físicas ou psicológicas, contudo, nem por isso menos relacionadas à dimensão transcendental e espiritual, o que nos revela outro analisador em discussão. Em uma das tardes em que estive no terreiro de Mmaabo, ela discorreu em maiores detalhes sobre o assunto aos consulentes que ali estavam através de duas histórias que ela presenciou.

Nesse dia em específico, quinze minutos após minha chegada, um homem chamado Munanga<sup>50</sup> apareceu no terreiro questionando a condutora da casa sobre a presença de alguém que supostamente ainda não havia chegado. Mmaabo, então o aconselhou a ir embora e voltar em outro momento, quando a pessoa em questão realmente estivesse por lá. Tão logo Munanga atravessou ao beco em direção à rua, a nossa figura-chave começou a falar sobre a “falta de sorte dele para mulheres”.

Munanga era negro, aparentava ter em torno de quarenta anos de idade e trabalhava como vendedor. Segundo a mãe de santo, a sua primeira esposa havia sido uma mulher socialmente considerada “correta”, contudo, ela acabou falecendo em uma viagem que ambos fizeram de bicicleta até a cidade de Araioses (MA)<sup>51</sup>. Após isso, ele teve uma quantidade considerável de relacionamentos desastrosos. Quando realizamos a pesquisa, ele estava casado com uma mulher chamada Takiyah<sup>52</sup>, a qual supostamente colocava fogo em si mesma, gritava, esperneava e o agredia, justificando tais comportamentos em virtude de está incorporada por Maria Padilha (Pomba Gira).

Contudo, de acordo com Mmaabo, o caso de Takiyah não era devido a uma mediunidade não desenvolvida, mas sim por causa do consumo exagerado de bebidas alcólicas e de um suposto amante que a mesma possuía. Ela prosseguiu o seu discurso afirmando que quando alguma divindade incorporava em um sujeito, essa pessoa não sentia o que acontecia no seu corpo, mesmo que estivesse sendo queimada com uma vela.

Ainda no assunto traições, Mmaabo prosseguiu a conversa nos contando sobre um outro caso que ela havia presenciado nos seus muitos anos de terreiro. De acordo com suas palavras,

---

<sup>50</sup> Estamos homenageando o antropólogo e professor brasileiro-congolês Kabengele Munanga.

<sup>51</sup> A distância entre Parnaíba (PI) e Araioses (MA) é de aproximadamente 74,8 km.

<sup>52</sup> Takiyan = Íntegra.

havia um homem muito rico da região chamado Edet<sup>53</sup> que trabalhava como comerciante e era casado com uma mulher (Thema<sup>54</sup>) que aparentemente tinha problemas com os espíritos. De vez em quando, a distinta mulher tinha comportamentos considerados “estranhos”, como, por exemplo, desaparecer por três dias e ser encontrada bêbada em uma casa de praia, contudo, todos ao seu redor atribuíam essas atitudes a suposta mediunidade que a mulher possuía. Com o tempo, a situação começou a fugir do controle e os “surto” de Thema passaram a ficar cada vez mais frequentes.

Inconformado, Edet começou a levá-la para os terreiros da cidade, de modo que cada um atribuía os comportamentos da distinta mulher a determinados espíritos diferentes. Entretanto, nada disso surtiu o efeito desejado. Até que finalmente eles foram ao terreiro de Mmaabo pedir auxílio para tamanha situação. Ao chegarem lá, questionaram a condutora do centro espírita se ela incorporava o Preto Velho São Cipriano. Obtiveram o sim como resposta. Era uma segunda-feira, portanto, nesse dia ela incorporaria Vovó Catarina de Angola, contudo, acabou fazendo uma exceção e nesse dia realizou as consultas com o referido Preto Velho.

O atendimento aconteceu no salão, na frente de todos, e não num quartinho reservado como era de costume. São Cipriano disse a Edet que o problema da mulher não se tratava de nenhuma Maria Padilha ou qualquer outro tipo de divindade. Em seguida, justificou o comportamento da “acusada”, afirmando que ela o traía com alguém que estava naquela sala.

Imediatamente, um dos homens que ali se encontravam afirmou está com calor e foi embora (depois descobriu-se que era dele que a divindade falava). Após isso, o Preto Velho começou a enumerar vários “surto” que a mulher havia tido, dando uma explicação lógica a todos: em um ela havia brigado com o amante, em outro havia saído para se encontrar com ele

---

<sup>53</sup> Edet = Nascido em dia de mercado.

<sup>54</sup> Thema = Rainha

e assim por diante. Ao final da história, Mmaabo disse que não cobraria nada pela consulta, mas mesmo assim recebeu quinhentos reais.

A partir desse analisador podemos perceber, então, que ao contrário do que poderíamos imaginar, nem sempre as religiões de matrizes africanas compreendem os momentos existenciais de dor, desespero, desamparo e doenças como oriundos de questões espirituais e religiosas que estariam instituídas no cotidiano dos praticantes e consulentes. Assim, os mesmos comportamentos que poderiam ser indícios de uma suposta mediunidade, tais como desmaios e esquecimentos repentinos e sem uma explicação racional-positivista-cartesiana aparente, também poderiam ser ocasionados por outros motivos, tais como charlatanismo ou mesmo alguma doença de ordem física.

Contudo, até nesses casos de encenação, tais religiões teriam algo a ofertar a esses sujeitos, visto que conforme se desenrolou nas situações narradas acima, mesmo não se tratando de adoecimentos de ordem espiritual, as divindades umbandistas se mostraram disponíveis em acolher e cuidar desses estrangeiros em busca de auxílio, já que é assim que estão instituídos os ensinamentos da referida religião.

Além disso, podemos concluir que por trás dos rechaçamentos dessas encenações encontra-se instituído o ensinamento umbandista da necessidade de cuidar dos sujeitos mais necessitados, mesmo nas situações em que tais mentem e enganam aos cuidadores. É o amar que está por trás da ideia de que as religiões de terreiros poderiam ser definidas como a arte de ofertar cuidado com carinho, união e sem discórdia às pessoas que encomendam os seus serviços religiosos. Mas, afinal, de que amor estamos falando? De acordo com Leloup (2017), poderíamos denominá-lo como amor *philia*, compreendido como a capacidade amar o outro enquanto outro. Trata-se de um amor de intercâmbio, isto é, os sujeitos compartilham e recebem atos de afeto e solidariedade.

Para isso, podemos recorrer às problematizações sobre o sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em determinado momento de sua discussão, Sawaia (2001), ao resgatar o pensamento de Hannah Arendt, lança olhares para duas dimensões afetivas, a compaixão e a piedade: enquanto a compaixão poderia ser compreendida como a força, de caráter instituinte (já que propõe a mudança), que nos mobiliza à ação social e que pode tanto adquirir um caráter público como também unificar os sujeitos em torno de um projeto de sociedade, a piedade, por outro lado, seria um sentimento que encontraria em si própria um prazer, aprisionando, portanto, quem a pratica em seus próprios afetos.

Portanto, podemos afirmar que na situação em análise acolher, e em seguida “desmascarar”, um consulente que esteja fingindo determinada doença poderia ser considerado como a oferta de um ato de compaixão, já que por trás desse comportamento existe a premissa do amor, do cuidado e da caridade. Entretanto, esses afetos também podem turvar a visão dos cuidadores a tal ponto deles se transformarem em sobreimplicação e apenas servirem para ofertar práticas assistencialistas.

Assim, chegamos a uma descoberta: esse amor praticado pelas religiões de matrizes africanas, na realidade, é um afeto que constantemente transita entre a compaixão e a piedade. Em certa medida, esse pensamento encontra aproximações com o que Toni Negri discute com relação aos afetos no contexto do exílio.

De modo geral, para o filósofo em questão (Negri, 2001), a afetividade deveria ser compreendida como uma potência de agir singular, já que não é passível de qualquer mensuração, sendo compartilhada entre todos aqueles que se consideram humanos. Todavia, os afetos não são estáticos. Pelo contrário! Há um constante movimento “entre o singular que se universaliza, e ‘o que é comum’ que se particulariza” (Negri, 2001, p. 66).

Assim também é como se encontra instituído no contexto das religiões afro-brasileiras. Se por um lado, não podemos dimensionar a compaixão e a piedade que os adeptos dessas doutrinas têm perante a quem ofertam atividades de orientação, cura ou cuidado em saúde, num outro extremo, também sabemos os mesmos compartilham entre si e os seus “clientes” determinados afetos, como a compaixão, a piedade, o amor ao próximo e a defesa pela verdade (em detrimento da mentira).

### ***5.2 O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras***

O cuidado em saúde é uma categoria de suma importância às doutrinas e crenças afro-brasileiras. Dentre seus principais ensinamentos está o de recepcionar os estrangeiros em seus momentos de dor, adoecimento ou desamparo, oferecendo a esses sujeitos, nessas circunstâncias, trocas afetivas, produção de conhecimento, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e renovação das tradições milenares, como, por exemplo, através do uso de plantas medicinais (Silva, 2007).

Como ilustração, podemos fazer referência a alguns discursos proferidos pela condutora de um dos terreiros de matrizes africanas que investigamos durante nossa jornada. Estamos falando de Ashanti, mais especificamente das situações em que a mesma discorreu sobre temáticas relacionadas ao cuidado em saúde, como por exemplo, a importância dessas práticas, bem como da figura do líder religioso durante esse processo:

*Ashanti: “[...] O meu conhecimento da Umbanda não é só você saber canto, ponto, roupas luxuosas e achar que é umbandista. Umbandista é cuidar dos outros.*

*Umbandista tem que cuidar. Tem que zelar pelo irmão, tem que alimentar aquele que não tem, porque nunca vai faltar na sua casa, jamais [...].*

**Ashanti:** “[...] Como hoje eu já tenho 46 anos de terreiro e hoje eu sei como é uma cura, hoje eu sei como é rezar em alguém, hoje eu sei como cuidar de uma pessoa e fazer ele sentir bem, feliz, isso eu sei, o que é o carinho, um amor, o que é você chegar e chorar e dizer ‘eu fui abandonado porque eu sou gay, eu fui abandonado porque eu sou sapatão, porque eu sou isso, eu gosto de mulher, eu gosto de homem, abandonado pela família. Você não me quer na sua casa? Me dê um abraço?’ ‘dou’. Então, esse é cuidar, pra mim é isso. Cuidar de alguém desprezado pela família, como eu fui e o mundo espiritual é assim: quando você é espírita e a família não gosta, tem preconceito porque você é diferente, todos vão te julgar, te criticar, te massacrar [...]”

**Ashanti:** “[...] Quando a gente tem um... um peso, nós chama ‘ah! Mãe de santo!’. Nós somos ‘zeladora do santo’, nós não podemos ser mãe de um santo, mas como a tradição é essa, a gente chamamos ‘mãe de santo’, ‘pai de santo’”.

**Facilitador:** “Mas tendo essa consciência que na realidade é zeladora do santo...”

**Ashanti:** “[concordando com a cabeça], porque nós não podemos ser mãe de um santo, né? Então é essa a forma, mas como a tradição o pessoal diz: ‘Ah! Porque é mãe de santo’, ‘Ah!, porque dono de terreiro é mãe de santo, é pai de santo’. Nós somos zelador do santo. Por isso que chamamos ‘cuidado nos terreiros’, né? É essa a parte [...]”.

Nessa linha de pensamento, as doutrinas religiosas de matrizes africanas podem ser consideradas como territórios em que se encontram instituídos conhecimentos e práticas

ancestrais, atendendo a diferentes grupos que procuram por auxílio para questões das nossas existências, tais como desentendimentos familiares e amorosos, desempregos, problemas financeiros ou adoecimentos de ordem física, psicológica ou espiritual (Lages, 2012).

Desse modo, tais estabelecimentos sagrados acabam se tornando espaços em que sujeitos historicamente marginalizados e excluídos socialmente, como os homossexuais por exemplo, encontram guarida, conforto e acolhimento, já que majoritariamente tais espaços funcionam por meio de uma lógica hospitaleira, ou seja, assim como em albergues de “beira de estrada”, esses locais sagrados recebem a todos indistintamente, contanto que os hóspedes se comportem conforme as regras pré-estabelecidas que se encontram instituídas.

Assim, podemos afirmar que o acolhimento é uma das principais premissas das religiões de matrizes africanas. Entretanto, segundo Barros (2015), todas as tessituras que compõem o cuidado em saúde nos terreiros acabam funcionando como uma espécie de “obstáculo teórico”, principalmente em virtude da impossibilidade de conseguirmos elaborar categorias ou modelos explicativos a seu respeito sem que se reduza os processos em análise às racionalidades ocidentais.

Por mais que compreendamos que nosso papel enquanto pesquisadores não é tão somente tornar compreensível o que outrora estava ininteligível, conforme os positivistas costumeiramente atestam, já que nossa pretensão circunda em torno de movimentar processos, criando dispositivos de transformação social, por mais mínimos que estes sejam.

Entretanto, é importante termos consciência que a todo instante diversos atravessamentos concernentes às racionalidades ocidentais se circunscrevem em nosso cotidiano, de modo que, infelizmente, em alguma medida eles terminam encontrando guarida nesse trabalho. Por outro lado, também temos conhecimento de que não existe pesquisador neutro, de forma que ao lançarmos olhares para atravessamentos e transversalidades que



circundam essa investigação, estamos deixando explícito a vocês leitores nossas limitações enquanto estudiosos do campo das práticas de cuidado das religiões afro-brasileiras, já que, no caso do pesquisador que redige essa dissertação, este foi criado num ambiente católico, positivista e com pensamentos biomédicos sobre o que fosse saúde/adoecimento/cuidado.

Segundo Azekel, o intuito final desses processos de cura e cuidado dentro da Umbanda seria promover a autonomia dos sujeitos, fazendo-os com que eles passassem a cuidar de si próprios. Em seu discurso, o mesmo nos relatou que enquanto algumas pessoas em apenas uma conversa/orientação já se encontram em condições de trilharem seus caminhos sozinhas, outras precisam de uma maior ajuda e suporte através de um número maior de sessões e terapêuticas. Contudo, mesmo no primeiro caso, quando apenas um atendimento já se mostra suficiente, ainda assim as pessoas são convidadas a retornarem em outras ocasiões, nem que sejam para assumir funções no interior dos rituais do referido estabelecimento religioso.

A partir disso, podemos, então, recorrer ao que Foucault (1985) disserta como sendo a “cultura de si”. Para o filósofo em questão, se nas sociedades gregas a cidadania se instituiu em praça pública através da arte da oratória. Com o apogeu do mundo helenístico ou romano, houve um enfraquecimento do quadro político e social, fazendo com que questões concernentes à ordem privada das existências passassem a ganhar mais destaque na sociedade.

De forma geral, essa cultura de si se caracteriza principalmente pelos seguintes aspectos, a saber: (i) valor demasiado atribuído aos indivíduos perante a sociedade; (ii) destaque para vida privada, isto é, para relações familiares, atividades domésticas e interesses patrimoniais; e (iii) transformação de si próprio em objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se e conseguir a própria salvação (Foucault, 1985).

Nesse contexto, a premissa segundo a qual os indivíduos deveriam ocupar-se consigo mesmos antes de assumirem qualquer outro papel social passa a ser um imperativo instituído

em diversas doutrinas e ensinamentos (Foucault, 1985), como é o caso das religiões afro-brasileiras. Nesse sentido, conseguimos identificar tênues limites que separam os sujeitos que buscam por cuidado daqueles que oferecem ajuda, aconselhamento, orientação, suporte ou cura para questões que afligem nossas existências.

A partir das nossas observações, podemos, então, perceber que em determinados momentos, um indivíduo pode estar na posição de consulente, contudo, à medida que suas angústias não o incomodam mais, este pode assumir a posição de cuidador, seja desenvolvendo sua mediunidade, ou através de outros meios como, por exemplo, recepcionando as pessoas que chegam ao recinto em dias de atendimentos, ensinando os princípios e doutrinas da religião antes das consultas propriamente ditas com as divindades e assim por diante.

Além disso, é preciso ressaltarmos que ao assumirem a posição de cuidadores, de certo modo, eles continuam almejando conseguir orientação, cura ou cuidado em saúde, visto que, na concepção de Azekel, quando alguém ajuda os seus semelhantes, na realidade, também está colaborando para que ele próprio cresça espiritualmente (e não apenas a pessoa ajudada).

Outro elemento importante de discutirmos diz respeito ao fato de que em cada um dos terreiros investigados as consultas à população estava instituída de um modo distinto. No estabelecimento religioso conduzido de Ashanti, não havia um dia e horário programado para receber as pessoas, de modo que esses eram atendidos assim que chegavam, independentemente do horário. Na parte da frente da casa, antes que entrássemos efetivamente onde a mesma residia, havia uma pequena área a céu aberto com uma mangueira e algumas cadeiras e mesas de plásticos localizadas embaixo da referida árvore.

Nesse espaço, o terreiro realizava alguns projetos sociais com as crianças e adolescentes da comunidade (falaremos sobre eles mais adiante). Além disso, também haviam dois quartos desmembrados da casa principal: um menor, em que Ashanti atendia as pessoas sempre que

elas solicitavam ajuda de alguma divindade, leitura de baralho ou tarô ou qualquer outra atividade do gênero, e um quarto maior que servia como salão para as cerimônias e festividades.

No terreiro de Mmaabo, assim como no de Ashanti, os atendimentos à comunidade aconteciam em horários distintos às cerimônias e rituais da casa, contudo, diferentemente do local anterior estes tinham dias e horários combinados para acontecer. Apesar de, no referido caso, os adeptos e consulentes da casa serem dos mais variados locais da cidade, nesse recinto em específico imperava um ambiente familiar, como se tivéssemos visitando uma tia ou uma avó.

Nesse centro espírita em específico, o portão da casa que direcionava da calçada ao quintal ficava sempre aberto, permitindo a livre circulação dos transeuntes sem o monitoramento de ninguém do terreiro. Na ocasião da pesquisa, os atendimentos ofertados pelo referido estabelecimento religioso eram divididos em duas modalidades, os privados e os públicos. As consultas pagas aconteciam individualmente, em um quarto localizado ao final do salão de cerimônias e festividades.

Na maior parte dos casos, cada pessoa demorava em torno de meia hora sendo atendida pela divindade. Após esse momento, haviam os atendimentos públicos, caracterizados pelo recebimento de passe no salão principal: todos os que ali se encontravam formavam uma fila e individualmente a Preta-Velha ia rezando em cada um. Em ambos os casos, os sujeitos eram atendidos pela ordem de chegada, contudo isso não era uma regra rigidamente obedecida, visto que vez ou outra algumas pessoas burlavam esse sistema. Em seguida, a mãe de santo desincorporava a divindade, contudo, comumente alguns consulentes a procuravam em busca de alguma orientação ou conselho, de modo que ela continuava no salão recebendo as pessoas.

Por fim, o terceiro terreiro de Umbanda, conduzido por Azekel, realizava suas cerimônias de atendimento à comunidade semanalmente, começando por volta das 15h00min

e terminando aproximadamente às 23h00min. Durante as consultas, na área que antecedia o terraço, eram colocadas cadeiras e bancos enfileirados para que os consulentes pudessem sentar enquanto esperavam serem atendidos.

Nesse caso em específico, durante minha primeira ida ao local para acompanhar os atendimentos o cheiro de terra molhada, decorrente da chuva proeminente, juntamente com uns arranjos de conchas de praias que estavam amarradas em alguns lugares do teto, me fizeram ter a sensação de estar na praia. Não sei se o marulhar das conchas foi algo proposital, entretanto, o mesmo provocou em nós uma ligeira sensação de paz e aconchego e, por alguns instantes, pude me esquecer dos nossos problemas que me acompanhavam lá fora.

Após esse momento inicial de chegada, uma pessoa anotava os nomes dos consulentes pela ordem de chegada, bem como qual divindade da casa a atenderia. Enquanto Pai Légua era o responsável por fazer a acolhida inicial, realizar limpezas espirituais e atender casos mais leves, Dona Teresa atendia casos mais graves, os quais chegavam por encaminhamento do outro Boiadeiro.

Em nossas primeiras idas ao local, de imediato percebemos uma sistematização e organização que não havia no terreiro de Mmaabo. Enquanto nessa última os próprios consulentes se organizavam por ordem de chegada, de modo que em determinadas ocasiões alguém burlava as regras e ocupava outra posição na fila, no caso do centro espírita conduzido por Azekel, percebemos uma lógica que muito lembrava a de um estabelecimento de saúde.

E isso decorre principalmente por causa da maneira como as consultas estavam organizadas: um momento inicial de organização dos fluxos das demandas; a espera pelos atendimentos e as consultas propriamente ditas. De certo modo, tais configurações não se distanciam em demasia dos modos como são ofertados cuidados em saúde em outros terreiros de religiões afro-brasileiras.

De modo geral, na maioria dos terreiros de religiões afro-brasileiras, os consulentes aguardam serem atendidos em áreas livres ou em barracões, de forma que ambos os espaços terminam funcionando como uma “sala de espera” em que os indivíduos podem “esfriar o corpo” para que, quando sejam chamados, estejam bem, descansados e sem as mazelas da rua. De certa forma, não há uma vestimenta obrigatória na qual os consulentes devem portar, mas, caso sejam convidados de antemão, estes sujeitos são avisados de que devem evitar se encaminharem com roupas em tonalidades escuras, uma vez que, nessas doutrinas sagradas, as cores possuem um significado, havendo uma forte associação com tonalidades claras e a ideia de paz e conforto (Gomberg, 2011).

Outro analisador que talvez justifique tamanha formalização nas práticas de cuidado em saúde ofertadas pelo terreiro conduzido por Azekel, em comparação com os demais estabelecimentos religiosos analisados, se deve ao fato de que enquanto no primeiro havia uma concentração maior de sujeitos pertencentes aos meios acadêmicos e também a classes sociais mais favorecidas, os quais, algumas vezes, tentavam imprimir uma sistematização que se assemelhava aos estabelecimentos de saúde, tais como utilização de uma caderneta para anotar o nome do consulente, sua queixa de chegada e a divindade que ofertaria atendimento ao mesmo.

Enquanto isso, nos outros dois terreiros analisados, a maioria dos adeptos e consulentes possuíam recursos financeiros mais reduzidos e trabalhavam em ocupações que exigiam, na maioria vezes, uma força bruta maior do que uma formação acadêmica universitária. Nesses estabelecimentos sagrados, o processo de chegada dos consulentes, anteriores às consultas propriamente ditas, em muito lembrava a de amigos que iam visitar uma companheira de longa data, de modo que eles chegavam sem ser recepcionados por um vigia ou por uma atendente e, muito menos, contar um espaço de espera reservado exclusivamente para essa função.

No terreiro de Mmaabo, os consulentes chegavam, adentravam o quintal da residência sem avisar os donos da residência e esperavam serem atendidos, enquanto isso, conversavam com os demais sobre assuntos concernentes ao cotidiano. Enquanto que, no estabelecimento religiosos conduzido por Azekel, nesse tempo de espera era recomendado que as pessoas fizessem um “exame de consciência”, já que o atendimento, segundo os próprios, começa antes mesmo da conversa com a divindade.

Além disso, outro analisador que também nos fez associar o funcionamento do terreiro de Azekel a um estabelecimento de saúde foi a utilização de um uniforme por parte dos adeptos da casa de Azekel: enquanto nos terreiros de Ashanti e Mmaabo os cuidadores atendiam os consulentes com roupas que remetiam às vestimentas de matriz africana, tais como vestidos brancos rodados ou vermelhos reluzentes, no terreiro de Azekel todos usavam uma blusa branca com o símbolo da casa, além de calça ou saia branca e pés descalços.

Logo após o recebimento inicial, as cerimônias tinham efetivamente início. Os cuidadores se reuniam em círculo e começavam a rezar a oração do “Pai Nosso”, sucedida por três “Ave Marias”. Em seguida, eles entoavam uma série de cânticos. Os consulentes não acompanham esse processo, apenas escutam vozes e de relance espiavam discretamente por frestas da janela que costumeiramente se encontravam fechadas. No que concerne às músicas, as primeiras falavam sobre a gira que iria se iniciar, sobre a fé nos terreiros, em seguida vinham as canções dedicadas às divindades, as quais ocupavam a maior parte do tempo. Lá pelo final vinham, respectivamente, as canções de Pai Léguas e Dona Teresa. Entre ambas, costumava haver um intervalo de tempo em que todos ficavam em silêncio. Todo esse processo de incorporação durava aproximadamente entre meia hora a quarenta minutos.

Em seguida, começavam as consultas propriamente ditas e individualmente cada pessoa entrava dentro da casa. Algumas pessoas demoravam mais do que outras e isso dependia de

qual divindade estivesse atendendo: como Pai Légua trabalhava com acolhimento, limpeza espiritual e casos mais leves, as suas consultas geralmente eram mais rápidas do que as de Dona Teresa, que por lidar com situações mais complexas chegava a demorar em torno de uma hora a uma hora e meia com algumas pessoas, em determinados casos.

Paralelo a esse processo, o condutor da casa aparecia para conversar com os consulentes que estavam esperando serem atendidos. Nesse momento, geralmente, ele discorria sobre as normativas do estabelecimento, bem como sobre princípios e doutrinas da Umbanda, seguidos de ensinamentos do espiritismo. Em determinadas ocasiões levava o “Evangelho Segundo o Espiritismo” e o abria aleatoriamente, contudo, às vezes não se utilizava de nenhum recurso para mediar os diálogos com os consulentes.

Quando finalmente a pessoa era atendida, os seus sapatos, celulares, relógios e qualquer outro tipo de contato com meio externo ficavam do lado de fora da casa. Dentro do recinto, todas as portas e janelas ficavam fechadas e a luz, desligada, de modo que a única iluminação do local era composta por velas. Enquanto Dona Teresa atendia na sala, Pai Légua assim o fazia em um dos quartos do centro espírita.

No que se refere a essas distinções nos modos como se desenrolavam as cerimônias religiosas de promoção do cuidado em saúde aos adeptos e consulentes, é possível resgatarmos o que Guattari e Rolnik (2011) designam como “cultura alma-coletiva”, compreendida como uma espécie de alma vaga, difícil de captar, mas que simboliza semanticamente determinada população. De modo geral, tem um caráter democrático, ou seja, todos grupos sociais que assim desejarem podem reivindicar uma cultura para si, e conseqüentemente, uma identidade.

Ao tomarmos emprestado essa definição de cultura, passamos a compreender o porquê dos três locais investigados terem maneiras distintas de organizar suas cerimônias religiosas.

De certo modo, as religiões de matrizes africanas são múltiplas e rizomáticas, de forma que dificilmente algum dos seus templos religiosos será completamente semelhante aos demais.

Portanto, cada estabelecimento religioso guardará consigo um conjunto de características, tais como: divindades cultuadas, vestimentas utilizadas, cantigas entoadas, dogmas da religião, arquitetura do terreiro, organização das cerimônias, hierarquia entre os praticantes, relação dos adeptos com os consulentes, modo de ofertar o cuidado em saúde e assim por diante.

Nesse sentido, em virtude de compreendermos que esses estabelecimentos sagrados se encontram inseridos em distintos contextos territoriais, econômicos, políticos e culturais, as almas coletivas que os caracterizarão, conseqüentemente, também serão, em maior ou menor medida, distintas entre si.

Quando adentrei no terreiro de Azekel, não havia chegado com nenhuma demanda espiritual, mas com o desejo de investigar as práticas de cuidado em saúde nas religiões afro-brasileiras. Em virtude disso, fui atendido por Pai Légua. Nesse ponto de nossa discussão é interessante ressaltar o fato de que para desenvolvermos esse estudo, uma regra não explicitada formalmente era a de que eu deveria participar das cerimônias como consulentes. E assim fiz.

Nesse sentido, ao lançarmos olhares para esse acontecimento não tem como não nos atentarmos para o conflito de encomendas entre os distintos atores institucionais com quem nos deparamos durante nossa jornada investigativa: em alguns casos, os estabelecimentos religiosos almejavam conquistar novos adeptos, em outras situações, legitimidade diante de minha posição de saber-poder; nós, enquanto pesquisadores, desejávamos investigar as práticas de cuidado em saúde nos terreiros e suas interfaces com as Estratégias de Saúde da Família.

Digo isso porque, num primeiro momento, fiquei desconfortável na posição de consulente, contudo, acredito que nesse caso isso aconteceu em virtude da clássica figura do



pesquisador que ainda me circundava: este supostamente deveria ser um sujeito neutro, livre de afectos e que a todo instante busca se distanciar dos sujeitos investigados.

Além disso, também havia o fato de que em nenhum momento tive apoio familiar para desenvolver esse estudo, pois, conforme mencionei em capítulos anteriores, os mesmos sempre foram muito reticentes com tudo que fosse relacionado à “macumba”. Confesso que na maioria das vezes, faltava-me coragem para dizer para onde iria, de forma que quase sempre eu só afirmava: “vou resolver umas coisas do mestrado”.

Somente quando passei a questionar o meu papel de pesquisador, de negro e de membro de uma família composta quase que totalmente por católicos ortodoxos e pastores extremistas é que passei a me aventurar nas práticas de cuidado em saúde dos terreiros sem o medo de ser descoberto, como se eu estivesse cometendo uma espécie de crime ou pecado. É interessante ressaltar que o próprio mergulhar nos terreiros me ajudou muito nesse processo.

O contato com a natureza, as conversas sobre assuntos cotidianos, a preocupação com os sujeitos que sofrem, as condições precárias de existência (em determinados casos), todos esses encontros produziram afectos que acredito serem constantemente experienciados pelos consulentes: a sensação de paz, conforto e tranquilidade seja nas conversas com os sujeitos consultados ou mesmo com as divindades.

De certo que em determinadas circunstâncias eu recordava que estava em um estabelecimento de caráter religioso e terminar por me sentir capturado pela “lógica religiolizante” que atravessa grande parte das religiões que nos circundam. Entretanto, acredito que esse é um processo comum em nossos contatos com as sacralidades: elas funcionam como um processo, funcionando ora como atentado, ora como solicitude e, enquanto consulente, era esperado que eu experienciasse as práticas de cuidado umbandistas nessas duas extremidades.

Durante essas consultas com as entidades, mais especificamente no terreiro de Azekel, utilizei a oportunidade para sanar algumas dúvidas que tinha sobre a Umbanda e o funcionamento da casa. No geral, Pai Légua me explicou que: enquanto ele conversava comigo, os médiuns realizavam uma limpeza espiritual com o intuito de que eu saísse dali espiritual e energeticamente melhor do que eu havia entrado; cada centro espírita tinha um modo próprio de trabalhar, de modo que geralmente variava as divindades cultuadas bem como o funcionamento das cerimônias e rituais; o médium que emprestava seu corpo não estava dormindo ao contrário do que poderia pensar; por fim, a divindade me explicou como ele e Dona Teresa<sup>55</sup> dividiam os casos a serem atendidos.

Dando prosseguimento em nossa discussão, os condutores dos três terreiros investigados (Ashanti, Mmaabo e Azekel) comentaram que o cuidado em saúde nos terreiros é caracterizado principalmente pelos seguintes aspectos, a saber: consultas com as divindades; utilização medicinal de ervas e plantas por meio de chás, banhos ou infusões; e adoção de terapias espirituais, como, por exemplo, passes, limpezas espirituais e desincorporação de espíritos considerados malignos.

Como exemplo, podemos enumerar situações e discursos que nos deparamos durante nossa trajetória de pesquisa, mais especificamente nos estabelecimentos religiosos das três lideranças religiosas supracitadas anteriormente. No primeiro caso, isso se mostrou visível a partir de uma narrativa proferida pela condutora da casa:

*Ashanti: “[...] O cuidado que eu tenho aqui com o povo é cura, porque eu sou mais curandeira. Chega reza de quebrante ou reza de espinhela caída ou reza de peito*

---

<sup>55</sup> Eles eram pai e filha.

aberto<sup>56</sup>, né? A pessoa se arrebenta, a gente pega o peito aberto: 'Ah! Eu tô sentindo uma dor no peito'. Aí eu vou... eu rezo. Então, isso é cuidar de alguém. Entendeu? É cuidar. 'Às vezes eu vou num médico, o médico passa um remédio. Poxa, eu não me senti bem. Aquele... o médico me deu um remédio, me passou um remédio, mas eu não me curei'. Então, eu vou na... no mato, invoco um Preto-Velho, né? Ai ele chega, ensina qual a erva que eu tenho que fazer o remédio, aí eu vou lá na mata e vejo. Às vezes eu tenho plantado no quintal, aí vou lá e faço a garrafada, entendeu? Faço o chá. Aí dá para pessoa e aquela pessoa se cura, porque aquela problema não era para o da medicina, e sim para a medicina espiritual. Então, não tem as diferenças, né? Por isso que nós chamamos 'cuidado nos terreiros': cuidado nos terreiros é cuidar de pessoas, zelar nosso santo, né? Zelar nosso santo, nosso guia de...de...de... proa, nosso pai, nossa mãe, nossos Orixás, também é cuidar, entendeu? Aí nós cuidamos, nós cuidamos de pessoas, não maltratamos pessoas, nós cuidamos das pessoas... com carinho, com amor, com afeto, aquela coisa boa, de mãe [...]"

**Ashanti:** [...] "Porque os antepassados não tinha medicina que tinha, que tem hoje, né? Eles curavam com folhas, eles iam na mata, procurava as folhas daquelas árvores que podia curar alguém, entendeu? [...]"

Nesse cenário religioso, o corpo é considerado como uma morada sagrada, já que as divindades cultuadas, tais como Caboclos, Pretos-Velhos, Boiadeiros ou Pombas-Gira,

---

<sup>56</sup> Segundo a tradição popular, a espinhela é um osso pequeno, flexível, "parecendo um nervo", que se encontra no meio do peito, entre o coração e o estômago, e que pode envergar para dentro. Desse modo, a espinhela caída, também conhecida como lumbago, seria a designação popular de uma doença caracterizada por forte dor na "boca do estômago", nas costas e pernas, além de um cansaço anormal que acomete o indivíduo, ao submeter-se a esforço físico.

necessitam dos médiuns para se manifestarem e trazerem suas mensagens aos seres humanos. Por conta disso, os corpos têm um destaque especial nas terapêuticas religiosas afro-brasileiras, seja através de banhos, chás, infusões, limpezas espirituais ou recebimento de passes (Silva, 2007).

De forma geral, portanto, podemos afirmar que nos estabelecimentos sagrados de matrizes africanas, na maioria das vezes, são ofertados vários procedimentos objetivando promover autonomia e reequilíbrio energético aos sujeitos e às coletividades, tais como: jogos de búzios; ebós<sup>57</sup>; bori<sup>58</sup>; iniciações; uso de folhas, ervas e raízes; benzeduras; beberagens; aconselhamento, dentre outros (Silva, 2007).

Nesse sentido, podemos perceber que as práticas de cuidado em saúde concernentes às religiões afro-brasileiras trabalham com racionalidades que destoam completamente das inteligibilidades hegemônicas instituídas na sociedade ocidental no campo da saúde, majoritariamente fragmentárias, descontextualizadas, tecnicistas, medicalizantes e psicologizantes. Ao contrário disso, as práticas de cuidado em saúde promovidas pelas religiões afro-brasileiras se caracterizam principalmente pelo misticismo, pela ancestralidade, pelo forte contato com a natureza e tudo que advém dela, pela valorização do corpo nas cerimônias e terapêuticas religiosas e assim por diante.

No centro religioso conduzido por Mmaabo também foi possível visualizarmos, principalmente através das nossas observações durante os atendimentos ofertados à comunidade, a promoção do cuidado em saúde por meio de banhos, chás, infusões, passes, limpezas espirituais, consultas com as divindades, atendimentos com cartomantes e orientações

---

<sup>57</sup> Oferenda a Exu realizada como agradecimento ou como convocação; despacho

<sup>58</sup> Ritual da religião tradicional *yorùbá* e conseqüentemente das doutrinas que lhe são descendentes, como o Candomblé, elaborado a quem se propõe a ingressar na religião dos Orixás. De modo geral, harmoniza e diminui a ansiedade, o medo, a dor e a tristeza trazendo a esperança, alegria e a harmonia.

com a condutora da casa. No que concerne ao uso de plantas medicinais, isso se mostrou visível de modo explícito em dois momentos.

No primeiro, Chimamanda<sup>59</sup> conversava com sua amiga Azinza<sup>60</sup> (ambas eram consulentes) sobre uma sinusite crônica aparentemente incurável, já que nenhum remédio que ingerira até então fora capaz de solucionar sua enfermidade. Azinza, então, aconselhou a amiga para que ela buscasse uma reza com a Preta-Velha da casa e pedisse para a divindade alguma sugestão de remédio da mata, em razão de, segundo a própria, a medicina caseira ser mais eficaz do que a de farmácia.

Por fim, Azinza ensinou a receita de um remédio que havia aprendido com uma amiga, mas nunca colocou em prática: todos os dias, pela manhã, Chimamanda deveria lavar o cabelo com eucalipto e, pela noite, tomar um chá originário da mesma erva. Ela deveria fazer isso diariamente por aproximadamente seis meses até que finalmente a sinusite (e não apenas a secreção) seria expelida.

Uma segunda situação em que presenciamos a utilização de plantas medicinais no referido espaço religioso aconteceu na ocasião em que um homem foi para a reza tomar um banho sob recomendação da Preta-Velha da casa, contudo isso acabou não se concretizando em razão dele estar usando roupas escuras, além disso, também havia faltado água na comunidade o que era uma empecilho para realização do ritual, pois este não poderia acontecer com a água parada.

No caso do terreiro conduzido por Azekel, também conseguimos perceber o uso de ervas e plantas medicinais por parte dos seus adeptos e consulentes, sendo tal constatação algo perceptível quando nos atentamos para o jardim da casa com diversas espécimes de hortaliças.

---

<sup>59</sup> Estamos homenageando a escritora nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie.

<sup>60</sup> Azinza = Sereia (Togo)

Além disso, nos próprios rituais isso também acontecia. Por exemplo, em determinado dia, quando já me preparava para ir embora, uma mulher procurou a recepcionista e afirmou que Dona Teresa havia lhe pedido para que ela pegasse uma muda de determinada planta medicinal. A médium, então, foi no jardim, arrancou um galhinho e entregou à consulente. Em seguida, explicou-a como deveria ser preparado o remédio caseiro: num primeiro momento, encheria uma jarra d'água, colocaria a planta dentro e, por fim, ingeriria o líquido durante todo o dia.

A partir desses discursos, podemos perceber a importância do poder curativo das plantas nas práticas populares em saúde. De modo geral, são consideradas como plantas medicinais todas aquelas secas e frescas, podendo ser utilizadas para a preparação de chás caseiros, banhos, lambedores ou garrafadas. Durante muito tempo, as plantas medicinais foram utilizadas como principal recurso terapêutico na oferta de cuidado em saúde direcionada aos sujeitos e às coletividades (Badke, Budó, Silva, & Ressel, 2011).

Entretanto, com os avanços no meio técnico-científico, sobretudo no âmbito das Ciências da Saúde, novas maneiras de tratar e curar as doenças foram surgindo, como o uso de medicamentos industrializados, introduzidos em nosso cotidiano social tanto por meio dos profissionais da saúde como também por campanhas publicitárias dos laboratórios que prometiam sanar as mais diversas enfermidades (Badke, Budó, Alvim, Zanetti, & Heisler, 2012).

Nesse cenário, quando a OMS e a UNICEF promoveram a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde na cidade de Alma-Ata, uma das questões propostas durante os encontros foi a recomendação para que fossem formuladas políticas e regulamentações nacionais referentes tanto à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada como também à necessidade de se incorporar os detentores dos conhecimentos tradicionais às atividades ofertadas pela Atenção Primária em Saúde (Brasil, 2016).

Por conta disso, ao final da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde instituiu o Programa de Medicina Tradicional com o objetivo de recomendar aos estados-membros “o desenvolvimento de políticas públicas para facilitar a integração da medicina tradicional” (Brasil, 2016, p. 16).

No contexto brasileiro, a partir dessas recomendações e de alguns marcos legais nacionais como a Constituição Federal de 1988 e as Leis Complementares nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, assim como em decorrência do potencial do nosso país para desenvolvimento do setor de plantas medicinais e fitoterápicos e da necessidade de inserção do desenvolvimento sustentável na formulação e implementação de políticas públicas, o Governo Federal instituiu no ano de 2007 o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, implementado com o objetivo de promover a preservação dos conhecimentos tradicionais e garantir o acesso da população ao uso sustentável da biodiversidade brasileira (Brasil, 2016).

Com base nesses aspectos, podemos, então, perceber o quanto as plantas medicinais adquirem importância no interior das práticas de cuidado em saúde promovidas pelas doutrinas religiosas de matrizes africanas. Além dessa, outra modalidade de cuidado em saúde promovido no interior desses estabelecimentos sagrados diz respeito ao trabalho que algumas consulentes desenvolvem como cartomantes, entretanto, em espaços que não remetem às religiões de matrizes africanas, mais especificamente a Umbanda. De modo geral, o trabalho delas consiste principalmente no uso do tarô, na leitura de cartas e no jogo de búzios.

Numa das tardes em que estivemos no centro religioso de Mmaabo, algumas consulentes/adeptas discorreram em maiores detalhes sobre o assunto. Uma delas (Zarina<sup>61</sup>) estava conversando com outras amigas sobre o seu dom de “ler cartas”, afirmando que até agora

---

<sup>61</sup> Zarina = Mulher de Ouro.

todas as pessoas que atendera haviam saído satisfeitas das suas respectivas consultas. Em seguida, uma das consulentes que ali estava (Baderinwa<sup>62</sup>) compartilhou conosco que havia sido atendida por uma cartomante recentemente e que até agora apenas uma previsão havia se concretizado, enquanto as outras, não, o que na sua visão era algo positivo, pois ela tinha medo de que os outros possíveis eventos se realizassem.

A cartomante, então, explicou para nós que ler as cartas era como assistir uma previsão do tempo: algumas coisas podiam acontecer, outras não, mas era esperado que tais eventos se concretizassem. Após isso, Baina<sup>63</sup>, uma mulher de meia idade, negra, praticante da Umbanda, aparentemente de origem humilde e moradora de um bairro próximo ao terreiro acabou se juntando a nossa conversa e resolveu compartilhar uma experiência sobre o assunto.

Segundo Baina, uma de suas sobrinhas, que morava na cidade de Teresina (PI), era vidente e também trabalhava como cartomante. De acordo com nossa figura-chave, as previsões dela sempre se concretizavam. Para confirmar sua afirmação, ela contou de uma consulta que teve com a sobrinha e de como os eventos haviam se sucedido após o referido dia.

Num primeiro momento, podemos perceber uma concretude dos princípios da Umbanda, de forma que os sujeitos atendidos nesses espaços sagrados, em algumas situações, terminam também ofertando práticas populares de cuidado em saúde, todavia, em estabelecimentos e com propostas que não sejam religiosas.

Além disso, também pudemos perceber que as previsões, na maioria das vezes, eram gerais e metafóricas, de modo que eram as próprias pessoas atendidas que davam significado ao que tinha sido profetizado. Por exemplo, Baina havia dito que uma das mensagens dizia que sua família se envolveria com a justiça e, alguns meses depois, uma das suas filhas foi chamada

---

<sup>62</sup> Baderinwa = Merecedora de respeito.

<sup>63</sup> Baina = Reluzente.



para depor em virtude de ter presenciado um crime. Também podemos mencionar um dos casos atendidos pela cartomante que ali estava. Ela nos contou que, certa vez, havia previsto que a pessoa atendida teria um grande conflito familiar, o qual se revelou como sendo um desentendimento entre mãe-filha.

Ao nos depararmos com o trabalho das cartomantes no que diz respeito à previsão do que possivelmente acontecerá no futuro, podemos perceber que as práticas adivinhatórias estão presentes nas sociedades africanas desde os tempos mais remotos (Bastide & Verger, 2002). Entretanto, ao contrário do que aconteceu na Grécia Antiga com o Oráculo de Delfos, não é possível identificarmos uma única mitologia que explique as origens de tais práticas, assim como também é extremamente raro que encontremos cerimônias religiosas em que esses rituais se processem de modos extremamente semelhantes.

Apesar disso, é possível fazermos uma sistematização. De acordo com Bastide e Verger (2002), nas sociedades africanas existem dois grandes processos de adivinhação: a de *Ifá* e a de *Exu* (ou *Elegba*). A primeira delas, bastante comum em terreiros de Candomblé, é privativa dos *babalaôs* ou adivinhos, sacerdotes estes responsáveis por aconselhar as demais lideranças religiosas na escolha da data das cerimônias e nas ofertas sacrificiais, além de desempenhar o papel de iniciador no culto pessoal de *Ifá*.

No cenário brasileiro contemporâneo poucos são os *babalaôs* e isso decorre em grande parte por causa da própria cosmologia africana, pois se em vida não conseguirem fazer ao menos um discípulo, depois da morte não poderão reencarnar e suas almas ficarão vagando eternamente pela terra, sem ir para o país dos mortos. Por conta disso, muitos dos adeptos das mais variadas religiões afro-brasileiras acabam se filiando a um modo de adivinhação mais suave, os búzios, peculiares a *Exu* e não a *Ifá* e bastante procurados em decorrência de moléstias, casos de amor, disputas domésticas, entre outras coisas (Bastide & Verger, 2002).

Desse modo, podemos afirmar que quando alguém recorre aos serviços de cartomantes, as quais podem estar ou não associadas às religiões afro-brasileiras<sup>64</sup>, seja para jogar tarôs, búzios ou baralhos, geralmente esses sujeitos estão vivenciando situações consideradas como problemáticas em suas existências, como amores, mortes ou doenças, e, por conta disso, não conseguem encontrar soluções concretas e efetivas para superar tamanhas adversidades. De modo geral, esses procedimentos terapêuticos objetivam a transformação pessoal de quem solicita um presságio do futuro (Saavedra & Berenzon, 2013).

Além dos modos de cuidado em umbandistas anteriormente supracitados, outras duas modalidades de extrema importância no contexto dessas doutrinas e crenças sagradas diz respeito aos trabalhos realizando partos e as consultas com as divindades. No primeiro caso, deparamo-nos com essa possibilidade de cuidado em saúde quando entrevistamos Ashanti.

Durante nossas conversas, soubemos que a referida mãe de santo já havia participado de um evento da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) na cidade de Brasília e por lá teve a oportunidade de compartilhar o trabalho que ela desenvolvia na cidade de Parnaíba (PI), tendo inclusive ganhado um prêmio do referido órgão por conta do seu desempenho como parteira. Segundo Ashanti, ao final do evento, vários médicos ficaram impressionados com o conhecimento que a mesma possuía sobre questões relacionadas a gravidez, parto e puerpério. Na situação referente a nossa entrevista semiestruturada, ela pôde discorrer em maiores detalhes sobre o assunto:

*Ashanti: “[...] Eu não fiz curso pra ser parteira, mas meu mundo espiritual me ensina como pega uma criança, como corta o umbigo, como cuidar de uma mulher, entendeu?*

---

<sup>64</sup> É preciso ressaltarmos que quando a arte ser cartomante está sob o escopo de alguma mãe de santo ou pai de santo, estes exercem as atividades de leitura de cartas e jogos de búzios como práticas paralelas às desenvolvidas pela casa espiritual.

*Porque eu também sou mulher. Cuidar de um... de um... por exemplo, você chega pra mim assim: “Poxa, eu estou... eu estou precisando de uma cura, que eu não consigo... é...é... urinar ou no meu pinto tá acontecendo isso”. O que é que eu vou fazer? Eu vou cuidar de você. Eu não vou olhar pra você [como] adulto, eu vou olhar pra você como criança, que é essa que é mãe. Vou cuidar de você, zelar por você. Esse é cuidar [...]”.*

Portanto, ao que tudo indica as parteiras são mulheres que considerando a omissão do poder público, principalmente em determinadas localidades das regiões Norte e Nordeste, diante da ineficiência dos estabelecimentos de saúde na prestação de serviços públicos de qualidade, ajudam outras mulheres durante o momento da gravidez, seja “endireitando a barriga”, “colocando a criança no lugar” ou mesmo assistindo às gestantes na hora do parto (Pereira, 2016).

De forma geral, elas são respeitadas nas comunidades em que residem por causa do trabalho que desempenham, estando presentes com uma força maior em regiões da zona rural ou em bairros periféricos da cidade, majoritariamente caracterizadas pelo descaso do poder público que se instala nesses territórios, principalmente através do acesso reduzido que suas respectivas populações historicamente tiveram com relação a saúde, assistência, educação, segurança, transporte público, moradia e lazer (Pereira, 2016).

Enquanto as parteiras da zona rural muito frequentemente se organizam ao redor de pequenas comunidades, formando uma rede de ajuda mútua, onde cada indivíduo ajuda aos seus semelhantes nos momentos de desamparo, de forma que a moeda de troca é a obrigação e não o dinheiro, na zona urbana, por outro lado, há em torno dessas figuras uma organização maior do que provavelmente existe no âmbito das ruralidades. Por exemplo, no estado do Maranhão existe uma organização não governamental denominada como Associação das

Parteiras Tradicionais do Maranhão (APTMA) e que desde 1981 desenvolve alguns trabalhos sociais, como parceiras com alguns estabelecimentos para a realização de cursos de capacitação e a institucionalização de contrato com Secretaria de Saúde de São Luís. Na maioria das vezes, algumas das suas associadas cobram pelos atendimentos prestados (Pereira, 2016).

Ao explanarmos tais assuntos, não nos interessa construirmos um discurso que deslegitime as contribuições da medicina hegemônica que se encontra instituída no cuidado em saúde da mulher durante o período de gravidez, já que tais procedimentos terapêuticos possibilitaram que várias vidas fossem salvas, tanto no que se refere à criança como a mãe.

Quando apontamos para a existência de tais práticas populares em saúde nossa ambição é defender a ideia de que os profissionais de saúde não são os únicos atores a promover o cuidado em saúde e é de suma importância que nós enquanto, profissionais da saúde, sensibilizemos nossas olhares e busquemos tecer articulações com esses outros espaços que possivelmente também promovem o cuidado em saúde.

Por outro lado, no que se refere aos atendimentos com as divindades, talvez o que mais nos causou surpresa durante os atendimentos foram as mudanças nas feições, na postura, na tonalidade da voz e nos modos de andar e de sentar dos médiuns quando esses estavam incorporados por alguma divindade.

Como ilustração, podemos citar o caso de Mmaabo. Enquanto que no seu dia-a-dia, a postura da referida mãe de santo era ereta e vigorosa, a voz, fina e as roupas, de caráter simplório, quando ela estava incorporada pelo espírito da Preta-Velha da casa, passava a usar roupas brancas e sedosas, a sua voz ficava grossa e embargada e o seu andar se tornava lento e vagaroso, sendo muitas das vezes auxiliada por uma bengala e mais uma ou duas pessoas.

Além disso, também foi possível percebermos transformações no modo como os médiuns, quando incorporados, se comportavam a depender da gravidade da situação com que

estavam lidando. Por exemplo, de acordo com uma praticante do terceiro centro espírita conduzido por Azekel, a partir do tom de voz das divindades era possível perceber se o caso em questão era grave ou mais brando: algumas vezes as conversas eram altas e descontraídas, em outras situações, as vozes ficavam mais baixas e sussurrantes.

Durante nossa jornada, nos deparamos com práticas de cuidado em saúde ofertadas pelos espíritos dos Pretos-Velhos (Vovó Catarina de Angola e São Cipriano), das Pombas-Gira (Maria Padilha) e dos Boiadeiros (Pai Légua e Dona Teresa). No caso do terreiro de Mmaabo, tal situação se mostrou visível tanto durante nosso processo de imersão no cotidiano do referido centro religioso, bem como durante nossa entrevista semiestruturada com a condutora da casa.

Conforme mencionamos em momento anterior, comumente essa figura chave incorporava a Preta-Velha Vovó Catarina de Angola, entretanto, em determinadas ocasiões, a depender da demanda do consulente, outras divindades poderiam aparecer como São Cipriano ou Maria Padilha:

**Facilitador:** *“Você atende naquele quartinho?”*

**Mmaabo:** *“É”.*

**Facilitador:** *“Com a Preta-Velha?”.*

**Mmaabo:** *“Com a Preta-Velha. Ai lá é pra quando a pessoa tem constrangimento de fazer algum comentário na frente de tanta gente. Aí lá dentro é particular [ela estava se referindo a um quarto que ficava logo após o salão na qual nos encontrávamos] [...]”.*

**Facilitador:** *“Tem muitos umbandistas por aqui?”.*

**Mmaabo:** “*Tem. Tá tudo por aqui [nas redondezas]. Tem uns que trabalha, mas eles se envolve muito com esse negócio de bebida, né? Outros se envolve muito com pomba-gira. Eu trabalho com a pomba-gira, mas não é sempre, só os que for preciso. Mas, ascendo as velas, boto as coisas dela lá, aí eu não fico recebendo, né? Tem uma moça aqui que recebe, mas ela vem, gosta disso [de bebida], de amizade, ajuda as pessoas. O pessoal gosta muito dessas coisas, né? Aí eu trabalho com ela dessa forma. Agora mesmo eu recebi uma bebida dela daquela moça ali [ela se refere a moça que nos interrompeu no início da conversa], ela pediu coisa pra ela. Eu tenho o salão dela ali, né, que é separado pra não fazer aqui dentro do salão... os guias de luz. Aí, o pessoal... um pessoal que eu tava trabalhando, é até um pessoal de Picos que frequenta aqui. Eu trabalho com os pessoal daqui, trabalho de Brasília só por o retrato, só por o nome, quem vem. Eu não sei quem informa eles, né? Quando eu dou fé, eles liga. Eu não sei quem dá o número do meu telefone pra eles lá. E aí eu trabalho, né? Faço a festa dela em ano em ano, da pomba gira, né? Só em ano em ano. Só que o salão dela é diferente desse daqui, eu vou lhe amostrar. Você vai ter liberdade pra ver. Aí, é diferente do daqui. Aqui é dos guias de luz, é dos Preto-Velho, é dos Caboclos, é Índia, é tudo pertence às correntes e lá só é dela mesmo. Aí a festa dela é em novembro, dia 27 de novembro. Agora vou festejar ela só em novembro [...]*”

Já no que se refere ao terceiro terreiro conduzido por Azekel, pudemos perceber que as únicas divindades cultuadas eram os Boiadeiros Pai Légua e Dona Teresa: ao contrário da Preta-Velha, a postura deles era ereta e vigora, de modo que conseguiam caminhar e ficar em pé por muitas horas sem o auxílio das pessoas, além disso, usavam chapéus de vaqueiros e falavam de modo

audível e não como se a língua atrapalhasse suas dicções, como acontecia com Vovó Catarina de Angola.

De modo geral, quando nos consultamos com Pai Léguas, foi possível percebermos que talvez a principal diferença entre as divindades das duas casas seja a seguinte: enquanto no terreiro de Mmaabo, a Preta-Velha nos fazia lembrar a figura de uma mulher idosa, bastante sábia e que guardava muitos conhecimentos consigo principalmente porque já viveu muita coisa, ao contrário do Boiadeiro, que de imediato nos evocou à típica figura do vaqueiro, ou seja, a de um trabalhador do campo, acostumado a trabalhar de “sol a sol” em roças particulares ou em grandes agriculturas e que são extremamente solícitos com as visitas que recebe, acolhendo a todos como se fossem amigos de longa data.

Durante nossa imersão no referido centro religioso, acabamos ficando um pouco próximos de um casal que costumava se consultar com Dona Teresa. Segundo os próprios, eles haviam se consultado com a divindade num terreiro localizado em Salvador, na Bahia. Contudo, quando eles precisaram se mudar para o Piauí, a boiadeira os aconselhou que eles a procurassem no distinto terreiro em que estávamos. E eles assim fizeram.

Contudo, mesmo diante de tamanha situação, acreditamos ser arriscado afirmar que nas doutrinas e simbologias afro-brasileiras uma divindade é a mesma independentemente do local de culto sagrado, prova disso é figura de Ogum no interior do sincretismo umbandista: nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, o Orixá é representado pela imagem de São Jorge, enquanto que na Bahia, Santo Antônio o simboliza. Em outras palavras, as religiões de matrizes africanas possuem um imenso tesouro histórico-cultural, possuindo como característica principal a diversidade.

Nesse sentido, o sincretismo é concebido como um processo social, cultural, econômico, político e religioso considerado com uma “[...] polifonia, no sentido de uma mistura de vozes,

estilos, escritas, imagens, subjetividades, identidades presentes na metrópole [...]” (Canevacci, 2013, p. 8). De modo geral, podemos associar a origem dessa expressão ao período histórico da Antiguidade Clássica, mais especificamente à civilização cretense, quando a sociedade em questão era caracterizada pelo fato de seus povos estarem constantemente dispostos a brigarem entre si, contudo, nos momentos em que se apresentavam algum inimigo externo, eles procuravam se aliar apesar das suas diferenças (Sin-cretismo = união ou confederação de cretenses). Aos poucos, esse desejo por buscar alianças entre grupos conflitantes se deslocou da esfera da política em outras direções, como entre as religiões, por exemplo (Canevacci, 2013).

Entretanto, essas combinações recíprocas entre diferentes doutrinas e simbologias, com as respectivas movimentações instituintes que os dogmas de cada uma das doutrinas e simbologias pode vir a sofrer, acabou ocasionando, em muitos momentos, a impressão de que se cometia uma espécie de heresia ou tolerância instrumental (Canevacci, 2013).

Nesse sentido, se compararmos dois terreiros de cidades diferentes poderemos identificar distinções nas doutrinas, nos rituais, nos sincretismos dos Orixás com os santos católicos, nas práticas de cuidado em saúde e assim por diante. Desse modo, algumas vezes, mesmo que determinada divindade tenha o mesmo nome em mais de um terreiro, na prática, quando mergulhamos com maior profundidade em ambas realidades poderemos perceber que, na realidade, talvez elas sejam cultuadas e compreendidas de modos diferentes.

A partir do exposto até aqui, podemos perceber, então, que os rituais religiosos afro-brasileiros se caracterizam pelas suas performances ricas em gestos, expressões não verbais, danças, músicas e, em grande parte, pela possessão espiritual, caracterizada em virtude do fato de que a personalidade do religioso se transforma com a incorporação, já que cada divindade tem um modo próprio de se comportar (Mantovani, 2013).



Assim enquanto os Pretos-Velhos são tidos como espíritos calmos, meigos, humildes e paternais/maternais, que acolhem pacífica e amorosamente os seus filhos nos momentos de dor e desamparo tantas vezes forem necessários (Dias & Bairrão, 2011), as Pombas-Gira, por outro lado, geralmente incorporam em mulheres, apresentando como características principais além de uma exacerbada sensualidade, erotização e luxúria, também o fato de que são ótimas conselheiras, sempre ajudando as pessoas quando solicitadas (Barros, 2013).

Diante disso, conseguimos perceber, portanto, que as divindades adquirem uma importância gigantesca nas terapêuticas umbandistas, de forma a se manifestar em nosso mundo, ofertando práticas de cuidado em saúde, acolhendo os indivíduos que se encontram em aflição e interagindo com os seus filhos (adeptos e consulentes).

Entretanto, de acordo com a mãe de santo Mmaabo, nem todas as divindades seriam dignas de confiança: algumas, como a Maria Padilha, poderiam ser consideradas como ardilosas e traiçoeiras em virtude de desfazerem o desejo solicitado pelos consulentes, caso estes não cumpram suas partes nos acordos, deixando de oferecer à respectiva divindade o presente que lhes foi solicitado:

***Líder Religiosa 2:** “[...] Aí vem gente procurar ela [ela está se referindo à Pomba-Gira]. Aí eu vou lá na casa dela, aí chamo ela... porque tem muita pessoa que gosta dela mesmo, né? Tem muita fé nela e tudo e ela trabalha bem. Ela trabalha assim: ela faz e desfaz, né? Se a pessoa prometer uma coisa pra ela e não dá, ela toma de novo, né? Ela é vingativa. Ela leva e traz. Aqui tem uma moça aqui... essa menina vivia num cabaré, aí ela veio aqui, disse que queria sair do cabaré, que ela vivia abusada e tinha um rapaz da banda de Tutóia (MA) que queria assumir ela e tudo. Aí ela [Pomba-Gira] disse assim: ‘Eu faço ele te levar pra casa, o que é que tu vai me dá?’.* Aí ela disse

*assim: ‘Eu lhe dou um cordão de ouro’. Aí ela: ‘Olha, que num me dá’. Ela disse: ‘dou’. Quando foi com quinze dias o rapaz veio buscar ela, levou ela pra lá. Aí, passou... passou... passou... quando foi um dia, chegou uma pessoa daqui de Luiz Correia (PI) que queria falar com ela e eu tava trabalhando com ela, por coincidência ela chegou, trazendo o cordão. Trazendo o cordão dentro de uma vasilha deste tamanho [faz um gesto com as mãos], com um laço em cima, né? Aí ela falou com todo mundo, aí ela falou com ela, quando ela olhou, não era cordão de ouro. Ela tinha tirado do pescoço, ela lavou bem lavadinho, aí ela botou dentro da caixinha, aí trouxe pra ela. Ah! Essa menina disse que já viu ela zangada: ‘O que eu te dei eu vou destruir dentro de sete dia e vou tirar’. E destruiu. Com sete dias ela chegou com as malas aí na casa da mãe dela, o homem abusou ela com uma coisa danada... abusou ela... ‘Pra você nunca mais me enganar’. Ela pensava que ia dar, ela ia aceitar, né? Porque pensava que era ouro, né? Acabar não era ouro, era Michelin. Aí ela desmanchou. Aí ela disse que culpada era eu. E eu digo: ‘Eu? Eu não sou culpada não, porque você prometeu uma coisa e trouxe outra, né?’ Porque ela diz logo: ‘Eu faço. O que tu me dá de troca?’, o que ela diz é isso né. A pessoa se tiver condição diz que traz uma coisa boa, se não tiver, diz: ‘Maninha...’, porque aqui o pessoal chama ela é maninha, ‘Maninha, ó, eu lhe dou isso’. Aí ela vai perceber que aquilo ela tem, né? Mas ela vai prometer logo um cordão de ouro, um cordão de ouro é caro. Não pode. Não pode comprar [...]”*

Ao nos depararmos com essa afirmação, é possível compreendermos que popularmente existe um consenso instituído entre nós de que divindades religiosas afro-brasileiras pertencentes ao chamado “lado esquerdo” do panteão, como, por exemplo, as Pombas-Gira e os Exus, seriam consideradas como manifestações explícitas do demônio e como tais

assumiriam características que supostamente seriam próprias a essas forças malignas, tais como a sensualidade, a impiedade, o caráter traiçoeiro e assim por diante.

De modo geral, essas compreensões populares são construídas no interior de determinadas relações sociais, históricas, econômicas, políticas e culturais. Em nosso caso de análise, considerar Maria Padilha como uma figura sensual, ardilosa e trapaceira, em maior ou menor medida, faz referência às clássicas imagens que o catolicismo construiu em torno de personagens que escapavam às normas vigentes, como, por exemplo, era o caso dos não-cristãos, dos homossexuais, das prostitutas ou mesmo das mulheres viúvas ou separadas: praticavam feitiçaria e outros tipos de “artes das trevas”; tinham o demônio em seus corpos; transavam desenfreadamente; ludibriavam sujeitos considerados bons e inocentes. Por conta disso, todos eles teriam uma passagem de embarque rumo ao inferno.

Não nos espanta, portanto, que muitas das características que hoje associamos às Pombas-Gira e aos exus também são associadas ao demônio cristão, o que possivelmente explicaria determinados médiuns trabalharem cautelosamente com essas divindades, como é o caso de Mmaabo, ou mesmo nem os aceitarem em suas cerimônias e rituais, como no terreiro conduzido por Azekel. Além disso, esse entendimento, inclusive, nos explicaria o porquê dessas práticas de cuidado em saúde serem popularmente conhecidas como “magia negra” ou “lado esquerdo da Umbanda”.

Na simbologia cristã, o branco e o preto têm uma importância significativa, de modo que muito comumente a luz e a clareza são associadas com a presença de Deus e com a salvação, enquanto isso, a penumbra seria a ausência do divino, o infernal, por conseguinte, aquilo que deveríamos ter medo. O mesmo poderíamos dizer sobre o direito e o esquerdo: enquanto o primeiro é aquele que segue em linha reta, obedecendo aos ensinamentos do Senhor, o segundo

pode ser considerado com as pessoas que fogem das normas estabelecidas. Não é à toa que os canhotos foram considerados por muito tempo como uma aberração infernal.

No interior das religiões afro-brasileiras, por mais que os seus adeptos e consulentes não temam a presença de tais figuras, em determinados terreiros de matrizes africanas são estabelecidos espaços distintos para se cultuar a “magia branca e a negra”, conforme pudemos observar em no centro espírita liderado por Mmaabo<sup>65</sup>.

Nesse ponto das discussões, aos olhos mais desavisados talvez surja a seguinte indagação: “[...] Existem diferenças na promoção do cuidado em saúde quando se trabalham com divindades diferentes em cada terreiro? [...]”. Não precisamos pensar muito para respondermos “sim”: a depender da divindade evocada, os motivos que justificam a presença dos consulentes nos terreiros podem variar consideravelmente.

Por exemplo, há uma encomenda dos consulentes para as Pombas-Gira para que elas solucionem problemas amorosos, tais como namoros, casamentos ou traições, enquanto que os Caboclos e Pretos-Velhos são procurados por causa de encomendas relacionadas a problemas de saúde, situações nas quais precisamos dos conhecimentos dos espíritos dos indígenas e dos sujeitos escravizados. Entretanto, isso não significa que cada uma dessas divindades não possa ser procurada em decorrência de outras justificativas.

De acordo com Azekel, no caso do terreiro em que ele conduzia, as motivações que faziam com que os consulentes buscassem por ajuda podiam ser divididas em dois tipos: o primeiro composto por sujeitos considerados “desenganados”, ou seja, já haviam procurado por toda espécie de serviço médico, psicológico ou psiquiátrico, de modo que nada havia surtido efeito; e um segundo grupo composto pelas pessoas supostamente “sem rumo na vida”,

---

<sup>65</sup> É de suma importância ressaltarmos que ao realizarmos tais afirmações não estamos criticando os modos como determinados rituais se desenham no cenário das religiões afro-brasileiras supostamente deixando implícito um modelo ideal de cerimônia a ser seguido. Ao contrário disso, nossa ambição é muito sensibilizarmos nossos olhares para as singularidades dos processos que estamos nos propondo a estudar.

caracterizadas por procurarem os estabelecimentos religiosos de matrizes africanas em decorrência de angústias ocasionadas por questões envolvendo situações como relacionamentos, depressão, tentativas de suicídios, dentre outras questões.

Assim como no centro espírita conduzido por Azekel, quando estivemos na casa de Mmaabo também conseguimos identificar que, em determinados casos, as práticas de cuidado em saúde promovidas pelas religiões afro-brasileiras eram representadas como um último sinal de esperança a ser testado após todas as terapêuticas instituídas e hegemônicas terem se revelado falhas.

Para exemplificar essa assertiva, podemos mencionar dois exemplos que presenciamos durante nosso mergulho no território: o primeiro caso era de um garoto de dez anos idade que possuía alguma enfermidade até então desconhecida pelos médicos que frequentou e imperceptível nos exames laboratoriais; o segundo evento era o de uma mulher que misteriosamente havia acordado sem poder andar e que assim como a criança também passou por vários médicos, porém, nenhum conseguiu elucidar o que havia acontecido.

Cada um à sua maneira terminou se deparando com o terreiro de Mmaabo e por lá, coincidentemente ou não, descobriram que suas condições de existência na realidade poderiam ser explicadas por causa de questões de ordem espiritual, tais como mediunidade não desenvolvida e, no segundo caso, um trabalho espiritual de “magia negra” realizado com intuito de prejudicá-la. Outro caso semelhante aos dois primeiros exemplos, nos foi narrado por Mmaabo:

*Mmaabo: “[...] Mas esses vizinhos que têm aqui... esse que tem bem aqui na esquina, tem um de frente, que tem até um netinho que é cego, né? Aí um dia eu ouvi um rapaz lá aos gritos, chorando... chorando... chorando, levaram pro Dirceu [hospital] e o*

*menino não parou de chorar... não parou de chorar. Aí era cego... era cego. Aí quando ele veio de lá, ele parou a moto bem na minha porta. Aí ele disse: ‘Oh, reze no meu neto porque eu levei ele no médico e até agora [nada]’. Aí eu fiquei olhando assim pra ele: ‘Você acredita em reza?’. E ele: ‘acredito’. Aí eu rezei três vezes e o menino ficou bonzinho. Quando ele passa ele fala comigo, tem um que mora bem prali, quando dou fé, ele chega aqui na minha porta, senta, conversa comigo. Mas quando eles souberam que meu trabalho é espiritual, é isso, é aquilo, aí eles passa, fala comigo, me dão boa noite [...]”.*

Contudo, assim como em no centro espírita liderado por Azekel, na casa de Mmaabo não apenas a ineficiência dos serviços médicos hegemônicos eram os elementos causadores dos atendimentos dos consulentes: ao longo da nosso contato com as religiões afro-brasileiras, defrontamo-nos com consulentes que encomendavam as práticas de cuidado em saúde ofertados por esses estabelecimentos sagrados por conta das mais variadas questões da existência, tais como traições, desempregos, amores mal resolvidos ou busca pelo desenvolvimento da mediunidade. Em determinado momento de suas respectivas entrevistas, Mmaabo e Shomari<sup>66</sup> (Presidente da RENAFRO-SAÚDE/Piauí) discorreram em maiores detalhes sobre o assunto:

**Mmaabo:** “[...] Os casos que vêm mais para cá é de gente que termina [o relacionamento], sabe? É gente que perde o emprego. É gente com sombra, com zombeteiro, com alguma coisa assim, aí eu venho pra cá e procuram por mim”.

---

<sup>66</sup> Shomari = Forte (Swahili, Congo).

*Shomari: “[...] Porque os terreiros são expressões de saúde, né? Porque quando a pessoa vem e procura o terreiro, ela tá procurando... ela tá procurando por alguma coisa. Por algum... por algum problema, que normalmente são problemas de saúde e quando eu digo problemas de saúde, saúde mental, às vezes, saúde emocional, né? Tem a questão da saúde do corpo mesmo. Então, normalmente as pessoas procuram no terreiro essa ponte, ele também segue essa expressão de saúde [...]”.*

A partir desses discursos é possível atestarmos que as principais razões que, na maioria das vezes, justificam os indivíduos buscarem por alguma espécie de terapêutica espiritual, como as doutrinas religiosas afro-brasileiras<sup>67</sup>, geralmente estão relacionadas a sensações de tristeza, estresse ou ansiedade, problemas financeiros, conflitos familiares, insegurança ou nervosismo (Saavedra & Berezon, 2013).

Segundo um levantamento realizado na Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, e em São Luís, no Maranhão, os problemas de saúde que mais ocasionam encomendas entre os consulentes dos estabelecimentos religiosos de matrizes africanas dizem respeito a dores de cabeça, desmaios, depressão, problemas de visão e na pele, taquicardia, hipertensão, amnésia, febre reumática, convulsões, alcoolismo, insônia e doenças dos nervos e na barriga (Silva, 2007).

Desse modo, podemos perceber que os terreiros das religiões afro-brasileiras são estabelecimentos em que historicamente os sujeitos buscam por alguma espécie de ajuda, esteja ela relacionada a problemas físicos, emocionais, familiares, amorosos ou espirituais. Algumas vezes, os consulentes desses estabelecimentos sagrados encomendam os serviços ofertados por

---

<sup>67</sup> Por mais que as práticas de cuidado promovidas pelas religiões afro-brasileiras não estejam inclusas dentro do escopo do que se considera como sendo a Medicina Complementar e Alternativa, partimos do pressuposto que ambas guardam muitas semelhanças entre si, dentre elas, o contraponto ao saber biomédico em saúde e, por conta disso, a adoção de outras práticas de promoção da saúde.

tais espaços como uma última opção de cuidado em saúde, momento no qual todas as outras ofertas disponíveis se revelaram como falhas, em outras circunstâncias, encomendam essas práticas de cuidado em saúde como uma possibilidade para resolver problemáticas que afligem nossas existências, tais como desentendimentos, desempregos, problemas relacionados ao dinheiro, desconfianças ou traições.

Assim, talvez seja interessante recorrermos aos conceitos de sagrado e profano. De modo geral, os juristas romanos associavam as coisas pertencentes aos deuses como circunscritas ao âmbito das sacralidades. Nesse cenário, os sujeitos considerados “mundanos” não teriam direito ao livre acesso com tudo o que fosse considerado como sendo propriedade das divindades (Agamben, 2007).

Quem violasse ou transgredisse esses limites sociais e se apropriasse de tais espaços, objetos e inteligibilidades estaria cometendo um sacrilégio. Por outro lado, quando as questões saíam da esfera do direito humano e adentravam a morada dos deuses, os romanos denominavam o processo como consagração, em contraste, profanar significava o ato de restituir aspectos considerados sagrados ao livre uso de todos (Agamben, 2007).

Com base nisso, podemos, então, concluir que enquanto o Cristianismo se constituiu na Idade Média, momento no qual a religião ocupava um centro irradiador da organização social, de modo que questões da ordem do mundano, tais como dívidas não pagas, amores não resolvidos, desesperança diante da violência urbana ou mesmo adoecimentos de ordem física ou mental, tais como tristeza ou dores no corpo, passavam novamente a serem assuntos de interesses divinos.

No caso dos povos de terreiros, em decorrência destes sujeitos estarem filiados à práticas religiosas milenares, tais agruras cotidianas há muito tempo são de preocupações dos Orixás e



demais divindades. A partir disso, podemos perceber que tais distinções sobre o que sejam sagrado e profano apresentam limites tênues quando nos referimos a tais simbologias sagradas. Ainda no que concerne a essa temática, além dos discurso das lideranças religiosas sobre o assunto, também conversamos informalmente com alguns consulentes sobre suas respectivas motivações que justificassem a busca por atendimentos espirituais em um terreiro de religião afro-brasileira. No caso da casa espiritual conduzida por Mmaabo, isso aconteceu enquanto esperávamos que os atendimentos do dia tivessem início. Como de costume, em virtude do horário adiantado que costumávamos chegar ainda haviam poucas pessoas em razão de muitas delas só chegarem ao final da tarde, quando Vovó Catarina de Angola começava a rezar em todos.

Na ocasião, quatro mulheres esperavam atendimentos (Goitsemédime<sup>68</sup>, Hadiya<sup>69</sup>, Hanna<sup>70</sup> e Gimbya<sup>71</sup>). Ao contrário dos outros dias, quando geralmente haviam muitos indivíduos conversando sobre vários assuntos ao mesmo tempo, naquela ocasião todas estavam caladas, talvez em razão do fato da condutora da casa não está em sua habitual cadeira conversando sobre a Umbanda e as adversidades das nossas existências. Aproveitando o relativo silêncio que lá se encontrava, resolvi lançar um questionamento a quem estava por lá: “Como vocês começaram a frequentar o terreiro de Mmaabo?”.

Goitsemédime, então, nos contou que conheceu o referido centro espírita enquanto acompanhava os atendimentos de uma amiga que estava com uma ferida incurável no pé. A mulher, achando que o caso dizia respeito à “magia negra”, procurou por um centro umbandista

---

<sup>68</sup> Goitsemédime = Deus sabe (Tswana, Botsuana).

<sup>69</sup> Hadiya = Dádiva (Suafli, Quênia).

<sup>70</sup> Hanna = Felicidade (Hausa, Nigéria).

<sup>71</sup> Gimbya = Princesa (Hausa, Nigéria).

e terminou se encontrando com Mmaabo. Todavia, ao ser consultada descobriu que os machucados em seu pé eram decorrentes de uma diabetes mellitus em grau severo e não por causa de alguma enfermidade de ordem espiritual. Desse modo, a distinta consulente foi aconselhada a procurar um médico e não precisou voltar ao terreiro, ao contrário de Goitsemédime, que acabou gostando das pessoas e já estava frequentando o local há um ano e meio, quando desenvolvemos a pesquisa.

No caso Hadiya, ela nos confidenciou começou a frequentar o espaço juntamente com sua mãe há um ano por causa de uma amiga que havia comentado das atividades desenvolvidas por Mmaabo. As outras duas alegaram problemas pessoais e afirmaram estar nessa jornada também há aproximadamente um ano.

Além disso, também conseguimos perceber que todas frequentavam o terreiro por causa de algum desejo que ambicionavam realizar, de forma que o contato com o espírito da Preta-Velha da casa havia sido uma ótima oportunidade para conseguir tais objetivos. Após minhas indagações, elas começaram a discutir de modo cifrado sobre quais seriam esses pedidos e a quantas elas estavam de realizá-lo.

Segundo Goitsemédime, a condutora da casa havia lhe confessado que uma das coisas que ela ambicionava estava prestes a se realizar, enquanto as demais não se concretizariam de imediato. Do mesmo modo que a primeira, as outras mulheres que ali estavam também não tiveram seus desejos atendidos até o momento da pesquisa, contudo todas tinham esperança de que isso estava prestes a se concretizar. Contudo, todas as quatro chegaram ao consenso de que mesmo após terem seus desejos realizados, elas continuariam a frequentar o estabelecimento em questão, pois já haviam se acostumado com o local e se sentiam confortáveis e em paz quando estavam por ali.

Conforme já esperava, o questionamento então se dirigiu a mim: “Há quanto tempo você frequenta aqui? Algum dos seus desejos já foi atendido?”. Não deixa de ser interessante tal curiosidade delas em virtude do fato de que em diversas situações anteriores eu havia me apresentado como pesquisador e deixado extremamente explícito quais nossos objetivos naquele recinto, contudo, à medida que eu mergulhava com mais densidade na situação de estudo, mais eu ia sendo reconhecido um como igual e a informação de que eu estava por lá para realizar um estudo ia sendo aos poucos esquecida.

De certo modo, tal situação talvez seja algo comum no cotidiano de trabalho do analista institucional. Por não acreditar numa suposta neutralidade científica, tal sujeito reconhece que a todo instante afeta e é afetado pelo seu campo de investigação. Nesse sentido, a análise de implicação ganha uma importância significativa no contexto das pesquisas de modalidade interventiva: ela nos permitirá perceber quais instituições atravessam nossos modos de ser e de existir, possibilitando-nos tomar conhecimento de como tais instituições produzem clareamentos ou turvações em nossos olhares diante do recorte sócio-histórico-econômico-político-cultural em que se mergulha, analisa e atua.

Como sempre acontecia quando éramos questionados sobre quais nossos objetivos em frequentar os terreiros de Ashanti, Mmaabo e Azekel, comecei a discorrer que meu intuito não era alcançar nenhuma graça pessoal, mas sim estudar um pouco mais a fundo as práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras. Por fim, compartilhei que estava há aproximadamente três meses e, nesse curto espaço de tempo, havia gostado em demasia do local: todos eram muito receptivos e era agradável ser rezado por Vovó Catarina de Angola.

A partir desses discursos mencionados até então, é importante fazermos referência a dois processos que se mostraram perceptíveis quando nos deparamos pela primeira vez com essas narrativas: o imediatismo contemporâneo, representado através do desejo por parte dos

consultantes em obterem soluções rápidas e instantâneas para os problemas que os afligem; e a criação de redes de solidariedade e companheirismo entre quem habita os estabelecimentos sagrados de matrizes africanas.

Desse modo, no que se refere à instantaneidade na busca dos serviços ofertados pelos espaços religiosos afro-brasileiros, podemos relacionar esse processo ao advento de uma nova ordem surgida a partir de transformações sociais, culturais, econômicas e políticas do início dos anos 1960, quais sejam: ausência de verdades totalizantes; descrença nos ideais coletivos; imediatismo e hedonismo; crise dos meta-relatos, saberes totalizantes e discursos legitimadores; perda da fé na construção de um mundo aos moldes iluministas; mercantilização das relações sociais; e queda do espírito universalizante (Severiano & Estramiana, 2001).

Podemos, então, perceber que os estabelecimentos sagrados de matrizes africanas em vez de sucumbirem ao pensamento biomédico-industrial-capitalista, passando a simplesmente promover um cuidado em saúde procedimental e focado nas queixas dos consultantes, terminam funcionando a partir de um processo longo e gradual, em que as pessoas apenas conseguirão obter aquilo que encomendaram após transformarem a si próprias, inclusive percebendo que aquilo que encontraram de bom não é o que desejavam e o que buscavam não era o que precisavam.

Talvez seja por isso que algumas das mulheres consultadas por Mmaabo, conforme explicitamos acima, estavam frequentando os atendimentos do terreiro há quase dois anos e mesmo assim não faziam a mínima ideia de quando os seus respectivos trabalhos espirituais poderiam possivelmente se findar. Todavia, à medida que mergulhavam com mais profundidade no contexto dos centros espíritas que frequentavam, construíaam redes de solidariedade e companheirismo entre as pessoas (adeptas e consultantes) que habitavam o respectivo território sagrado.

Nesse sentido, percebemos ser de suma importância resgatarmos o pensamento de Hannah Arendt (apud Gomes & Júnior, 2007) quando a mesma disserta sobre o estabelecimento de vínculos comprometidos e solidários entre amigos, possibilitando momentos de acolhida, crescimento pessoal e movimentos maiores de união, força, apoio e engajamento entre os seus semelhantes.

De acordo com essa premissa, o cuidado que se instaura por meio desses laços de amizade possibilita, inclusive, que se rompa com a lógica da exploração econômica capitalística e se estabeleça espaços de solidariedade entre amigos, em que os mesmos se ajudam nos momentos de desamparo, mas também compartilham alegrias nas circunstâncias de felicidade (Gomes & Júnior, 2007).

Durante as consultas no terreiro de Mmaabo, essa assertiva era bastante perceptível. À medida que se familiarizavam com a casa, muitas das consulentes construía relações de proximidade entre si, de forma que se nas primeiras consultas muitas das vezes as pessoas chegavam caladas e tímidas, conforme os dias transcorriam, os sujeitos que ali estavam começavam a enturmar, passando a conversar sobre as mais variadas questões, tais como relacionamentos familiares e amorosos, finanças, festas, locomoção pela cidade, violência ou religião. Algumas das mulheres que por lá estavam inclusive tinham o contato telefônico de outras consulentes, assim como também emprestavam velas caso alguém esquecesse de levar.

Outro exemplo que podemos mencionar sobre o assunto é o caso de uma Filha de Santo, também pertencente à casa espiritual de Mmaabo. Aparentava ter aproximadamente cinquenta anos e ser de origem humilde. Em determinado fim de tarde, ela chegou ao salão bastante animada: narrava com empolgação como havia sido a baía da noite anterior: havia chovido, de modo que muitas pessoas haviam faltado à cerimônia, tendo sido o tocador de tambor uma delas, contudo, em seu ponto de vista a alegria e empolgação haviam compensado todas as

adversidades da noite. Tamanha era a animação em descrever a cerimônia, que durante toda a tarde a distinta mulher compartilhou sua história com quase todos os consulentes, inclusive convidando muitos deles para frequentarem a baía.

Por conta dessas compreensões construídas ao redor das religiões afro-brasileiras, para muitos sujeitos, o cuidado em saúde, também promovido nos estabelecimentos hegemônicos do campo sanitário, passa a ganhar novos contornos quando é ofertado nos terreiros. Talvez seja por conta desse fato que durante nossa jornada, recorrentemente escutávamos sentenças como: “vou mais ao terreiro do que ao posto de saúde”; “me sinto melhor indo ao terreiro do que em casa”; “comecei indo para as consultas, aos poucos fiquei amigo das pessoas e hoje não imagino minha vida sem elas”.

Entretanto, o fato dos adeptos e consulentes procurarem os estabelecimentos religiosos afro-brasileiros quando se encontram em alguma situação de angústia ou adoecimento físico, psicológico ou espiritual não significa que eles não se dirijam aos serviços de saúde em determinados casos. Isso se mostrou visível com maior intensidade quando estivemos nos terreiros conduzidos por Mmaabo e Azekel. Como exemplo podemos citar duas situações narradas pelos frequentadores das respectivas casas.

Na primeira, temos a história de uma mulher que havia caído enquanto tomava banho, por conta disso, apareceu no terreiro com uma mancha rocha no ombro. As outras pessoas que por ali estavam a sugeriram que ela encomendassem ao posto de saúde mais próximo e solicitasse marcar um exame de raio X. Alguns outros sujeitos davam indicações de possíveis analgésicos que ela poderia ingerir para aliviar a dor que sentia. Além disso, também podemos mencionar a história de uma amiga de Mmaabo, também umbandista, que havia chegado bastante animada no terreiro porque acabara de sair de uma consulta médica e ficara sabendo que o nódulo em seu seio não se tratava de câncer de mama.

Enquanto isso, no segundo estabelecimento religioso mencionado, durante uma conversa informal com alguns consultantes pudemos discutir sobre os mais variados tipos de adoecimentos, desde questões relacionados à espiritualidade até condições como a diabetes mellitus, a paraplegia e o câncer. Durante esse diálogo, pudemos perceber que as mesmas pessoas que lá estavam procurando por atendimentos com Pai Léguas e Dona Teresa agora confessavam que quando eram atingidos por alguma enfermidade de ordem física, eles buscavam por postos de saúde ou clínicas privadas, contudo, tais atitudes na concepção dos mesmos era algo raro de acontecer visto que a prioridade das mesmas geralmente era as práticas de cuidado em saúde promovida pelos terreiros.

No que se refere a esse assunto, Mello e Oliveira (2013) propõem a existência de cinco categorias de doenças dentro das compreensões em torno das religiões afro-brasileiras, são elas: mentais; oriundas de outras vidas; causadas por outras pessoas e por “encosto”/obsessão. Na concepção dos autores em questão, aquelas enfermidades que não se encaixassem em nenhuma dessas classificações seriam consideradas como doenças físicas ou materiais.

Nesses casos, por se tratar de problemáticas reconhecidamente orgânicas, tais como queda no banheiro ou possível diagnóstico de câncer de mama, as divindades aconselhariam a procura por parte dos consulentes de outras alternativas de cuidado em saúde, como, por exemplo, Unidades de Saúde da Família. Entretanto, mesmo nessas circunstâncias o tratamento espiritual não deveria ser abandonado, pois para as entidades e lideranças religiosas ambas as terapêuticas seriam complementares e deveriam funcionar conjuntamente (Mello & Oliveira, 2013).

Por fim, outro elemento interessante de dissertamos quando falamos sobre o cuidado em saúde nos terreiros diz respeito aos trabalhos ofertados para aqueles que não são considerados nem adeptos, nem consulentes mas simplesmente sujeitos em situação de vulnerabilidade

social. De modo geral, conseguimos identificar a realização de projetos sociais nos terreiros de Ashanti e Shomari, em grande parte, em virtude de suas respectivas funções na RENAFRO-SAÚDE de Parnaíba<sup>72</sup> e do Piauí:

*Ashanti: “[...] Eu sou espírita. Eu sou uma mãe colhedora, eu não sou mãe destruidora, eu sou colhedora. Eu gosto de ajudar. É tão tal que o bairro todo, minha porta é aberta pro bairro inteiro. Eu dou alimentação para cento e cinquenta, duzentas pessoas em evento meu. Eu não tenho nada. Sou pobre, mas Deus é milagroso, quando é dia de evento pra mim dá alimentação pra essas crianças, Deus abre uma porta e tudo chega na hora certa e eu dou pra todo mundo. Tem as comunidades aqui, Dom Rufino, eu pego, eu vou, eu ajudo. Lá de Catanduvas, eu ajudo. Lá do Floriopas eu ajudo. Então, é cuidar das pessoas, principalmente das crianças, porque às vezes a criança precisa de um bonequinho, precisa de uma alimentação. Quantas pessoas não jogam alimentação fora? E tantas crianças com fome! E nós, umbandistas, nós fazemos comida pra todos. Todos os terreiros que o evento... são muitas alimentações que nós damos para as pessoas. E nada falta pra gente, porque cada dia Deus multiplica mais e mais. Então, ser ruim não é bom. Você não vai dar tudo que você tem, mas procure ser humano e olhar que ao seu lado existe um irmão que precisa mais do que você. Dentro da nossa tradição, da minha tradição, do meu trabalho, da minha Umbanda, eu faço isso todos os anos. Eu faço duas vezes, às três vezes por ano, evento no meu terreiro, porque só assim que eu sei ajudar as pessoas, eu sei conhecer quem é quem, juntar as pessoas, saber quem é quem e olhar com bons olhos pra cada um [...]”.*

---

<sup>72</sup> Ashanti exercia a função de presidente da RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba.



*Shomari: “[...] Nós temos uma capoeira também, funciona com criança e adolescente. Então, a gente tem a participação da comunidade em geral [...]”*

Assim, podemos perceber que nossas existências continuamente são expostas a determinados enquadramentos sociais, econômicos e políticos, como é o caso da linguagem, do trabalho e do desejo, os quais tornam possíveis a sobrevivência e a prosperidade dos corpos. Essas normativas, contudo, a depender das condições de existência que estamos falando, não operam através das mesmas lógicas: ao mesmo tempo que existem vidas passíveis de dor e de pesar caso sejam perdidas, outras não seriam (Butler, 2015).

Entretanto, nem tudo que concerne uma vida é produzido a partir de enquadramentos: paralelo à normatividade, existem restos, suspensos e espectrais, aprendidos como “vivos”, porém, nem sempre reconhecidos como uma vida. Em outras palavras: algumas existências podem ser denominadas como precárias. E por mais que todas as vidas, de certo modo, também assim o sejam, já que, como seres sociais que somos, desde pequenos dependemos dos outros para sobreviver e nos sustentar, acreditamos que esses enquadramentos estruturam os posicionamentos que percebem determinadas vidas como vidas, ao mesmo tempo que outras, apesar de também estarem vivas, não assumem essa condição (Butler, 2015).

Desse modo, podemos perceber que determinadas populações, por historicamente terem sido lhes negado o acesso à saúde, assistência, educação, moradia, lazer, segurança, infraestrutura urbana e transporte público de qualidade, devem ser alvo de políticas públicas que se sejam específicas e que objetivem, principalmente, reverter esse descaso crônico por parte Estado brasileiro diante desses povos através da institucionalização de direitos sociais nas mais distintas esferas da existência. Entretanto, mesmo tais políticas destinadas aos sujeitos em condições de vidas precárias não foram suficientes para estancar a gigantesca vulnerabilidade

social presente em nosso país, o que para os adeptos dessas doutrinas e crenças justifica a realização de obras sociais para os sujeitos mais necessitados:

*Ashanti: “[...] Somos todos iguais, não importa a cor, né? Não importa a cor. O que importa é a gente se ajudar. Agora, o povo tem preconceito demais. A maioria tem preconceito com preto: ‘Ah! Porque você é negro’, ‘Ah! Porque fulano é isso’. Não é assim. Não é assim. Deus não escolheu só branco. Deus não escolheu só preto. Quando foi para escolher os animaizinhos ele não escolheu só uma arara, o papagaio, os mais bonitos, as aves mais bonitas. Não! Ele escolheu todos. De cada um bichinho ele escolheu um casalzinho, que para o futuro ele se multiplicar a família dele, não é isso? Então por que a gente pode excluir as pessoas negras? Ou as pessoas brancas? Ou porque não tem formação boa? Ou porque não tem o conhecimento correto como universitário? Não é assim, gente. Se você cursou uma coisa boa é porque você teve sua oportunidade pra isso, né? E se aquele ali não teve essa oportunidade, vamos tentar dar oportunidade para ele, né? Vamos dar oportunidade. É por isso que eu realizo as capoeiras, as aulas de dança, as preparações de dever [...]”.*

De modo geral, podemos afirmar que as práticas de solidariedade aos sujeitos considerados frágeis, tais como pobres, viajantes, incapazes ou doentes, historicamente esteve presente na história da humanidade e não apenas na sociedade judaico-cristã, como poderíamos erroneamente supor. No cenário brasileiro, a pobreza não era compreendida como uma questão social, mas sim como um indicativo de uma problemática que era de responsabilidade dos próprios sujeitos (Carvalho, 2008).

Apesar disso, ressaltamos que o primeiro hospital instituído no Brasil e na América Latina foi a Santa Casa da Misericórdia de Santos, fundada em 1543 e considerada por muito tempo, juntamente com as demais Santas Casas de Misericórdia, como uma das principais referências no acolhimento aos sujeitos mais necessitados (Carvalho, 2008).

No campo da cidadania e dos direitos humanos, a proposição de projetos sociais que fugissem à lógica da caridade e do assistencialismo e que fosse promovidos por atores não-estatais teve maior destaque com a implementação do Terceiro Setor, isto é, com o aparecimento de organizações não-governamentais, associações comunitárias, fundações ou estabelecimentos filantrópicos. No cenário contemporâneo, as intervenções desses órgãos comumente estão relacionadas a questões raciais e de gênero, ao controle da gravidez prematura, a ações contra a transmissão da AIDS e defesa dos soropositivos, a assistência a crianças e adolescentes em condições de pobreza ou a pessoas em situação de rua (Fernandes, Moura, Fernandes, Rocha, Luna, & Barbosa, 2006).

A partir desses aspectos, é possível percebermos que diante da histórica desassistência de determinadas parcelas populacionais diante de direitos que supostamente seriam básicos, alguns atores sociais, munidos de força de vontade e amor ao próximo, terminam se propondo a ajudar seus semelhantes em ações cotidianas que, em maior ou menor medida, possibilitem potências de vida a tais grupos sociais. Entretanto, por não estarem inseridas em políticas públicas mais amplas, tais ações terminam transitando entre a caridade e o assistencialismo.

Entretanto, ao realizarmos essa afirmação não nos interessa rechaçar a promoção de tais práticas sociais mas, antes disso, que elas possam ser inclusas a partir por parte do aparelho estatal, de modo que os atores possam ser treinados para que muito mais do que promover caridade, construam laços de cidadania aliados a outras políticas públicas de seguridade social.

### ***5.3 As Artimanhas do Cuidado em Saúde promovido pela ESF em relação aos Povos de Terreiros***

O Cuidado em Saúde não diz respeito a uma categoria de análise e de práticas exclusiva dos médicos e dos demais profissionais da saúde. Muito pelo contrário! Desde os tempos primórdios, a depender do contexto social, histórico, econômico, político e cultural em que estivessem inseridos, os sujeitos construíram ao redor de si e dos seus semelhantes práticas de cura e cuidado em saúde. Assim, muito antes da Medicina, com seu pensamento racional, cartesiano e positivista, instituir a si própria a exclusividade dos discursos e das práticas em torno do cuidado em saúde, tais questões pertenciam a outras esferas das nossas existências, tais como a religião, a política e a família.

Entretanto, com a hegemonia da Medicina e de toda uma cultura dos especialismos, muitas dessas práticas promovidas, por exemplo, por figuras como rezadeiras, indígenas ou religiosos afro-brasileiros passaram a ser relegadas a um segundo plano, consideradas tanto como questões alheias aos processos de saúde/doença/cuidado ou mesmo como meros complementos aos serviços ofertados pelos “detentores oficiais do cuidado”, tais como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos ou fisioterapeutas.

Esses saberes hegemônicos historicamente se encontram instituídos nos mais distintos estabelecimentos sanitários, como por exemplo, postos de saúde, prontos-socorros, ambulatórios ou hospitais. De modo geral, mesmo que cada um desses serviços exija do trabalhador da saúde diferentes manejos das tecnologias de cuidado, acreditamos na aposta de um modelo assistencial centrado no usuário, com tecnologias leves dependentes, comprometido com gestões mais coletivas no interior das equipes de saúde, e tendo como intuito principal promover a autonomia aos usuários (Mehry, 2013a).

Desse modo, partimos da premissa que ao profissional da saúde é incumbido atuar levando em consideração as múltiplas faces da realidade dos usuários atendidos, tais como acesso a saúde, assistência, educação, saneamento básico, transporte público de qualidade, moradia e espaços de cultura e lazer. Todavia, dependendo de qual estabelecimento de saúde estejamos filiados, tais questões poderão ganhar diferentes gradações em nossas atuações profissionais. No contexto da Atenção Básica em Saúde não seria diferente.

Conforme mencionamos em momento anterior, esse nível de intervenções e de práticas pode ser compreendido como um conjunto de ações e serviços que atuam na promoção e proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na redução de danos e na manutenção da saúde, tendo como objetivo principal desenvolver práticas democráticas e participativas de cuidado e de gestão, sob a forma do trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios que estão sobre suas responsabilidades (Brasil, 2011).

Além disso, também podemos afirmar que as intervenções profissionais dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde deveriam majoritariamente estar inclusas em conhecimentos e tecnologias que não sejam de exclusividade de nenhuma profissão, mas sim pertencentes a saberes e práticas que servissem para atuação de todos.

No cenário brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família uma das suas principais estratégias na expansão e consolidação dessa porta de entrada de base territorial das Redes de Atenção à Saúde. Em poucas palavras, as Equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo: médico generalista ou especialista em saúde da família; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal; e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2011).

Em nossa situação de estudo, as três Equipes de Saúde da Família (ESF1; ESF2 e ESF3) estavam localizadas nos territórios em que se encontravam respectivamente os terreiros de Ashanti, Mmaabo e Azekel. De modo geral, um primeiro elemento a destacarmos no que se refere às artimanhas de cuidado em saúde dessas equipes em relação aos adeptos/praticantes das religiões afro-brasileiras diz respeito a como esses profissionais lidam com as questões relacionadas a tais temáticas em seus respectivos cotidianos profissionais.

A primeira Equipe de Saúde da Família (ESF 1) só começou a se sensibilizar com as práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras com a chegada de uma equipe de apoio matricial (composta por psicóloga, enfermeira, farmacêutica e fisioterapeuta) oriunda de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal do Piauí.

Durante o processo de territorialização das distintas profissionais, elas acabaram conhecendo o terreiro de Ashanti e todo o trabalho social que a condutora da casa promovia com as crianças e adolescentes do bairro, seja realizando grupos de dança, de capoeira ou de preparação de deveres. À medida que se familiarizavam com o território, descobriram que a distinta mãe de santo também atuava como parteira.

Segundo uma das profissionais de saúde da distinta equipe, a referida ESF sempre teve problemas relacionados ao comparecimento das gestantes nas atividades do posto de saúde. Entretanto, com o tempo, eles descobriram que as mesmas recorriam mais às práticas de cuidado em saúde promovidas pelas doutrinas de matrizes africanas do que as ofertadas pela unidade. Além disso, tanto a ESF em questão quanto as residentes que nela atuavam se mostraram impressionadas com os conhecimentos sobre gestação, parto e processos curativos que Ashanti possuía, já que ela sabia desde como cortar o cordão umbilical até o que fazer quando uma criança “está encaixada na mãe”.

Em virtude disso, por iniciativa da própria equipe de residência, a unidade de saúde em questão começou a desenvolver algumas atividades em parceria com esses povos de terreiros, tais como mobilizações contra o mosquito da dengue e uma mostra comunitária em que os mais diversos atores sociais da comunidade se apresentaram, tais como as crianças e os adolescentes que compunham os grupos coordenados por Ashanti.

Desse modo, nessa primeira equipe conseguimos identificar relações de camaradagem entre trabalhadores da saúde e adeptos das religiões afro-brasileiras, havendo, em decorrência disso, a promoção do cuidado em saúde direcionado a quem se considera como pertencente a essas doutrinas. De modo geral, estas relações podem adquirir tanto configurações hierarquizadas e colonizadoras, que majoritariamente beneficiam apenas à Estratégia de Saúde da Família (como nas situações de combate à determinadas enfermidades), assim como também consegue adquirir um caráter horizontal e democrático na promoção e na gestão do cuidado em saúde, como possivelmente foi o caso das mostras comunitárias realizadas no território com objetivo de apresentar as forças e movimentações da comunidade.

Entretanto, essas intervenções de caráter horizontal que se originaram a partir das tessituras dialógicas entre a ESF 1 e o terreiro de Ashanti, na ocasião da realização da roda de conversa, ainda era bastante pontuais, não se caracterizando, portanto, como uma possibilidade de interface completamente instituída, já que ainda atuava muito timidamente no campo do instituído. Por conta disso, tais atividades de reconhecimento das práticas culturais da comunidade (e dentre elas, do trabalho desenvolvido pelo centro espírita de Ashanti), que a princípio poderiam se configurar como equitativas e promotoras de direitos, correm o risco de funcionar como mero campanhismo.

Quando nos deparamos com tais possibilidades de conversações entre Equipes de Saúde da Família e terreiros de religiões afro-brasileiras podemos recorrer a uma pesquisa conduzida

por Saavedra e Berezon (2013) que objetivou analisar como os habitantes da Cidade do México utilizavam as práticas de cuidado em saúde que se contrapunham aos modelos academicistas e biomédicos de se ofertar saúde. Para isso, as autoras entrevistaram doze homens e vinte e quatro mulheres que utilizavam uma ou mais dessas terapêuticas em seu cotidiano.

Desse modo, nos é proposto quatro maneiras distintas dos sujeitos e das coletividades utilizarem tais práticas de cuidado em saúde, são elas: como alternativa; como complementaridade; como experiências prazerosas; e como procedimentos de transformação pessoal. No primeiro caso, os indivíduos nem sempre encomendam os serviços médicos “oficiais” ofertados pelo Estado, seja porque não os têm facilmente a sua disposição ou mesmo por falta de identificação com as terapêuticas hegemônicas, o que culmina na busca de outras potenciais opções de recursos de cuidado em saúde (Saavedra e Berezon, 2013), como por exemplo, as religiões afro-brasileiras.

Por outro lado, a função de complementaridade dessas terapêuticas se caracterizaria pelo fato das pessoas recorrerem às práticas biomédicas de cuidado em saúde ao mesmo tempo em que também procuram por serviços religiosos ou espirituais para dar sentido aos seus episódios de mal-estar. Por outro lado, as “experiências prazerosas” se mostrariam visíveis nas situações em que as pessoas buscam por alguma atividade ou serviço que proporcione maior conforto e tranquilidade. Por fim, poderíamos caracterizar os procedimentos de transformação pessoal como a busca por essas medicinas nas circunstâncias de conflitos e problemas da vida contemporânea (Saavedra e Berezon, 2013).

Portanto, para melhor compreendermos como a ESF 1 promove práticas de cura e cuidado em saúde direcionadas às populações vinculadas às doutrinas religiosas de matrizes africanas, é de suma importância que enquanto profissionais da saúde saibamos quando e com



quais pretensões os indivíduos encomendam os serviços ofertados tanto pelos terreiros como pelos postos de saúde.

Desse modo, percebermos o quanto é indispensável às Equipes de Saúde da Família que ambicionam ser usuários-centradas compreender os itinerários terapêuticos dos usuários sobre suas responsabilidades, para que assim, possam ser estabelecidas interações democráticas, horizontais e longitudinais com os atores que ofertam educação, saúde, assistência e cidadania, seja pelo viés do Estado ou por outras vias. Entretanto, acreditamos que no caso da ESF 1 esse caminho ainda se encontra um pouco distante, já que os cuidados ofertados aos adeptos das religiões afro-brasileiras transitam, em determinados momentos, entre relações colonizadoras e promoção de inclusão, autonomia e direitos sociais e mesmo nesses último caso, tais intervenções ainda são bastante esporádicas e pontuais.

Outro analisador identificado diz respeito ao fato de que as artimanhas de cuidado em saúde que a referida equipe passou a ofertar aos adeptos/consulentes das religiões de matrizes africanas se deve em grande parte à chegada da equipe de residentes no estabelecimento de saúde em questão. Nesse aspecto, é de suma importância recorreremos às discussões concernentes à capacitação, educação continuada e educação permanente.

Em primeiro lugar, poderíamos conceituar a capacitação como uma estratégia educativa que objetiva transmitir conhecimentos de acordo com a lógica do “modelo escolar”, tendo como características principais as seguintes: a simplificação dos métodos e técnicas pedagógicas; os processos educativos seriam tão somente meios para se alcançar um determinado objetivo e não uma estratégia de transformação social; a adoção de métodos educativos de aplicação rápida; e a tendência em atuar por meio de programas e projetos com início, meio e fim previamente programados (Brasil, 2009b).

A Educação Continuada, de certo modo, guarda uma grande aproximação com o que compreendemos como capacitação, já que representa uma continuidade do modelo escolar/acadêmico, tendo como atributos mais importantes: a transmissão de conhecimentos, geralmente através de métodos disciplinares, didáticos e baseados em técnicas de transmissão; o predomínio do campo de conhecimentos especializados; e a oferta de cursos periódicos sem sequência constante e direcionados à categorias profissionais específicas (Brasil, 2009b).

Por outro lado, com a Educação Permanente foi possível assistirmos a uma mudança paradigmática no modo de se atualizar os conhecimentos e as práticas em saúde. Resumidamente, poderíamos compreendê-la através de uma série de atributos, a saber: o ensino e aprendizagem deveriam acontecer no contexto das práticas cotidianas; as estratégias educativas se desenrolariam a partir da problematização do próprio fazer; os sujeitos de práticas seriam também atores reflexivos e construtores do conhecimento; haveria um enfoque no trabalho inter e transdisciplinar, evitando, desse modo, a fragmentação dos saberes; e a ampliação dos espaços educativos para além da sala de aula (Brasil, 2009b).

Nesse sentido, apesar dos desafios cotidianos para se promover o cuidado em saúde às populações oriundas dos terreiros acreditamos que as residências multiprofissionais são um ótimo exemplo de educação permanente em saúde, pois se em outrora as questões referentes às doutrinas e simbologias religiosas afro-brasileiras apesar de conhecidas não eram instituídas no cotidiano das práticas profissionais, com a chegada das distintas categorias profissionais foi possível construir na Equipe de Saúde da Família “1” uma sensibilidade para a compreensão desses estabelecimentos sagrados como promotores do cuidado em saúde.

Por outro lado, nas duas outras equipes investigadas, tais discursos de cumplicidade não se mostraram visíveis. Em vez disso, outros analisadores se mostraram visíveis durante nossas conversações. Assim, na Estratégia de Saúde da Família concernente ao terreiro de Azekel (ESF

2), os profissionais que lá atuavam relataram ter conhecimento da existência de um terreiro em sua área de abrangência. Entretanto, tal conhecimento não decorria em virtude de questões profissionais, já que muitos deles só conheciam o referido estabelecimento religioso porque ocasionalmente passavam nas redondezas do mesmo. Segundo os próprios, muitos moradores do bairro sabiam que o referido local funcionava como uma espécie de “centro espírita”.

Esses mesmos profissionais, todavia, confessaram que não dialogavam com o terreiro de Azekel muito menos desenvolviam atividades e intervenções específicas a esses povos. Além disso, também foi relatado pela enfermeira da unidade que nenhum dos usuários do serviço se apresentava como adepto de uma religião de matriz africana, o que em sua concepção, dificultava a realização de qualquer tipo de atividade direcionada às populações de terreiros.

Em contrapartida, na roda de conversa que realizamos com a Equipe de Saúde da Família “3”, pudemos perceber que os profissionais de saúde com quem conversamos sequer mencionaram a existência de estabelecimentos religiosos em seu território de abrangência, apesar deles, conforme soubemos de antemão, terem conhecimento das práticas de cuidado em saúde desenvolvidas por Mmaabo em seu terreiro.

Entretanto, mesmo com a ausência nos discursos da ESF 3 sobre as práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras, resolvemos acrescentar que naquela área também havia um terreiro de Umbanda chefiado por uma senhora negra de aproximadamente sessenta anos de idade. Após isso, como numa espécie de estalo, alguns deles falaram: “É mesmo! Tem a Mmaabo!”. Quando questionados se existiriam atividades conjuntas com esse espaço sagrado ou se algum grupo desenvolvido pelo NASF era conduzido nesse local, alguns ACS’s responderam que não.

Por fim, os mesmos ainda acrescentaram que atendiam a todas as pessoas igualmente, não fazendo qualquer espécie de distinção entre elas. Assim, na concepção de uma das

profissionais da equipe, caso algum usuário se apresentasse como praticante de uma doutrina religiosa afro-brasileira, este seria tratado sem discriminação, assim como eles também faziam quando Mmaabo procurava por atendimentos.

De modo geral, o que podemos perceber, então, é que as questões concernentes às doutrinas, simbologias e práticas de cuidado em saúde das religiões de matrizes africanas dificilmente são consideradas como questões de saúde. Nesse sentido, para os atores que hegemonicamente instituíram ao redor de si próprios o controle sobre as práticas de cuidado em saúde, acaba se revelando como desnecessário a proposição de terapêuticas que sejam específicas a essas populações, já que tratar a todos igualmente já seria suficiente.

Esse trabalho parte de uma premissa distinta. Acreditamos que as problemáticas estruturais que afligem o Brasil, como é o caso dos altos índices de pobreza, racismo, machismo, patriarcalismo, desemprego, violência e acessos desiguais a bens e serviços, em certa medida colaboram para as condições de saúde dos sujeitos e das coletividades e nos dão indicativos dos limites do sistema de saúde atual. Nesse cenário, passam a ser cada vez mais frequentes queixas de ansiedade, angústia, depressão, tristeza, medo e dores generalizadas (Valla, Guimarães, & Lacerda, 2006).

Entretanto, o sistema hegemônico de saúde aparentemente parece não está preparado para lidar com o sofrimento das classes populares, pois comumente presenciamos situações em que médicos e demais profissionais da saúde não ofertam práticas de cuidado em saúde baseadas nos discursos dos usuários (os quais trazem em demasia a realidade nas quais esses sujeitos estão inseridos), justificando que ao assumir tal postura utilizariam um tempo que não dispõem (Valla, Guimarães, & Lacerda, 2006).

Ao nos depararmos com essa afirmação devemos analisá-la com cautela, pois por mais que acreditemos que a lógica de produção capitalística atravessa os estabelecimentos de saúde,

ocasionando consultas cada vez mais rápidas e padronizadas (como o movimento do operário numa fábrica), também agencia práticas profissionais no SUS, desconsiderando tudo que supostamente seria “subjetivo”, impreciso” e fora dos quadros clínicos historicamente instituídos (Valla, Guimarães, & Lacerda, 2006).

Uma vez tendo questionado os participantes sobre as estratégias de cuidado em saúde que os mesmos ofertavam aos povos de terreiros e estas terem se revelado bastante frágeis ou mesmo inexistentes, dei início ao segundo momento da roda de conversa: questionar as ESF's sobre o porquê delas não desenvolverem práticas equitativas em saúde direcionadas aos adeptos das religiões de matrizes africanas. Nesse sentido, objectivei construir um dispositivo em que os profissionais problematizassem sobre os desafios que dificultavam esse processo e quais dos seus pontos fortes poderiam colaborar para que tais práticas começassem a ser tecidas.

De modo geral, a partir dos discursos oriundos das rodas de conversas, conseguimos extrair dois analisadores que estariam supostamente relacionados com as dificuldades das Equipes de Saúde da Família em manejar o cuidado em saúde direcionado aos praticantes das doutrinas de matrizes africanas, são eles: (i) problemas específicos relacionados às simbologias das religiões afro-brasileiras e (ii) obstáculos no cotidiano de trabalho e que, conseqüentemente, dificultariam a realização de atividades direcionadas a quem se considera como adepto de uma religião afro-brasileira. Por conseguinte, cada um desses elementos se decompõe em outros tantos.

O primeiro analisador apontado pelos participantes diz respeito às singularidades das doutrinas de matrizes africanas, bem como dos seus adeptos e consulentes, e que possivelmente, na concepção dos entrevistados, prejudicariam a construção de estratégias de cuidado em saúde horizontais e democráticas em relação aos povos de terreiros. Tais questões foram elencadas

por duas das Equipes de Saúde da Família investigadas (1 e 3) quando realizamos nossas rodas de conversas e, durante os diálogos, emergiram os seguintes pontos:

1- Não ter muita familiaridade com as religiões afro-brasileiras e suas respectivas doutrinas, crenças, simbologias e práticas de cuidado em saúde (ESF 3).

2- Iniciativas de canais dialógicos sempre partem dos serviços de saúde e nunca dos terreiros (ESF 1).

3- Povos de terreiros só procuram a Estratégia de Saúde da Família em busca de atendimentos e nunca para também promover o cuidado (ESF 1).

4- A equipe de saúde e o terreiro possuem horários distintos de funcionamento, de forma que quando os profissionais desejam realizar alguma ação conjunta, eles precisam se deslocar várias vezes até o terreiro o que prejudicaria suas respectivas agendas de trabalho, já que teriam que sair da rotina do posto para conversar e conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelo centro espírita (ESF 1).

Por outro lado, no que diz respeito aos desafios no cotidiano de trabalho da Estratégia de Saúde da Família e que, conseqüentemente ocasionariam barreiras na realização de atividades de promoção do cuidado em saúde às populações de terreiros, os profissionais elencaram as seguintes questões:

1- Os usuários buscam majoritariamente por consultas e atendimentos, de forma que se torna cada vez mais difícil promover outras formas de cuidado em saúde (ESF 3).

2- Algumas pessoas chegam de madrugada à unidade de saúde para que possam ser os primeiros da fila de atendimentos e consigam vender seus respectivos lugares a quem chegar depois. Nesse sentido, segundo alguns agentes comunitários de saúde do posto de saúde “3”, a própria população já espera por artimanhas de cuidado em saúde que remetam ao modelo clínico tradicional (ESF 3).

3- Falta de infraestrutura adequada para a promoção do cuidado em saúde na Atenção Básica, tais como: unidades de saúde da família funcionando em locais improvisados o que dificulta a realização de trabalhos grupais; ausência de uma regularidade na distribuição de suprimentos para o posto de saúde; quantidade insuficiente de medicamentos para atender os mais diversos públicos que compõem o território de abrangência; e carência de materiais de higiene (para realização de curativos) e de limpeza (como desinfetante e papel higiênico) (ESF 1/2/3).

4- Grande parte dos usuários atendidos não compreendem que a ausência de suprimentos básicos, como medicamentos ou materiais curativos, não é culpa da equipe, mas sim devido à falta de investimentos por parte da Secretaria Municipal de Saúde. Segundo a enfermeira da equipe “3”, quem mais sofre com isso são os ACS’s, já que por estarem mais próximos do cotidiano das pessoas atendidas terminam sendo vítimas de xingamentos e agressões verbais (ESF 3).

5- Comunidade não valoriza atividades de prevenção. De acordo com os profissionais da ESF 1, a unidade de saúde já havia realizado duas mostras comunitárias com o objetivo de apresentar o que a comunidade possuía de melhor, tais como: história; principais demandas; ofertas de serviços de educação, saúde e assistência do bairro; grupos de dança e capoeira organizados por Ashanti; e assim por diante. Entretanto, grande parte dos moradores não se interessavam por esse tipo de atividades e dificilmente compareciam em tais ações. Por fim, a enfermeira da unidade nos relatou que já havia tentado iniciar vários tipos de grupos, porém nenhum deles teve prosseguimento, pois dificilmente alguém se fazia presente (ESF 1).

6- Descompromisso da Secretaria Municipal de Saúde (por eles denominadas como “gestão”) com o funcionalismo público, tais como: atrasos nos pagamentos dos funcionários contratados e ausência de recesso de trabalho durante o período natalino (ESF 1/3).

7- Cada membro da Equipe de Saúde da Família desempenha outras funções além das que lhe são instituídas, como por exemplo, a técnica de enfermagem pega os medicamentos na farmácia e entrega aos usuários quando na realidade esse papel deveria ser executado por um farmacêutico. Segundo a enfermeira da ESF 2, tais situações geram desgaste emocional e físico em todos os trabalhadores envolvidos, já que terminam trabalhando mais do que deveriam (ESF 2).

A partir desses discursos concernentes aos desafios de se promover práticas de cuidado em saúde em parceria com as que já são ofertadas nos terreiros, podemos, então, afirmar que a Atenção Primária à Saúde se construiu como um contraponto aos cuidados biomédicos em saúde, tradicionalmente de enfoque biologicista, fragmentário, verticalizante e centrado nas doenças, na figura do médico e no uso abusivo das tecnologias duras, almejando a integralidade, a equidade, a universalidade, a longitudinalidade, a intersetorialidade e a integração entre prevenção de doenças/promoção da saúde/cuidado longitudinal (Tesser & Sousa, 2012).

Entretanto, infelizmente ainda são bastantes escassas as cenas em que a Estratégia de Saúde da Família funciona em conformidade com esses princípios: a longitudinalidade é prejudicada pela alta rotatividade de profissionais; a atuação interprofissional pouco acontece, pois muito frequentemente são estabelecidas relações hierárquicas entre os atores das equipes de saúde; a qualidade do cuidado ofertado ainda é bastante precária, uma vez que as formações acadêmicas no campo da saúde majoritariamente ainda funcionam numa lógica fragmentária, tecnicista, biologizante e curativa; e a coordenação do cuidado na prática se restringe a encaminhamentos ou referências (Tesser & Sousa, 2012).

Nesse sentido, dos processos de promoção do cuidado em saúde destinados à autonomia dos sujeitos e das coletividades, as racionalidades biomédicas tencionam tais compreensões e práticas, restringindo-as tão somente à cura, prevenção e controle de enfermidades e



comportamentos. Desse modo, a prioridade do trabalho em saúde na maioria das vezes termina sendo a de um atendimento individual, médico-centrado, focado na queixa e na execução de procedimentos e destinado a todos os usuários igualmente, desconsiderando por completo os contextos em que eles se encontram inseridos.

Além disso, também acreditamos que a maioria, para não dizermos a totalidade, desses obstáculos presentes no cotidiano das Equipes de Saúde da Família investigadas são questões estruturais que atravessam a realidade sanitária de várias cidades do Brasil, em especial do nordeste do país, cenário no qual assistimos a alguns grupos familiares controlarem os meios de produção, detendo o poder econômico, social e político de pequenas cidades ou de regiões do meio rural.

Se voltarmos no tempo para melhor compreendermos as origens desse processo talvez cheguemos ao período colonial brasileiro, mais especificamente ao primeiro ciclo da nossa economia, o das usinas de cana-de-açúcar. Nesse sentido, quando se é profissional da Atenção Básica e se atua em uma cidade do litoral piauiense, caracterizada principalmente pelo acentuado mandonismo político e poucos investimentos públicos no campo da seguridade social, é de suma importância ter ciência de que o coronelismo irá a todo instante atravessar suas compreensões e práticas.

Apesar desses desafios cotidianos, enquanto profissionais e militantes do campo da saúde é necessário que apostemos em formas de promoção e proteção da saúde que não se pautem única e exclusivamente em modelos curativos e preventivistas de se conceber a saúde. Ao invés disso, acreditamos que para além da utilização de tecnologias duras, como o raio-x, a seringa, o estetoscópio ou os fichários para anotar dados dos usuários, ou dos conhecimentos acadêmicos bem estruturados, como o do médico, o do enfermeiro ou o do dentista, também

conhecidos como tecnologias leve-duras, é de suma importância a produção do trabalho vivo<sup>73</sup> em ato como elemento norteador da produção do cuidado em saúde na Estratégia de Saúde da Família (Merhy, 2013a).

Quando se adota tal premissa, geralmente se compreende como extremamente necessário dialogar com a realidade do território em que se atua, de forma que se em seu interior e arredores são promovidas práticas de cuidado em saúde afro-brasileiras pela própria população, é de suma importância construirmos canais de dialogias com tais estabelecimentos sagrados.

Entretanto, na prática o que conseguimos identificar por parte das Equipes de Saúde da Família investigadas é uma sensação de que caso adentrem nesses espaços sagrados serão estrangeiros em um território até então desconhecido, caracterizado por possuir lógicas de funcionamento que lhes são alheias. Para muitos, adentrar nos terreiros e estabelecer interações com os atores que lá habitam não se trata de promover o cuidado em saúde.

E isso decorre, em grande parte, por conta do racismo institucional que atravessa o cotidiano das ESF's. Para muitos dos profissionais que atuam nesses estabelecimentos de saúde, não é necessário ofertar práticas de cuidado que se sensibilizem para os atravessamentos e as transversalidades das instituições etnia e raça no cotidiano das populações pertencentes aos territórios em que atuam (López, 2012).

Além disso, na concepção destes mesmos atores, também seria extremamente desnecessário a realização de atividades específicas à população negra, sejam elas de teor biomédico ou equitativo, já que, ao tomar como princípio tal postura, estar-se-ia praticando uma

---

<sup>73</sup> De modo geral, denominamos como “trabalho morto” a todas as ferramentas e matérias-primas oriundas de um atividade humana anterior e que não existiam antes da sua produção. Por outro lado, como “trabalho vivo” compreendemos como o ato que possibilita a produção de determinado resultado, como por exemplo, promover saúde (Merhy, 2013b).

espécie de “preconceito às avessas” com relação à parcela branca da população (Santos & Santos, 2013).

Percebemos, portanto, que por trás dessas ausências e dessas práticas embrionárias de cuidado em saúde destinadas aos povos de terreiros, estão instituídas assertivas como as seguintes: os aspectos simbólico-culturais dessas populações não são considerados como questões de saúde; e dialogar com o povo da “macumba” seria uma espécie de discriminação aos fiéis de outras religiões, como católicos, protestantes ou espíritas.

Outro elemento que podemos relacionar ao racismo institucional diz respeito às construções populares que associam as práticas religiosas afro-brasileiras como manifestações explícitas do demônio cristão. E isso não acontece por acaso, já que tais compreensões são resquícios de como a Igreja Católica reagiu diante das manifestações culturais das pessoas originárias da África e que foram escravizadas em nosso país, o Brasil.

Mesmo nas situações em que as Equipes de Saúde da Família constroem interações com as práticas de cuidado em saúde promovidas pelas religiões afro-brasileiras, terminam, na maioria das vezes, sucumbindo aos modelos curativos e preventivistas de se produzir saúde, como, por exemplo, quando se propõem em falar para os povos de terreiros sobre o mosquito *aedes aegypti* e as consequentes estratégias de combate da sua transmissão por meio de doenças como dengue, febre amarela, zika vírus e *chikungunya*.

Por fim, existem situações em que as unidades de saúde estão dispostas a construir canais comunicativos com os atores que habitam os territórios em que atuam, conforme foi narrado durante a roda de conversa com a ESF 1 (item 5, no quesito barreiras), de forma a promover práticas de cuidado em saúde democráticas e horizontais, entretanto, terminam esbarrando em diferentes gargalos sejam eles referentes ao “coronelismo na saúde”, às especificidades das religiões afro-brasileiras ou mesmo devido ao desinteresse da população

diante das atividades ofertadas, o que gera como consequência, na oferta de intervenções pontuais e esporádicas, as quais em muito remetem aos modelos campanhistas de se produzir saúde.

Quando esse último caso acontece, muito frequentemente há uma idealização em torno da figura do usuário dos serviços de saúde, o qual supostamente deveria exercer de imediato um papel de protagonismo na promoção e na gestão do cuidado em saúde. O que não deixa de ser uma falácia. A Reforma Sanitária Brasileira é um movimento em ato, processual, que acontece diariamente no cotidiano dos serviços de saúde. Transformar todo um modelo de se compreender/ofertar saúde não acontece da noite para o dia e nem a partir de atos isolados: exige constantemente esforço, compromisso e dedicação.

Um elemento de suma importância de aprofundarmos olhares diz respeito aos modelos de funcionamento presentes na Estratégia de Saúde da Família e que, em maior ou menor medida, impactam nas suas artimanhas de cuidado em saúde direcionadas aos povos de terreiros. Em primeiro lugar, na ESF 3 conseguimos identificar um modelo de funcionamento ambulatorial, onde se priorizava a realização de atendimentos individuais para a cura e prevenção de determinadas enfermidades.

Isso se mostrou perceptível principalmente nos momentos em que precisamos nos apresentar enquanto pesquisadores à equipe de saúde. Em nossa primeira vez no referido estabelecimento, chegamos por volta das nove horas da manhã. De imediato, pudemos perceber que a unidade de saúde em questão funcionava improvisadamente em uma pequena residência que não havia sido criada com esse objetivo. O que antigamente era a sala da casa agora funcionava como recepção. O recinto estava absurdamente lotado de pessoas esperando serem atendidas pelo médico. Solicitamos conversar com a enfermeira responsável pela equipe, porém ficamos sabendo que ela estava de licença médica e só voltaria ao trabalho na semana seguinte.

Aproximadamente sete dias depois voltamos ao posto de saúde em questão. Assim como antes, o local estava lotado de usuários aguardando serem atendidos. Esperamos por aproximadamente vinte minutos até que finalmente conseguirmos conversar com a recepcionista. De imediato, ela nos sugeriu irmos embora já que aquele era um horário de pico. Afirmarmos que poderíamos esperar o fim das consultas o que a fez concordar muito a contragosto. Passados aproximadamente trinta minutos, uma técnica de enfermagem veio nos comunicar que a enfermeira não conversaria conosco.

Resolvemos retornar à unidade no dia seguinte, porém dessa vez ao meio dia. Assim como antes, havia um número considerável de usuários na recepção, contudo em uma quantidade inferior a de antes. Esperamos alguns minutos até, finalmente, sermos encaminhados para frente da sala da enfermeira. Ao chegarmos lá, tivemos a oportunidade de escutá-la sugerindo que a recepcionista nos expulsasse mais uma vez, porém sendo mais enfática na informação de que ninguém queria responder questionários.

Explicamos, então, que nosso objetivo era realizar rodas de conversas para refletir sobre a atuação da Estratégia de Saúde da Família no cuidado aos povos de terreiros. Isso aparentemente deixou nossa presença mais tolerável, pois em seguida ela nos recebeu, conseguimos explicitar nossas ambições de pesquisa e, por fim, marcamos um dia e horário para conversarmos (com a promessa de que seria rápido e não atrapalharia a rotina, pois “aqui a rotina é corrida meu filho, é muito atendimento”).

Ao explicitarmos tamanha situação não nos interessa demonizar a equipe de saúde em questão pelo fato de alguns deles terem tentado impossibilitar nosso acesso no início do estudo. Pelo Contrário! Nossa pretensão está muito mais em compreender quais processos se escondem por trás desses ditos e não ditos. De modo geral, a referida estratégia funciona em conformidade

com o modelo clínico-ambulatorial, ofertando diariamente consultas e procedimentos com objetivo de sanar as principais doenças que afligem os indivíduos e as coletividades.

Assim, talvez seja pertinente tecermos discussões sobre a “biopolítica da espécie humana”<sup>74</sup> no contexto das práticas de cuidado em saúde promovidas pela Estratégia de Saúde da Família. De modo geral, essa tecnologia de poder se destinada ao governo das populações, não mais compreendidas como um amontado de corpos individuais, mas como uma massa global que é governada cotidianamente por um conjunto de processos, tais como: proporção dos nascimentos e dos óbitos; da taxa de reprodução; e de fecundidade e assim por diante (Foucault, 2005).

Em poucas palavras, poderíamos afirmar que graças às estratégias biopolíticas foram introduzidos não somente os estabelecimentos de assistência, mas também mecanismos cada vez mais sutis, inteligentes e economicamente racionais e seguros através de relações higienistas, médico-centradas, verticalizantes e normativas (Foucault, 2005).

De modo geral, conseguimos identificar relações biopolíticas nas três equipes estudadas, já que em todas delas havia uma espécie de idealização em torno da figura do usuário da saúde, a qual supostamente deveria se interessar por todas as atividades promovidas pela unidade e ser ativo para com ela, como por exemplo, na situação em que um dos profissionais da ESF 1 apontou como desafio na condução de práticas de cuidado aos povos de terreiros o fato desses sujeitos não procurarem pelos estabelecimentos de saúde em busca de construir canais dialógicos. No caso da ESF 3, conseguimos visualizar esses mecanismos biopolíticos de cuidado em saúde quando identificamos que a mesma funcionava quase que em sua totalidade em acordo com uma lógica curativo-preventivista.

---

<sup>74</sup> Discorremos sobre o conceito de biopolítica no capítulo 4 do referido trabalho.

Nesse sentido, não precisamos pensar muito para concluirmos que a referida equipe (ESF3) não desenvolve qualquer espécie de atividade grupal, sendo que as próprias intervenções de cunho preventivo só acontecem em épocas de campanhas, como, por exemplo, o “Outubro Rosa”. Durante nossa roda de conversa, a enfermeira da referida unidade ainda justificou a ausência dessa espécie de trabalho em decorrência de alguns problemas de saúde que possuía, tais como uma lesão num nervo e uma cirurgia de tireoide realizada há um ano.

Segundo alguns ACS's, a Estratégia de Saúde da Família em questão é assistida por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de forma que os profissionais de tal equipe de apoio matricial terminam desenvolvendo alguns grupos de prevenção e educação em saúde destinados à parcelas específicas da população, tais como idosos, gestantes, hipertensos/diabéticos e fumantes<sup>75</sup>. Por fim, afirmaram que geralmente se encontram às sextas-feiras para reuniões de equipe, contudo, sem uma regularidade específica, mas apenas nas situações em que precisam planejar alguma atividade ou mesmo participarem de algum apoio matricial por parte do NASF.

No caso da ESF 2, a técnica de enfermagem afirmou que a chegada da equipe de residência em saúde da família foi um ponto que possibilitou a transformação no modo como a unidade em questão promovia o cuidado em saúde, pois anterior à chegada dos distintos profissionais, a Equipe de Saúde da Família conduzia alguns grupos, porém suas periodicidades eram mensais, em grande parte devido à falta de tempo da equipe, a qual constantemente estava envolvida em metas pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>75</sup> É preciso ressaltarmos que esse trabalho parte de uma premissa contrária à manifesta em expressões como “diabético”, “hipertenso”, “fumante”, ou “gestante”. De modo geral, acreditamos que em tais palavras escondem-se lógicas de funcionamento rígidas e normalizadoras que concebem nossos modos de ser e de existir a partir de uma única via, seja ela relacionada ao consumo de droga, desequilíbrio nas taxas de glicose e assim por diante. Entretanto, na situação explicitada acima optamos por utilizar tais terminologias, pois foram assim que os entrevistados se referiram aos grupos.

Com a chegada dos residentes, esses grupos passaram a ser contínuos e frequentes. Durante nossa roda de conversa, a técnica de enfermagem narrou com pesar a iminente saída dos mesmos, que aconteceria dali a um ano, o que poderia prejudicar a continuidade dos grupos. Entretanto, a enfermeira se mostrou mais confiante e afirmou que bastava eles seguirem o esquema de revezamento de facilitadores, algo que eles já vinham executando quando os distintos profissionais entravam de férias. Inclusive tal estratégia estava sendo utilizada quando realizamos nossa roda de conversa.

Entretanto, apesar da ESF 2 também ser assistida por um NASF e por uma equipe de residentes em Saúde da Família e Comunidade, a unidade em questão não promovia qualquer espécie de conversações com os espaços religiosos afro-brasileiros, o que podemos perceber como um elemento a se avançar na implantação da Educação Permanente em Saúde na cidade de Parnaíba (PI): reconhecer as questões os aspectos simbólicos-culturais dos povos considerados tradicionais como também pertencentes ao campo da saúde.

Por fim, a partir das problematizações que os atores de nossa pesquisa construíram em torno das suas práticas profissionais de saúde, foi possível levantar um novo ponto de discussão: “Quais os pontos fortes que a equipe possui e que possibilitariam possíveis artimanhas de cuidado em saúde destinadas a quem se considera como de um terreiro?”. Durante a roda de conversa, os profissionais das Estratégias de Saúde da Família investigadas elencaram os seguintes aspectos, a saber:

1- Compromisso dos ACS's com o trabalho desenvolvido na comunidade, pois apesar da falta de infraestrutura para o trabalho desenvolvido na Atenção Básica, eles são muito responsáveis e comprometidos (ESF 3).



2- Enfermeira sempre se mostra disponível para realizar novos tipos de atividades no posto, sempre buscando com que cada um colabore no que tem de melhor, por exemplo, técnica de enfermagem com decoração, determinado ACS com fotografia e assim por diante (ESF 2).

3- União da equipe, de forma que sempre que uma atividade é proposta todos colaboram e não apenas alguns (ESF 1/2).

A partir desses elementos, é possível perceber que ao serem tensionadas para a transformação de suas práticas, duas das equipes atribuíam o início da mudança à terceiros: as enfermeiras afirmavam serem os ACS's os mais capacitados para a função de estabelecer dialogias, estes, por sua vez, afirmavam ser a profissional de enfermagem a pessoa mais qualificada para desenvolver práticas de saúde aos povos de terreiros (como se toda a discussão se resumisse à uma lógica curativa e procedimental).

A partir de todos os elementos discutidos nesse terceiro analisador de nosso capítulo, podemos afirmar que apesar de duas das ESF's investigadas não desenvolverem qualquer espécie de cuidado em saúde destinado aos adeptos/consulentes das doutrinas religiosas afro-brasileiras, acreditamos que foi possível tensionarmos um primeiro passo para a transformação: a problematização das práticas desenvolvidas e a sensibilização para uma causa que até então lhe eram alheias. Além disso, também temos consciência que as transformações não acontecem da noite para o dia. Conforme mencionamos anteriormente, elas são graduais, desenvolvendo cotidianamente nos âmbitos micro e macropolíticos.

#### ***5.4 Interações nas Ofertas de Cuidado em Saúde entre Religiões de Matrizes Africanas e Estratégia de Saúde da Família***

A construção de canais dialógicos entre estabelecimentos religiosos afro-brasileiros e equipes de saúde da família nas ofertas de cuidado em saúde direcionadas ao território e às populações oriundas dos terreiros pode ser definida como uma estratégia que, em maior ou menor medida, está garantida a partir de alguns marcos legais, tais como: as leis complementares nº 8.080 e nº 8.142; o princípio da Equidade; o PNDH 1; o PNDH 2; o PNDH3; o documento intitulado “Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade”; o decreto nº 6.872, de junho de 2009; a PNSIPN; a lei nº 12.228, de 20 de julho de 2010; a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; a Política Nacional de Atenção Básica; e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

De modo geral, a partir dos discursos dos sujeitos que compuseram nosso estudo, foi possível percebermos que as interações entre esses dois atores institucionais podem alcançar algumas configurações, tanto à nível instituído, como a ausência de atividades conjuntas e o reconhecimento mútuo sobre a eficácia e a importância do cuidado em saúde promovido tanto pelos terreiros como pelos estabelecimentos de saúde (o que não necessariamente significa que sejam promovidas interações nas ofertas de cuidado), como também identificamos interfaces sendo construídas à nível instituinte, como a oferta de ações conjuntas por iniciativa das ESF's e as atividades tecidas pelos povos de terreiros em decorrência das suas articulações políticas.

Nesse sentido, no que se refere à ausência de interações entre esses serviços de saúde com os terreiros de Umbanda que promovem atividades de cuidado em saúde, podemos elencar a desarticulação entre o terreiro de Azekel e a Unidade de Saúde da Família “2”. De acordo com o condutor da referida casa espiritual, o posto de saúde da comunidade nunca procurou o terreiro para desenvolver qualquer espécie de atividade no espaço sagrado ou mesmo convidou algum dos fiéis do centro para que eles promovessem intervenções no estabelecimento de saúde em questão.

Segundo o condutor do referido centro espiritual, há muitos anos a religião vem reivindicando o seu lugar diante da Medicina, almejando garantir reconhecimento e legitimação diante das terapêuticas que ofertam em seus respectivos estabelecimentos sagrados. Por conta disso, apesar de não desenvolverem qualquer modalidade de interação nas ofertas de cuidado em saúde com a unidade de saúde da família da comunidade, ele avalia como extremamente eficaz as possibilidades de comunicação serviço-terreiros.

Em determinados casos, além da inexistência de canais dialógicos, também assistimos a um completo descaso e descompromisso por parte das Equipes de Saúde da Família no que se refere às populações praticantes de religiões afro-brasileiras, ocasionado a oferta de situações de preconceitos velados e sutis, que operam à nível do instituído, conforme nos foi relatado por Mmaabo quando a mesma discorria sobre sua relação com a ESF 3:

**Facilitador:** *“E quando a senhora precisa ir ao posto de saúde vai aonde?”*

**Mmaabo:** *“Posto de saúde eu vou bem aqui. Eu vou lá até porque eu tenho um problema de pressão alta, né? Eu tenho pressão alta, né? Aí, tem o dia de eu ir. É um pequenininho. Aí de primeiro, antigamente quando eu ia, ficava assim com vergonha. Eu notava que elas ficavam assim, as enfermeiras, aí depois, agora, não, quando eu chego lá elas me recebe bem e tudo. Às vezes, elas pega no meu braço e me leva lá pra dentro e tudo e é assim.”*

**Facilitador:** *“E elas sabem que a senhora tem o centro?”*

**Mmaabo:** *“Sabe... sabe, porque eu já disse para elas lá. A primeira vez que eu fui me consultar lá, me perguntaram aonde eu morava, eu disse que morava aqui, eu era umbandista e tinha um centro. Aí elas disseram: ‘a senhora tem um centro de macumba?’. Aí eu disse: ‘Não... Não é macumba. É Umbanda’ [...]”.*

Ao tomarmos com base o discurso proferido por Mmaabo, é possível perceber que por mais que as reivindicações da população negra por melhores condições de acesso à saúde tenham se intensificado a partir da segunda metade do século XX (como a Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na institucionalização do SUS e, conseqüentemente, dos princípios integralidade, da equidade e da participação social), isso não foi o bastante para que fossem instituídas estratégias de superação das adversidades vivenciadas pela população negra no acesso à saúde (Werneck, 2016).

Mesmo diante de um contexto social, econômico, político e cultural caracterizado principalmente pelas acentuadas cenas de colonialismo e racismo, bem com os elevados índices de pobreza, violência e desassistência no acesso à saúde, assistência, educação, segurança, moradia e transporte público de qualidade, a gestão e a promoção do cuidado em saúde têm sido construídas como se não houvessem indicadores sociais, econômicos e políticos de uma ampla disparidade e tratamento desigual que a sociedade e o SUS produzem para populações historicamente privadas de direitos que lhe são fundamentais (Werneck, 2016).

Por conta disso, passam a ser frequentes situações em que as unidades de saúde da família além de operarem cotidianamente desconsiderando por completo as singularidades e potencialidades do território, em conformidade com racionalidades biomédicas, curativas e higienistas, também acabam promovendo práticas constrangedoras e discriminatórias contra grupos sociais que, em maior ou menor medida, lhe são estrangeiros, como é o caso dos praticantes das doutrinas e simbologias religiosas afro-brasileiras. Nesse sentido, os “filhos do demônio” devem ser tratados com ressalva por mais que existam normativas que lhe garantam políticas públicas específicas.

Entretanto, em determinados casos, mesmo não promovendo quaisquer espécimes de interações com os terreiros, algumas Equipes de Saúde da Família terminam reconhecendo, mesmo que o mais demorado e timidamente possível, a importância das práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras, conforme pudemos perceber também na ESF 3, já que, conforme o tempo foi passando, os profissionais que compunham essa equipe passaram a se acostumar com a presença de Mmaabo no posto de saúde:

***Facilitador:** “O posto de saúde que a senhora frequenta já convidou alguma vez a senhora pra alguma coisa?”*

***Mmaabo:** “Só uma enfermeira, que tinha lá, que tava com um problema com o marido, né? O marido dela tava gostando de outra mulher. Ela tava sofrendo, aí eu fui lá me consultar, aí ela me chamou particular, aí falou pra mim, aí disse assim: ‘tire um tempo pra você ir lá onde eu tô’. Aí ela veio. Aí eu pedi as luz e tudo e reatei ela com o marido. Agora mesmo ela tá até grávida. Ela tá bem com o marido, ele largou a cunhã, aí tão vivendo bem. Aonde ela me vê ela fala comigo e tudo. Ela marca até consulta pra mim de graça, às vezes é pago: ‘destá que eu vou ajeitar a consulta pra você’ [...]”*

A partir disso, podemos perceber que em algumas circunstâncias, mesmo diante da inexistência de canais dialógicos entre os referidos atores institucionais, acabam se construindo algumas possibilidades muito fracas e tímidas de comunicação, tais como uma profissional da unidade de saúde ser atendida pelo espírito da Preta-Velha da casa, mesmo que em momentos anteriores tenham havido situações de descaso e desrespeito em decorrência do fato da usuária do serviço de saúde ser oriunda de um terreiro.

Entretanto, apesar da timidez de tal situação, de alguma forma ela também representa um avanço muito ínfimo nas ações em saúde, já que a atitude de procurar por um terreiro partiu da profissional de uma equipe que há pouco tempo atrás tratava distintamente Mmaabo por causa da religiosidade.

Isso não significa que os canais dialógicos entre Equipes de Saúde da Família e terreiros devam se direcionar apenas na transformação dos respectivos trabalhadores em consulentes, mas sim que percebamos como importantes os momentos que os atores “oficiais” do campo hegemônico do cuidado em saúde se mostram disponíveis a experimentar, e também reconhecer, o que o outro tem a ofertar.

Do outro lado, por parte dos estabelecimentos religiosos umbandistas, ao contrário do que pudemos presenciar nos discursos dos profissionais de saúde, havia um reconhecimento maior da importância e eficácia dos trabalhos em saúde ofertados pelas Equipes de Saúde da Família. Segundo Shomari, seria uma negligência se ele, enquanto líder de um terreiro, menosprezasse a “Medicina dos Brancos”, sendo que em muitas circunstâncias era necessário ao consulente frequentar ambos os espaços.

Compreensão semelhante se mostrou perceptível durante nosso processo de mergulho nas práticas de cuidado em saúde do terreiro de Azekel. Em uma das nossas visitas, acabamos escutando o atendimento de determinada consulente que fora consultada por Dona Teresa. A mulher era idosa e falava muito alto, o que talvez justificasse o fato de que estávamos ouvindo a conversa do lado de fora.

De modo geral, a consultada chegou reclamando de problemas “nas juntas e nos ossos”, contudo logo após alguns minutos iniciais de conversa, a divindade explicou à mulher aquele problema não era de incumbência dela, mas sim de um fisioterapeuta. Um dos médiuns, inclusive, a sugeriu o uso do “óleo de copaíba”.

Após o fim da consulta, a senhora, coincidentemente ou não, sentou-se juntamente com sua acompanhante ao nosso lado. A consulente comentou conosco que havia sido sua primeira vez no terreiro, mas que havia gostado muito da experiência. Em suas próprias palavras, todos haviam sido muito gentis com ela, de modo que escutaram sua queixa, disseram o que se tratava e quem ela deveria procurar para obter melhora em sua condição de saúde. Durante nossa entrevista com Shomari e com Mmaabo, ambos também comentaram conosco quando precisam encaminhar determinados casos para os postos de saúde:

**Shomari:** “[...] Para o povo dos terreiros, as doenças têm tanto origem física como também espiritual, só que aí eu sempre digo, quando a gente tá fazendo um tratamento, a pessoa vem com um problema tanto é... é... físico quanto emocional. Aí a gente... eu sempre digo: ‘Olha, a gente vai lhe tratar dentro do terreiro, mas você não pode esquecer as práticas de saúde lá fora, né?’. Eu sempre digo, é um acompanhamento junto. Vamos trabalhar juntos com essa situação. Então é o terreiro mais o médico, mais o psicólogo, mais o psiquiatra, o que for, né? Ele é junto [...]”.

**Facilitador:** “Como é que sabe que uma pessoa tá com alguma coisa mal [se referindo a casos de doenças mais graves].

**Mmaabo:** “É a Preta-Velha que descobre. É o seguinte: a pessoa sabe quando é ela que é pra procurar. Ela sabe quando ela não cura, aí ela indica pro médico, né? Aí a pessoa vai e procura o médico do posto daqui mesmo [...]”

Nessa vertente, algumas limitações mostram-se visíveis, principalmente em virtude de compreendermos que, nesse caso, as possibilidades de interações ficam restritas ao usuário poder ser atendido pelo estabelecimento de saúde e pela religião afro-brasileira, de modo que

acabam se tornando inexistentes outras possibilidades de diálogos, tais como a ocupação, por parte desses povos de cargos de gestão e planejamento de políticas públicas que lhes são específicas, tal como a de Saúde Integral da População Negra.

Com isso, podemos afirmar que consideramos essa estratégia de complementaridade como insuficiente, pois, termina por não ser uma articulação mútua entre esses espaços sagrados e os estabelecimentos “oficiais” de saúde. Além disso, também se corre o risco de que relações colonizadoras sejam estabelecidas.

Durante nossa jornada também conseguimos identificar tessituras dialógicas instituintes, como o desenvolvimento de ações conjuntas por iniciativa tanto das Equipes de Saúde da Família, assim como também por parte dos povos de terreiros em decorrência das suas articulações políticas. No primeiro caso, isso se mostrou visível através dos canais estabelecidos entre Ashanti e a Unidade de Saúde da Família corresponde a seu bairro (ESF 1).

No cotidiano da unidade em questão, as interações serviços-terreiros se mostraram perceptíveis nos momentos de atividades grupais, situações em que não somente os praticantes das religiões afro-brasileiras assim como todas as outras potencialidades do território eram convidadas a participar de intervenções, tais como: uma caminhada de mobilização contra o mosquito da dengue e duas mostras comunitárias, em que trabalhadores da saúde e usuários faziam apresentações culturais, contavam sobre a história da comunidade e como era o trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família.

Entretanto, essas interfaces serviços-terreiros acabaram se revelando como intervenções eventuais e esporádicas que não estavam instituídas no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, funcionando, na maioria das vezes, ora por um viés procedimental, biológico e preventivista, ora a partir de iniciativas (muito insipientes, diga-se de passagem) que almejavam ofertar relações equitativas e democráticas, apesar de não conseguirem, segundo os próprios



profissionais da referida ESF, já que, segundo eles, os usuários não comparecem aos eventos culturais promovidos pela equipe em questão, como, por exemplo, as mostras comunitárias (que quando realizadas contam com a presença de Ashanti e dos adolescentes que participam dos seus projetos sociais).

Esse desinteresse da população pelas atividades que se contraponham às racionalidades biomédicas e positivistas de se conceber a saúde, na realidade denuncia um sintoma muito frequente no cotidiano de algumas Equipes de Saúde da Família: por terem pouco contato com a vida que pulsa no território em que atuam, terminam ofertando práticas de cuidado em saúde que pouco interessam aos usuários sobre suas responsabilidades, já que não dialogam com as encomendas e as demandas dos sujeitos (as quais não são apenas de ordem biológica, mas operam à nível do não-dito, sendo de difícil compreensão caso você não consiga dialogar a partir das mesmas linguagens e pressupostos das classes populares).

Por outro lado, os canais dialógicos estabelecidos por parte dos povos de terreiro com os quais nos deparamos tinham como característica principal o papel de protagonismo exercido pelos praticantes das religiões afro-brasileiras ao tentar tensionar as Redes de Atenção à Saúde no cuidado em saúde à população negra e quilombola. Estamos falando do trabalho desenvolvido pela RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba (coordenada por Ashanti) e Piauí (sob presidência de Shomari).

Segundo Shomari, no município de Parnaíba existem aproximadamente cento e quatro terreiros filiados à Associação de Umbandistas de Parnaíba, a qual é presidida por Ashanti. Entretanto, quando contabilizamos quais desses estabelecimentos são cadastrados como pertencentes à RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba, essa quantidade cai para vinte.

De modo geral, esses montantes desproporcionais se devem por causa de que enquanto a associação municipal tem o objetivo de tão somente mapear e registrar os terreiros em

exercício na cidade, a outra organização ambiciona conquistar objetivos maiores, tais como: garantir o direito à saúde; valorizar os conhecimentos afro-brasileiros em relação aos processos de saúde/doença; monitorar e intervir nas políticas públicas através do controle social; combater todas as formas de intolerância; possibilitar que lideranças dos terreiros exijam das autoridades locais um atendimento em saúde em que as Africanidades sejam respeitadas; e, por fim, estabelecer canais de diálogos entre adeptos das tradições de matrizes africanas, gestores, profissionais e conselheiros de saúde (Silva, 2007).

No cenário parnaibano, uma das principais atividades desenvolvidas pela RENAFRO-SAÚDE diz respeito à articulação para que profissionais de saúde se direcionem aos terreiros, assim como também o contrário é garantido, isto é, proporcionar que pais ou mães de santo compartilhem suas experiências profissionais com os trabalhadores da saúde.

Assim, dependendo de qual o perfil dos praticantes do terreiro em que eles irão atuar, eles organizam a ida de determinados profissionais: por exemplo, no centro espírita de Ashanti são levados pediatras, já que o mesmo é frequentado por muitas crianças e adolescentes, em decorrência dos trabalhos sociais que a condutora da casa desenvolve. Em estabelecimentos com um número considerável de idosos quem vai são geriatras e assim por diante.

Outra intervenção desenvolvida pela RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba diz respeito às comemorações em homenagem ao dia nacional da Umbanda (15 de novembro), que acontecem todos os anos em locais públicos. Todavia, segundo Shomari, algumas das ações desenvolvidas pela organização dependiam do apoio da gestão municipal, o que acabou não se revelando mais possível com a troca de prefeitos o que, segundo ele, acabou dificultando principalmente a ida dos profissionais de saúde aos terreiros:

*Shomari: “[...] Desenvolvemos, agora, nesse momento nós não estamos desenvolvendo mais porque... porque a prefeitura cancelou os nossos projetos, né? Mas nós tínhamos um projeto chamado “saúde da população de terreiros”, que a gente levava projetos de saúde médicos, né, para dentro dos terreiros para desenvolver essas ações dentro dos terreiros. Aí a gente levava médico e tal e fazia o inverso também: nós levava nossas rezadeiras, nossas benzedadeiras pra dentro dos postos de saúde, mas esses projetos foram cancelados pela prefeitura agora no início do ano [...]”*

Além disso, durante nossa entrevista com Shomari, a referida liderança religiosa também discorreu em maiores detalhes sobre a RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba e o papel que a referida organização desempenha na cidade:

*Shomari: [...] “Sou coordenador estadual da Renafro. A Renafro, ela vem, é uma rede que vem a trabalhar a questão da saúde do negro, né? Da saúde da população do terreiro, né? Que eu nem digo negro, eu não sou nem fã dessa frase, mas a saúde da população do terreiro, porque no terreiro não tem só negro, né? Então, nós vamos desenvolver atividades de saúde, mas quando se fala de saúde é como coloquei no início, é saúde no contexto geral. Não é só saúde física [...]”*

Apesar de reconhecermos como de suma importância a construção, por parte dos adeptos das religiões afro-brasileiras, de interfaces entre ESF-terreiros nas ofertas de cuidado em saúde, tais iniciativas, assim como as que acontecem na ESF1, ainda são bastantes circunstanciais, não fazendo parte de agendas fixas das atividades ofertadas pelos terreiros. E quando são realizadas, estas não recebem o devido reconhecimento por parte da Secretaria

Municipal de Saúde, já que com a mudança de governantes locais, os poucos entrelaçamentos existentes entre esses dois atores institucionais foram rompidos.

À medida que as intervenções da RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba começaram a ganhar mais destaque no cenário municipal, Ashanti passou a convidar Mmaabi para que ela também participasse das ações ofertadas pela referida organização:

***Mmaabo:** “[...] Aí depois que eu... que eu comecei a andar com Ashanti, aí não sou mais assim vista com bruxa, né? Aonde vê falam comigo, pegam na minha mão, né? Aí pararam mais”.*

***Facilitador:** “Depois que a senhora passou a participar da RENAFRO-SAÚDE/Parnaíba?”*

***Mmaabo:** Com certeza, depois que eu passei a andar com Ashanti... Sempre ela me leva, né? Pois é. Aí, eu tinha cerimônia, às vezes, de sair assim. Às vezes, eu recebia um convite, aí eu não ia, num levava meus médiuns. Eu tinha vergonha de me apresentar num palco. Agora, eu já vou com ela, já converso. No primeiro dia que eu fui, me botaram pra conversar e eu não sabia o que é que eu dizia, né? Porque eu não participava de nada, aí eu não sabia o que eu dizia. Até que eu falei umas coisas boas que eles apoiaram lá tudo que eu dizia. Aí de lá pra cá, eu já fui em Teresina... mais ela... já fui mais ela em Teresina e aí quando tem essas coisas assim ela manda convite ou então ela vem me buscar e eu vou. Me leva três metros, cinco metros, oito metros, vai comigo [...]”*

Outras estratégias promovidas pelos praticantes das doutrinas religiosas afro-brasileiras com o objetivo de tensionar as Redes de Atenção à Saúde para a construção de canais dialógicos

ricos e eficazes aconteceu por meio da participação de algumas lideranças religiosas tanto em espaços acadêmicos de discussão como também em instâncias colegiadas de controle social.

No primeiro caso, conforme mencionamos na secção anterior, Ashanti já havia participado de um encontro da UNESCO realizado na cidade de Brasília, local em que esta teve a possibilidade de compartilhar seus conhecimentos sobre os mais variados assuntos, tais como plantas medicinais e suas propriedades curativas e gestação e gravidez de risco.

Por outro lado, no que se refere à ocupação por parte das lideranças religiosas afro-brasileiras de cargos em instâncias colegiadas de planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas aconteceu por meio da figura de Shomari. Segundo o mesmo, além de participar do Conselho Municipal de Saúde, de órgãos específicos para saúde da população negra, ele também costumeiramente procurava dialogar com profissionais de saúde, com movimentos sociais, com a universidade e com a prefeitura, como forma de garantir que a medicina hegemônica e a dos terreiros cada vez mais consigam trabalhar harmonicamente.

A partir disso, acreditamos ser oportuno fazermos referência à Portaria nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013, também conhecida como Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). O referido ato normativo foi instituído com o objetivo de reafirmar o compromisso do SUS com a universalidade, com a equidade, a integralidade e a participação popular por meio da valorização dos saberes populares, da ancestralidade, do incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e da inserção destes no SUS. Como boa parte das políticas públicas do âmbito da saúde, a PNEPS-SUS também é norteadas por uma série de princípios, são eles (Brasil, 2013b):

I- Diálogo – Acontece quando cada sujeito, de forma democrática e respeitosa, coloca o que sabe a disposição com objetivo de ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da

realidade, possibilitando, desse modo, a construção de processos de transformação social (Brasil, 2013b).

II- Amorosidade – Diz respeito à possibilidade do diálogo nas relações de cuidado e nas ações educativas envolverem sensibilidade e trocas emocionais e não apenas conhecimentos e argumentações logicamente organizadas (Brasil, 2013b).

III- Problematização – Propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade (Brasil, 2013b).

IV- Construção Compartilhada do Conhecimento – Pode ser compreendida como relações dialógicas entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, construídas com a pretensão de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas (Brasil, 2013b).

V- Emancipação – É um processo coletivo e compartilhado entre os mais distintos atores institucionais no qual estes conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, discriminação e violência ainda vigentes em nossa sociedade (Brasil, 2013b).

VI- Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular – Diz respeito às lutas sociais protagonizadas por grupos e movimentos populares historicamente silenciados e marginalizados, os quais ambicionam construir uma sociedade mais justa, democrática e culturalmente diversa (Brasil, 2013b).

Nesse sentido, as possibilidades de interações nas ofertas de cuidado em saúde entre Estratégia de Saúde da Família e religiões afro-brasileiras encontram garantias legais, em maior ou menor medida, na PNEPS-SUS, quando a mesma vêm garantir o reconhecimento e a valorização dos conhecimentos populares, possibilitando que os seus atores institucionais ocupem espaços de planejamento, implementação e avaliação de ações de cuidado em saúde, através de relações justas, equânimes e horizontais.

No cenário da nossa pesquisa, foi possível identificarmos esses princípios da educação popular nas seguintes situações anteriormente mencionadas: no reconhecimento por parte da UNESCO do trabalho como parteira desempenhado por Ashanti; na participação de Shomari no Conselho Municipal de Saúde e também em órgãos específicos destinados à saúde da população negra; e nas intervenções em saúde promovidas pelas filiais piauiense e parnaibana da RENAFRO-SAÚDE.

Nesse sentido, acreditamos ser esse último o melhor caminho na construção de canais dialógicos entre religiões afro-brasileiras e serviços de saúde, em nosso caso de estudo, Estratégia de Saúde da Família: possibilitar que os próprios praticantes dessas crenças protagonizem espaços de planejamento, promoção, gestão e avaliação do cuidado em saúde. Com isso, não se trata de rechaçar o conhecimento hegemônico produzido pelos profissionais de saúde. De fato, em muitas situações eles são extremamente úteis e necessários.

Além disso, também não estamos fazendo uma ode para impor que todo usuário dos serviços de saúde, mesmo contra sua vontade, se utilize das práticas de cuidado em saúde promovidas pelas religiões afro-brasileiras. Conforme mencionamos ao longo de todo esse trabalho, essas possibilidades de interações entre Estratégia de Saúde e doutrinas religiosas afro-brasileiras se direcionam prioritariamente aos povos considerados de terreiros: esses que historicamente foram relegados a um segundo plano nas ações e serviços hegemônicos de saúde e que, por conta disso, acabaram encontrando guarida nesses estabelecimentos sagrados.

## 6. “Vamos fechar nossa gira, com licença de Oxalá”<sup>76</sup>

Sair das nossas zonas de conforto não é um processo fácil: exige que abdicemos das situações com as quais estamos familiarizados e sigamos em direção ao desconhecido. Muitas vezes, esses processos são coercitivos e autoritários, assim como também foram os que se desenrolaram com nossos antepassados africanos, os quais foram arrancados de suas terras natais, colocados em navios cargueiros e traficados para terras brasileiras. Quando aqui chegaram, muitos elementos das suas respectivas culturas acabaram sendo dizimados, outros deles, para não adquirirem o mesmo fim, terminaram se agregando com outros elementos culturais que aqui se encontravam, fossem eles oriundos da África ou não.

Entretanto, em determinadas situações, sair do seu hábitat de origem é um processo extremamente necessário, contudo, nem por isso menos angustiante e desafiador. A um psicólogo de formação oriundo de um curso em que majoritariamente buscava construir uma atuação profissional baseada nos estudos da personalidade e da subjetividade interiorizada, da psicopatologia, da clínica liberal-privatista e das metodologias “objetivas” e “neutras”, propor-se a estudar as práticas de cuidado em saúde das religiões afro-brasileiras, mais especificamente da Umbanda, e suas interfaces com a ESF foi uma tarefa que me tirou das minha zona de conforto, por mais que durante toda minha trajetória acadêmica eu tenha buscado construir movimentos instituintes a essas perspectivas instituídas.

Nenhuma transformação acontece da noite para o dia. Até que eu chegasse a esse fim de noite, onde se passaram aproximadamente dois anos desde o início do meu desejo de me

---

<sup>76</sup> Estamos fazendo referência ao seguinte cântico umbandista: “Vamos fechar a nossa gira// Com licença de Oxalá// Vamos fechar a nossa gira// Com licença de Oxalá// Salve Xangô// Salve Iemanjá// Mamãe Oxum, Nanã Buroquê// Salve Cosme e Damião// Oxóssi, Ogum// Oxumaré// Salve Cosme e Damião// Oxóssi, Ogum//Oxumaré”.



aprofundar nas pesquisas sobre as práticas de cuidado em saúde dos terreiros, muitas movimentações foram tecidas: a escolha da ênfase em Saúde Coletiva<sup>77</sup>; o contato com os estudos sobre cartografia, análise institucional, contemporaneidade e processos de subjetivação; o interesse pelos estudos sobre os modos de vidas precárias; a sensibilização com a realidade dos povos de terreiros e assim por diante até que finalmente déssemos início à ambiciosa pesquisa que hoje você lê.

A partir do nosso mergulho nas práticas de cuidado em saúde promovidas pelas religiões afro-brasileiras foi possível percebermos que promover saúde nesses estabelecimentos sagrados significa muito mais do que acolher os sujeitos em seus momentos de dor, desespero e desamparo, isto é, expressa perspectivas de cuidado em saúde que se contrapõem às racionalidades biomédicas, positivistas e cartesianas, fazendo referência, muitas das vezes, a terapêuticas como: uso de plantas medicinais em chás, banhos e infusões; recebimento de rezas e passes; consultas com cartomantes e também com algumas divindades, tais como Pretos-Velhos, Boiadeiros e Pombas-Gira; e desenvolvimento de projetos sociais a sujeitos que historicamente tiveram seus acessos negados à saúde, assistência, educação, segurança, moradia, transporte público de qualidade e infraestrutura urbana.

Nos momentos em que se deparam com essas terapêuticas religiosas, os profissionais da saúde, mais especificamente as Equipes de Saúde da Família ao não se proporem em ser usuários-centradas, terminam desembocando num viés curativo-preventivista. Desse modo, para esses sujeitos “oficiais” promotores do cuidado, seriam os profissionais da saúde, com seus saberes hegemônicos e especialistas que assumiriam a função de detentores do papel de se debruçar sobre os enfermos em seus momentos de adoecimentos físicos, mentais ou espirituais.

---

<sup>77</sup> Durante meu período de graduação (2012-2017), os estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Ministro Reis Velloso, quando estavam no sétimo período deveriam escolher prosseguir sua trajetória formativa a partir das ênfases de Psicologia Clínica ou Saúde Coletiva.

Entretanto, isso não significa que tudo que esteja sendo produzido na Estratégia de Saúde da Família deva ser condenado e rechaçado. Muito pelo contrário. Existem experiências exitosas, apesar de eventuais e insipientes, em que se procuram dialogar com as movimentações culturais que a comunidade possui. Nesse cenário, a Educação Permanente se mostra como uma importante caminho que nos possibilita tecer transformações dos modelos institucionalizados e hegemônicos de se produzir saúde. Nesse processo de mudança de paradigmas, dialogar com o que possui o território é de suma importância. Em nossa cidade de estudo, são mais de cem terreiros de Umbanda, portanto, promover interfaces com as práticas de cuidado em saúde construídas nesses estabelecimentos sagrados torna-se como uma tarefa urgente.

Dentre as inúmeras possibilidades de dialogias, nessa pesquisa, conforme mencionamos em momento anterior, conseguimos identificar as seguintes vias de interfaces: ausência de atividades conjuntas; reconhecimento mútuo sobre a eficácia e a importância do cuidado em saúde promovido tanto pelos terreiros como pelos serviços de saúde, o que não necessariamente significa que sejam promovidas interações nas ofertas de cuidado em saúde; desenvolvimento de ações conjuntas por iniciativa das Equipes de Saúde da Família; e atividades promovidas pelos povos de terreiros em decorrência das suas articulações políticas.

Nesse último caso, nos deparamos com os trabalhos desenvolvidos pela RENAFRO-SAÚDE do Piauí e de Parnaíba, bem como com a participação de uma das lideranças religiosas em espaços de controle social. Desse modo, acreditamos ser esse um caminho deveras enriquecedor na construção de possibilidades de interfaces entre Estratégia de Saúde da Família e religiões de matrizes africanas nas ofertas de cuidado em saúde: o reconhecimento do protagonismo dos praticantes dessas crenças, de modo que estes participem do planejamento, promoção, gestão e avaliação do cuidado em saúde que lhes são destinados.

Como contribuição para os estudos futuros, acreditamos ser oportuno problematizar as práticas de cuidado em saúde ofertadas pelas religiões afro-brasileiras a partir de autores que dialoguem com os processos de colonização que se desenrolaram em terras americanas e africanas, já que, nesse caso, trabalhar com perspectivas teóricas, metodológicas e epistemológicas de origem europeia pode se configurar como um novo processo de colonização, por mais contestatórias sejam esses pressupostos.

## Referências

- Adorno, S. (2010). História e Desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. *Novos Estudos – CEBRAP*, 86, 5-20. doi: 10.1590/S0101-33002010000100001.
- Agamben, G. (2005). O que é um dispositivo? *Outra Travessia*, 5, 9-16. doi: 10.5007/%25x.
- Agamben, G. (2007). *Profanações* (S. J. Assmann, Tradutor). São Paulo: Boitempo.
- Andrade, L. O. M., Bueno, I. C. H. C., & Bezerra, R. C. (2006). Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 783-836). São Paulo, SP: Hucitec; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Arouca, A. S. S. (1975). *Dilema Preventivista: Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva* (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo). Recuperado de: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>.
- Badke, M. R., Budó, M. L. D., Alvim, N. A. T., Zanetti, G. D., & Heisler, E. V. (2012). Saberes e Práticas Populares de Cuidado em Saúde com o Uso de Plantas Medicinais. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21 (2), 363-370. doi: 10.1590/S0104-07072012000200014.
- Badke, M. R., Budó, M. L. D., Silva, F. M., & Ressel, L. B. (2011). Plantas Medicinais: O Saber Sustentado na Prática do Cotidiano Popular. *Escola Ana Nery*, 15 (1), 132-139. doi: 10.1590/S1414-81452011000100019.
- Bairrão, J. F. M. H. (2004). Sublimidade do Mal e Sublimação da Crueldade: Criança, Sagrado e Rua. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 61-73. doi: 10.1590/S0102-79722004000100009.

- Bairrão, J. F. M. H., & Rotta, R. R. (2010). Mulheres médiuns e caboclas espirituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62 (2), 169-177. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n2/v62n2a15.pdf>.
- Barbosa, M. K., & Bairrão, J. F. M. H. (2008). Análise do Movimento em Rituais Umbandistas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 225-233. doi: 10.1590/S0102-37722008000200013.
- Baremlitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e Prática* (5nd ed.). Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari.
- Barros, F. P. C., & Sousa, M. F. (2016). Equidade: Seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde & Sociedade*, 25 (1), 9-18. doi: 10.1590/S0104-12902016146195.
- Barros, M. (2009). *O candomblé bem explicado (Nações Bantu, Iorubá e Fon)*. Rio de Janeiro: CIP-BRASIL.
- Barros, M. L. (2013). Os deuses não ficarão escandalizados”: Ascendências e reminiscências de femininos subversivos no sagrado. *Estudos Feministas*, 21(2), 509-534. doi: 10.1590/S0104-026X2013000200005.
- Barros, M. L. (2015). Performances de gênero na umbanda: a pombagira como interpretação afro-brasileira de “mulher”? *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, 62, 126-145. doi: 10.11606/issn.2316-901X.v0i62p126-145.
- Barros, R. D. B. (1997). Dispositivo em ação: o grupo. In A. E. Silva, C. A. B. Neves, C. Rauterj, E. Passos, R. B. Barros, & S. C. Josephson (Orgs.). *Saúde e Loucura nº 6 (pp.183-191)*. São Paulo: HUCITEC Editora.
- Bastide, R., & Verger, P. (2002). Contribuição ao estudo da adivinhação em Salvador (Bahia). In Luhning (Org.). *Verger-Bastide: Dimensões de uma amizade* (pp. 193-221) (R. Janowitz, Tradutora). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

- Batistella, C. (2011). Saúde, Doença e Cuidado: Complexidade teórica e necessidade histórica. In A. F. Fonseca, & A. M. D'A. Corbo (Org.). *O território e o processo saúde-doença* (pp. 25-50). Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ.
- Birolli, F., & Miguel, L. F. (2015). Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações (Londrina)*, 20 (2), 27-55. doi: 10.5433/2176-6665.2015v20n2p27.
- Bolsoni, B. V. (2016). O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal instrumentalizadora. In: IX ANPED SUL – SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL. Anais do IX ANPED. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2012. Recuperado de: <[http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Filosofia\\_da\\_Educacao/Trabalho/02\\_05\\_58\\_1577-7564-1-PB.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Filosofia_da_Educacao/Trabalho/02_05_58_1577-7564-1-PB.pdf)>.
- Bosi, M. L. M. (2012). Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: Panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 575-586. doi: 10.1590/S1413-81232012000300002.
- Brasil. Ministério da Saúde (1997). *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Sistema Nações Unidas. (2001). *Subsídios para o debate sobre a política nacional de saúde da população negra: Uma Questão de Equidade*. Brasília: Nações Unidas.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. (2009a). Decreto nº 6.872, de 4 de junho de 2009. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. (2009b). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. (2010a). Lei nº 12.228, de 20 de julho de 2010. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2013a). *Política de Saúde Integral da População Negra: Uma Política para o SUS* [2nd ed.]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. (2016). *Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, S. A., & Trad, L. A. B. (2012). O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro. In L. E. Batista, J. Werneck & F. Lopes (Orgs.). *Saúde da População Negra* (pp. 62-91). Brasília: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.
- Butler, J. (2015). *Quadros de Guerra: Quando a Vida é passível de luto?* (S. T. N. Lamarão & A. M. Cunha, Tradutores). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Canevacci, M. (2013). *Sincretika: Explorações etnográficas sobre arte contemporânea* (H. C.

- Meneghelo, Tradutora). São Paulo: Studio Nobel.
- Canguilhem, G. (2010). *O normal e o patológico* (M. T. R. C. Barrocas, Tradutora) (6nd ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carvalho, G. F. (2008). *A Assistência Social no Brasil: Da Caridade ao Direito* (Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Recuperado de: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11992/11992.PDF>.
- Castro, E. (2014). *Introdução à Foucault* (B. A. Magalhães, Tradutora). Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014
- Castro, Y. P. (2012). O Tráfico transatlântico e a distribuição da população negra escravizada no Brasil Colônia. *Revista Digital Africanias*, (12), 1-12. Recuperado de: [http://www.africaniasc.uneb.br/pdfs/n\\_2\\_2012/ac\\_03\\_castro.pdf](http://www.africaniasc.uneb.br/pdfs/n_2_2012/ac_03_castro.pdf).
- Conceição, H. R. M., & Franco, T. B. (2017). Tensões no conceito de saúde a partir de Nietzsche – A grande saúde e a produção do cuidado. *Saúde em Redes*, 3 (1), 63-69. doi: 10.18310/2446-4813.2017v3n1p63-69.
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). *Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os*. Brasília: CFP.
- Cruz, M. M. (2011). Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial. *Qualificação de Gestores do SUS* (pp. 1-14). Brasília: Ministério da Saúde.
- Cunha, G. T. (2004). *A construção da clínica ampliada na atenção básica* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo). Recuperado de: <http://lamfcuberaba.xpg.uol.com.br/C1%EDnica%20Ampliada.pdf>.
- Cunha, G. P. (2012). Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In L. E.



- Batista, J. Werneck, & F. Lopes. *Saúde da População Negra* (pp. 22-33). Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.
- Deleuze, G. (1976). *Nietzsche e a Filosofia* (R. J. Dias & E. Fernandes). Rio de Janeiro: Editora Rio.
- Deleuze, G. (2002). *Espinoza: Filosofia prática*. São Paulo: Escuta.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault* (C. S. Martins, Tradutora). São Paulo: Braziliense.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia I*. (A. G. Neto & C. P. Costa, Tradutores). Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Dias, R. N. (2011). *Correntes ancestrais: Os pretos velhos do rosário* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-07082011-105621/pt-br.php>.
- Dias, R. N., & Bairrão, J. F. M. H. (2011). Aquém e Além do Cativo dos Conceitos: Perspectivas do Preto-Velho nos Estudos Afro-Brasileiros. *Memorandum*, 20, 145-176. Recuperado de: [seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/9808](http://seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/9808).
- Domingues, P. (2007). Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, 12 (23), 100-122. doi: 10.1590/S1413-77042007000200007.
- Duarte, L. F. D. (1986). *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Duarte, L. F. D. (1998a). Pessoa e Dor no Ocidente (O “holismo metodológico” na antropologia da saúde e da doença). *Horizontes Antropológicos (Porto Alegre)*, 4 (9), 13-28. doi: 10.1590/S0104-71831998000200002.
- Duarte, L. F. D. (1998b). Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In L. F. D. Duarte, & O. F. Leal. (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Duarte, L. F. D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 173-183. doi: 10.1590/S1413-81232003000100013.
- Duarte, L. F. D. (2010). O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 17 (Suplemento 2), 313-326. doi: 10.1590/S0104-59702010000600003.
- Escorel, S. (2008). História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 385-434). Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ.
- Escóssia, L., & Mangueira, M. (2005). Para uma psicologia clínico-institucional a partir da desnaturalização do sujeito. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 17(1), 93-101. doi: 10.1590/S0104-80232005000100007.
- Faustino, D. M. (2012). A equidade racial nas políticas de saúde. In L. E. Batista, J. Werneck & F. Lopes (Orgs.). *Saúde da População Negra* (pp. 92-121). Brasília: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.
- Felício, R. G., & Benelli, S. J. (2014). A análise institucional como ferramenta para atuação no campo do trabalho cooperado na economia solidária. *Diálogo*, 27, 25-37. doi: 10.18316/1807.
- Fernandes, A. M. D., Moura, A. M. A., Fernandes, D. J., Rocha, G. F., Luna, G. C. V., & Barbosa, T. L. O. (2006). Cidadania, Trabalho e Criação: Exercitando um Olhar sobre Projetos Sociais. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 18 (2), 125-142. doi: 10.1590/S0104-80232006000200010.
- Fernandes, F. M. B., & Moreira, M. R. (2013). Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva.

*Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23 (2), 511-529. doi: 10.1590/S0103-73312013000200010.

Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica* (R. Machado, Tradutor). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1984) *Microfísica do Poder* (R. Machado, tradutor). Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (1985). *História da Sexualidade 3: O Cuidado de Si* (M. T. C. Albuquerque, Tradutora). Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In H. L. Dreyfuss & P. Rabinow. *Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense.

Foucault, M. (1997). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970- 1982)* (A. Daher, Tradutor). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

Foucault, M. (2005). *Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito: Curso dado no Collège de France (1981-1982)* (M. A. Fonseca & S. T. Muchail, Tradutores). São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008). *Segurança, Território e População: Curso dado no Collège de France (1977-1978)* (E. Brandão, Tradutor). São Paulo: Martins Fontes.

Freitas, M. S. (2012). *Refletir sobre a História do Negro no Brasil: Uma Resposta ao Racismo*. In II Congresso de Educação, Evento realizado na Universidade Estadual de Goiás, Iporá, Goiás, GO.

Gilfroy, P. (2001). *O Atlântico Negro* (C. K. Moreira, Tradutor). São Paulo/Rio de Janeiro: Editora 34.

- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2008). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
- Gomberg, E. (2011). *Hospital de Orixás: Encontros terapêuticos em um terreiro de Candomblé*. Salvador: EDUFBA
- Gomes, L. G. N., & Júnior, N. S. (2007). Experimentação Política da Amizade: Alteridade e Solidariedade nas Classes Populares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (2), 149-158. doi: S0102-37722007000200005.
- Gomes, M. C. P. A. (2010). Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 14 (34), 663-772. doi: 10.1590/S1414-32832010005000015.
- Guattari, F., Rolnik, S. (2011). *Micropolítica: Cartografias do Desejo* (11th ed.). Petrópolis: Vozes.
- Hall, S. (2005). *A identidade cultural na pós-modernidade* (T. T. Silva & G. L. Louro, Tradutores). Rio de Janeiro: DPP&A.
- Jensen, T. G. (2001). Discursos sobre religiões afro-brasileiras: Da desafricanização para a reafricanização. *Revista de Estudos da Religião*, 1, 1-21. Recuperado de: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/ENSINOR\\_ELIGIOSO/artigos/discursos\\_religioes\\_afro.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/ENSINOR_ELIGIOSO/artigos/discursos_religioes_afro.pdf).
- Júnior, E. F. (1995). *Dicionário Antológico da Cultura Afro-Brasileira: Português-Yorubá-Nagô-Angola-Gêge: incluindo as ervas dos Orixás, doenças, uso e fitologia das ervas*. São Paulo: Maltese.
- Júnior, H. F. (2001). *A Idade Média: Nascimento do Ocidente* (2nd ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Kalckmann, S., Santos, C. G., Batista, L. E., & Cuz, V. M. (2007). Racismo Institucional: um

- desafio para a equidade no SUS?. *Saúde & Sociedade*, 16 (2), 146-155. doi: 10.1590/S0104-12902007000200014.
- L'Abbate, S. (2003). A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 265-274. doi: 10.1590/S1413-81232003000100019.
- L'Abbate, S. (2013). Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In S. L'Abbate, L. C. Mourão, & L. M. Pezzato (Orgs.). *Análise Institucional e Saúde Coletiva* (pp. 31-90). São Paulo: HUCITEC Editora.
- Lages, S. R. C. (2012). Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a saúde pública. *Psicologia Argumento*, 30 (69), 401-410. Recuperado de: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=5986&dd99=view&dd98=pb>.
- Leloup, J. (2017). *Amar... apesar de tudo: Para que cada um de nós transforme seu destino em um projeto consciente* (G. J. F. Teixeira, Tradutor). Petrópolis: Vozes.
- Lima, S. O. (2014). *Fiéis da ancestralidade: Comunidades de terreiros de Teresina*. Teresina: EDUFPI.
- López, L. C. (2011). Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. *Saúde & Sociedade*, 20 (3), 590-603. doi: 10.1590/S0104-12902011000300006.
- López, L. C. (2012). O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface – Educação, Saúde e Educação*, 16 (40), 121-134. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Lourau, R. (1995) *A Análise Institucional* (M. Ferreira, Tradutor). Petrópolis: Vozes.
- Lourau, R. (2004a). O instituinte contra o instituído. In S. Altoé (Org.). *René Lourau: Analista Institucional em tempo integral* (pp. 47-65). São Paulo: HUCITEC Editora.

- Lourau, R. (2004b). Pequeno Manual de Análise Institucional. In S. Altoé (Org.). *René Lourau: Analista Institucional em tempo integral* (pp. 122-127). São Paulo: HUCITEC Editora.
- Lourau, R. (2004c). Uma apresentação da análise institucional. In S. Altoé (Org.). *René Lourau: Analista Institucional em tempo integral* (pp. 128-139). São Paulo: HUCITEC Editora.
- Luz, M. L. (2005). Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 145-176. doi: 10.1590/S0103-73311997000100002.
- Mansano, S. R. V. (2009). Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, (8) 2. Recuperado de: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/139/172>.
- Mantovani, A. (2013). Grupo Religioso: Ritual e Sonho. *Revista da SPAGESP*, 14(1), 11-20. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702013000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100003).
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. Madrid: Melusina.
- Mbembe, A. (2017). *Políticas da Inimizade* (M. Lança, Tradutora). Lisboa: Antígona
- Mello, M. L., & Oliveira, S. S. (2013). Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde & Sociedade*, 22 (4), 1024-1035. doi: 10.1590/sausoc.v22i4.76497.
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In A. C. S. Mandarino, & E. Gomberg (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde* (pp.29-74) . São Cristóvão: Editora UFS.
- Merhy, E. E. (2013a). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In T. B.

- Franco & E. E. Merhy (Orgs.). *Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde* (pp. 68-94). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2013b). Em busca do tempo perdido. In T. B. Franco & E. E. Merhy (Orgs.). *Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde* (pp. 19-67). São Paulo: Hucitec.
- Miskolci, R. (2003). Reflexões sobre normalidade e desvio social. *Estudos de Sociologia*, 7 (13), 109-126. Recuperado de: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/169>.
- Monceau, G. (2010). Analyser ses implications dans l'institution scientifique: une voie alternative. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 10 (1), 13-130. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100003).
- Monteiro, M. C. S. (2012). Desafios da inclusão da temática étnico-racial na Educação Permanente em Saúde. In L. E. Batista, J. Werneck & F. Lopes (Orgs.). *Saúde da População Negra* (pp. 146-159). Brasília: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.
- Mota, C. S., & Trad, L. A. B. (2011). A Gente Vive pra Cuidar da População: estratégias de cuidado e sentidos para saúde, doença e cura em terreiros de Candomblé. *Saúde e Sociedade*, 20 (2), 325-337. doi: 10.1590/S0104-12902011000200006.
- Nascimento, A. (1978). O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Nascimento, A. R. A., Souza, L., & Trindade, Z. A. (2001). Exus e Pombas-giras: O Masculino e o Feminino nos Pontos Cantados da Umbanda. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 107-113. doi: 10.1590/S1413-73722001000200015.

- Negri, T. (2001). *Exílio, seguido de Valor e Afeto* (R. Cordeiro, Tradutora). São Paulo: Editora Iluminuras.
- Osmo, A., & Schraiber, L. B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: Definições e debates em sua constituição. *Saúde & Sociedade*, 24 (1), 205-218. doi: 10.1590/S0104-12902015S01018.
- Paim, J. S. (2006). Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde & Sociedade*, 15 (2), 34-46. doi: 10.1590/S0104-12902006000200005.
- Paim, J. S. (2007). *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para Compreensão e Crítica* (Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia). Recuperado de: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>.
- Pereira, M. S. (2016). Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: Relato da Assistência ao Parto. *Saúde & Sociedade*, 25 (3), 589-601. doi: 0.1590/S0104-129020162542.
- Portella, R. (2006). Religião, sensibilidades religiosas e pós-modernidade: Da ciranda entre religião e secularização. *Revista de Estudos da Religião*, 29 (6), 71—87. Recuperado de: [http://www.pucsp.br/rever/rv2\\_2006/p\\_portella.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv2_2006/p_portella.pdf).
- Queiroz, R. (2017). *Exu do ouro: Consciência próspera*. São Paulo: Planeta.
- Ribeiro, J. O. (2012). *Sincretismo Religioso no Brasil: Uma Análise Histórica das Transformações no Catolicismo, Evangelismo, Candomblé e Espiritismo* (Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco). Recuperado de: <http://estrategistas.com/wp-content/uploads/2013/06/Sincretismo-religioso-no-Brasil-Josenilda-Ribeiro.pdf>.
- Ribeiro, M. A. L. (2015). Cuidar nos terreiros: Análise das interpretações dos adeptos umbandistas sobre o vídeo veiculado pela Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras



- e Saúde, em Teresina-PI. In J. T. Andrade, M. L. Mello, & V. M. S. Holanda (Org.). *Saúde e Cultura: Diversidades terapêuticas e religiosas* (pp.88-112). Fortaleza: EdUECE.
- Rios, L. F., Oliveira, C., Garcia, P., & Parker, R. (2013). Axé, práticas corporais e Aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (12), 3653-3662. doi: 10.1590/S1413-81232013001200021.
- Rodhe, B. F. (2009). Umbanda, uma Religião que não Nasceu: Breves Considerações sobre uma Tendência Dominante na Interpretação do Universo Umbandista. *Revista de Estudos da Religião*, 77-96. Recuperado de: [www.pucsp.br/rever/rv1\\_2009/t\\_rohde.htm](http://www.pucsp.br/rever/rv1_2009/t_rohde.htm)
- Rosário, M. J. A., & Silva, J. C. (2015). A Educação jesuítica no Brasil Colônia. *Revista HISTEDBR On-Line*, 15(61), 1-9. Recuperado de: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2004/GT.11/GT3.PDF>
- Saavedra, N. & Berezon, S. (2013). Placer, transformación y tratamiento: uso de las medicinas alternativas para problemas emocionales en la Ciudad de México. *Saúde & Sociedade*, 22 (2), 530-541. doi: 10.1590/S0104-12902013000200022.
- Sampaio, J., Santos, G. C., Agostini, M., & Salvador, A. S. (2015). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)*, 18 (2), 1299-1312. doi: 10.1590/1807-57622013.0264.
- Santos, J. E., & Santos, G. C. S. (2013). Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde em Debate*, 37 (99), 563-570. doi: 10.1590/S0103-11042013000400003.

- Sardenberg, C. M. B. (2015). Caleidoscópios de gênero: Gênero e interseccionalidades na dinâmica das relações sociais. *Mediações (Londrina)*, 20 (2), 56-96. doi: 10.5433/2176-6665.2015v20n2p56.
- Sawaia, B. B. (2001). O Sofrimento Ético-Político como Categoria de Análise para a Dialética Exclusão/Inclusão. In B. B. Sawaia (Org.). *As Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e ética da desigualdade social* (2nd ed.) (pp. 97-118). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Scliar, M. (2005). *Do mágico ao social: A trajetória da Saúde Pública* (2nd ed.). São Paulo: SENAC São Paulo.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.
- Senna, D. M., & Lima, T. F. (2012). Questão da violência na Atenção Primária da População Negra. In L. E. Batista, J. Werneck, & F. Lopes (Orgs.). *Saúde da População Negra* (2nd ed.) (pp. 160-181). Brasília: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.
- Silva, J. M. (2007). Religiões e Saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *Saúde & Sociedade*, 16 (2), 171-177. doi: 10.1590/S0104-12902007000200017.
- Silva, R. A., Fernandez, J. C. A., & Sacardo, D. P. (2017). Para uma “ecologia de saberes” em saúde: Um convite dos terreiros ao diálogo. *Interface (Botucatu) [online]*, 21 (63), 921-931. doi: 10.1590/1807-57622016.0180.
- Silveira, H. (2014). Tradições de matriz africana e saúde: O cuidar nos terreiros. *Identidade!*, 19 (2), 75-88. Recuperado de: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/view/2346>.

- Sisson, M. C. (2007). Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. *Saúde & Sociedade*, 16 (3), 85-91. doi: 10.1590/S0104-12902007000300008.
- Soares, L. B., & Miranda, L. L. (2009). Produzir subjetividades: O que significa? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9 (2), 408-424. Recuperado de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9112/6988>.
- Spagnol, C. A., L'Abbate, S., Monceau, G., Jovic, L. (2016). Dispositif socianalytique : instrument d'intervention et de collecte de données en recherche qualitative en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 124, 6-15. doi: 10.3917/rsi.124.0108.
- Spinoza, B. (2009). *Ética* (T. Tadeu, Tradutor). Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Tedesco, S. H., Sade, C., & Caliman, L. V. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: A experiência do dizer. *Fractal, Revista de Psicologia*, 25 (2), 299-322. doi: 10.1590/S1984-02922013000200006.
- Tesser, C. D., & Sousa, I. M. C. (2012). Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. *Saúde & Sociedade*, 21 (2), 336-350. doi: 10.1590/S0104-12902012000200008.
- Trad, L, Mota, C. Castellanos, M., Farias, V. N., & Brasil, S. A. (2012). Percepção sobre a Política de Saúde da População Negra: Perspectivas Políticas. In L. E. Batista, J. Werneck & F. Lopes (Orgs.). *Saúde da População Negra (pp. 182-201)*. Brasília: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.
- Valla, V. V., Guimarães, M. B., & Lacerda, A. (2006). Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: Uma Proposta de Investigação voltada para as Classes Populares. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). *Cuidado: As Fronteiras da Integralidade* (pp. 102-118). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRACO.

- Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo, SP: Hucitec; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: Empowerment, sua história, teorias e estratégia*. Rio de Janeiro: Paulus.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde & Sociedade*, 25 (3), 535-549. doi: 10.1590/S0104-129020162610.
- Zangari, W. (2005). Uma leitura psicossocial do fenômeno da mediunidade de umbanda. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 15 (3), 70-88. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/946/94625312.pdf>

## **Anexos**

### *Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Título do estudo:** Nos Batuques dos Quintais: Interações entre Religiões de Terreiros e Equipes de Saúde da Família nas Ofertas de Cuidado

**Pesquisador responsável:** Matheus Barbosa da Rocha

**Instituição/Curso:** UFPI/Campus Ministro Reis Velloso/Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Contato:** matheusbr.psico@live.com (86 – 99833-3677 – permitido ligações à cobrar).

Eu, Matheus Barbosa da Rocha, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, Campus Ministro Reis Velloso, sob orientação da professora Dra. Ana Kalliny de Sousa Severo, estou desenvolvendo uma pesquisa que se propõe a investigar as interações entre as Religiões de Terreiros e as Equipes de Saúde da Família nas ofertas de cuidado. Dessa forma, gostaria de contar com sua participação no referido estudo. A sua participação na pesquisa é totalmente gratuita e voluntária e não acarretará em nenhum prejuízo de ordem física, pessoal ou profissional. Os possíveis riscos a que você está sujeito são mínimos: por conter questões concernentes ao foro íntimo, ou seja, sobre religião, você poderá, porventura, sentir-se desconfortado a expressar-se. Caso isso ocorra, será respeitada a sua vontade e você poderá desistir do processo investigativo. Além disso, caso você tenha se sentido abalado psicologicamente com os assuntos abordados em nosso estudo, o pesquisador responsável pelo estudo arcará com as despesas de consultas médicas e/ou psicológicas.

Este estudo tem finalidades acadêmicas, portanto seus resultados serão publicados em eventos e revistas científicas, no entanto você não será identificado, ou seja, garantimos sigilo/anonimato da sua participação em nossa pesquisa. A qualquer momento, se assim desejar, você tem o direito de desistir do estudo, mesmo após já ter iniciado sua participação no mesmo. Caso surjam eventuais dúvidas, os pesquisadores envolvidos poderão saná-las a qualquer momento, seja durante a condução do trabalho, ou mesmo posteriormente, por meio dos contatos deixados por eles. Por fim, é preciso ressaltar que você assinará duas vias deste termo, ficando uma com você e outra com o pesquisador responsável pelo estudo.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Interações entre religiões de terreiros e equipes de saúde da família nas ofertas de cuidado”, e todos os elementos anteriormente expostos, concordo em participar do estudo e permito que minha entrevista seja gravada e transcrita na íntegra, com garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo. Estou ciente que as informações coletadas serão utilizadas para

efeito de análise e divulgação científica e que posso retirar meu consentimento de participação na pesquisa a qualquer momento, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum prejuízo em minha vida pessoal ou profissional. Por fim, declaro ter conhecimento de que estou assinando duas vias, sendo uma do pesquisador e a outra minha, de participante.

**Local e Data:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do Participante**

---

**Assinatura do Pesquisador**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. Telefone: 3237-2332. E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

## *Anexo II – Roteiro de Entrevista (Líderes de Terreiros)*

### *1.1 Dados Sócio-Demográficos (a ser preenchidos por eles próprios):*

*Nome (Fictício, participante escolher):* \_\_\_\_\_

*Idade:* \_\_\_\_\_

*Identidade de Gênero:* \_\_\_\_\_

*Status Civil:* \_\_\_\_\_

*Ocupação:* \_\_\_\_\_

*Religião:* \_\_\_\_\_

*Função do Entrevistado dentro das Cerimônias Religiosas:*

*Eu moro com:*

*Escolaridade:*

( ) Sem Letramento; ( ) Ensino Fundamental Incompleto; ( ) Ensino Fundamental Completo;  
( ) Ensino Médio Incompleto; ( ) Ensino Médio Completo; ( ) Ensino Superior Incompleto;  
Ensino Superior Completo.

*Renda Familiar:*

( ) 0 a 1 salários mínimos; ( ) 1 a 3 salários mínimos; ( ) 3 a 5 salários mínimos; ( ) Mais de 5 salários mínimos.

### *1.2 Perguntas*

- 1) Você poderia me falar sobre sua religião (especificar quando perguntar)? Suas principais doutrinas e crenças....
- 2) Qual sua história com essa religião?
- 3) Para sua religião, o que seria cuidado? Como vocês o promovem (seja nas cerimônias religiosas ou nos serviços comunitários)?
- 4) Para sua religião, o que explicaria uma pessoa estar doente? Você poderia me falar mais a respeito?
- 5) Você pode me falar mais sobre a relação do terreiro que você frequenta com o bairro em que ele está inserido? Como eles veem as crenças de vocês? Como é a relação da comunidade com você?
- 6) Como a sua religião vê a questão da Medicina do Branco (Medicina “Oficial”)? Você poderia me falar mais a respeito? Existe alguma articulação do terreiro com algum serviço de saúde? Fale mais sobre o assunto.
- 7) Como é a relação do seu terreiro com o posto de saúde do bairro? Como eles o veem? Há alguma ação conjunta? Conte mais sobre...

### **Anexo III – Roteiro da Roda de Conversa com os profissionais da ESF**

#### *1.1 Dados Sócio-Demográficos (a ser respondidas por eles próprios):*

Nome (Fictício, participante escolher): \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Identidade de Gênero: \_\_\_\_\_

Status Civil: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) Sem Letramento; ( ) Ensino Fundamental Incompleto; ( ) Ensino Fundamental Completo;  
( ) Ensino Médio Incompleto; ( ) Ensino Médio Completo; ( ) Ensino Superior Incompleto;  
Ensino Superior Completo.

Renda Familiar:

( ) 0 a 1 salários mínimos; ( ) 1 a 3 salários mínimos; ( ) 3 a 5 salários mínimos; ( ) Mais de 5 salários mínimos.

#### *1.2 Perguntas:*

- 1- Apresentação
- 2- Quais os pontos fortes das práticas de cuidado desenvolvidas por vocês no território?
- 3- Quais os pontos fracos das práticas de cuidado desenvolvidas por vocês no território?
- 4- Existem ações conjuntas com terreiros de umbanda e candomblé? Quais? Explique mais sobre...
- 5- O que dificulta o trabalho (ou o possível trabalho) em conjunto com os terreiros da comunidade?