

Práticas de saúde:

Estratégias de cuidado e sentidos
nas religiões de matrizes africanas

Kristiane Alves Araújo

Maxim Repetto

Ana Paula Barbosa Alves

Juliana Pontes Soares

(Organizadores)



 Atena
Editora

Ano 2023

Práticas de saúde:

**Estratégias de cuidado e sentidos
nas religiões de matrizes africanas**

Kristiane Alves Araújo

Maxim Repetto

Ana Paula Barbosa Alves

Juliana Pontes Soares

(Organizadores)



Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

- Prof^a Dr^a Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso
Prof^a Dr^a Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília
Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^a Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDPar
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
Prof^a Dr^a Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Práticas de saúde: estratégias de cuidado e sentidos nas religiões de matrizes africanas

Diagramação: Thamires Camili Gayde
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Kristiane Alves Araújo
Maxim Paolo Repetto Carreno
Ana Paula Barbosa Alves
Juliana Pontes Soares
Perla Alves Martins Lima
Autores: Kristiane Alves Araújo
Maxim Paolo Repetto Carreno

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
P912	Práticas de saúde: estratégias de cuidado e sentidos nas religiões de matrizes africanas / Organizadores Kristiane Alves Araújo, Maxim Paolo Repetto Carreno, Ana Paula Barbosa Alves, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Outras organizadoras Juliana Pontes Soares Perla Alves Martins Lima Autores Kristiane Alves Araújo Maxim Paolo Repetto Carreno Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1708-8 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.088230109
1. Política de saúde. 2. Terapia de cura. I. Araújo, Kristiane Alves (Organizadora). II. Carreno, Maxim Paolo Repetto (Organizador). III. Alves, Ana Paula Barbosa (Organizadora). IV. Título.	
CDD 362.1	
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Este livro aborda a temática sobre Saúde e Diversidade Sociocultural na Amazônia, a partir de um diálogo transdisciplinar, em que as ciências da saúde se aproximam da Antropologia, com foco na relação entre saúde, medicina e religião. Analisou-se como são construídos os itinerários terapêuticos, ou seja, como são formuladas as concepções que envolvem a saúde, a doença e o atendimento em uma comunidade religiosa composta de migrantes. Para tanto, discutiremos os aspectos culturais e identitários envolvidos no processo.

Ele apresenta dados de uma pesquisa de mestrado, desenvolvida na perspectiva de relatar sobre os itinerários terapêuticos relacionados aos atendimentos em saúde das pessoas que participam desta comunidade, por meio da análise das concepções de mundo dos seus membros e, também, do estudo das trajetórias e percursos em busca da cura. Esboçamos uma classificação inicial dos principais esforços de cura no candomblé, limitada a nossa pequena amostra focal de pesquisa, mas através da qual analisamos o processo de diagnóstico, de concepção saúde doença e tratamento, buscando compreender a relação estabelecida entre medicina, religião e saúde.

Foram realizadas entrevistas com pais-de-santo, mães-de-santo, filhos e filhas de-santo e pessoas que procuravam ajuda nos terreiros. Durante a trajetória de pesquisa pudemos observar a procura por serviços de cura em maior número de algumas patologias, a exemplo de depressão, dermatites e alcoolismo. Mas também, por que essas trajetórias em busca da saúde podem ser construídas articulando práticas profissionais, populares e familiares, com suas idas e vindas entre elas.

A publicação está organizada em capítulos que se complementam ao contextualizarem a discussão sobre religião, medicina e processo saúde-doença-cuidado e apresenta os seguintes recortes: religião, saúde, terapias de cura, migração e identidade cultural, isto é, os processos identitários observáveis no âmbito das redes de relações sociais que se construíram com base na busca de serviços públicos em saúde.

A relevância deste trabalho está relacionada à ampliação do conhecimento do objeto de estudo em um cenário pouco estudado. A leitura da investigação e da discussão aqui apresentados, certamente, provocará reflexões que poderão resultar em contribuições para novos estudos de saúde e seus determinantes sociais, principalmente no que se diz respeito ao planejamento e implementação de políticas públicas.

RESUMO

O presente estudo enquadra-se na linha de pesquisa Saúde e Diversidade Sociocultural na Amazônia-PROCISA/UFRR, a partir de um diálogo transdisciplinar, em que as ciências da saúde se aproximam da Antropologia, com foco na relação entre saúde, medicina e religião. Analisou-se como são construídos os itinerários terapêuticos, ou seja, como são formuladas as concepções que envolvem a saúde, a doença e o atendimento em uma comunidade religiosa composta de migrantes, na cidade de Boa Vista. Para tanto, discutiremos os aspectos culturais e identitários envolvidos no processo. Foi realizada uma pesquisa etnográfica e, ao mesmo tempo, colaborativa junto a essa comunidade, ancorada em uma instituição religiosa afro-brasileira chamada de Ilê Axe Yeye Olomir Olá, praticantes do candomblé, cuja nação é Kétu, e tem como líder o pai-de-santo Dofono de Oxum, situada na periferia da cidade de Boa Vista. A pesquisa relata sobre os itinerários terapêuticos relacionados aos atendimentos em saúde das pessoas que participam desta comunidade, por meio da análise das concepções de mundo dos seus membros e, também, do estudo das trajetórias e percursos em busca da cura. Esboçamos uma classificação inicial dos principais esforços de cura no candomblé, limitada a nossa pequena amostra focal de pesquisa, mas através da qual analiso o processo de diagnóstico, de concepção saúde doença e tratamento, buscando compreender a relação estabelecida entre medicina, religião e saúde. Foram realizadas entrevistas com pais-de-santo, mães-de-santo, filhos e filhas-de-santo e pessoas que procuravam ajuda nos terreiros. Durante a trajetória de pesquisa pudemos observar a procura por serviços de cura em maior número de algumas patologias, a exemplo de depressão, dermatites e alcoolismo. Mas também, por que essas trajetórias em busca da saúde podem ser construídas articulando práticas profissionais, populares e familiares, com suas idas e vindas entre elas.

Palavras-chave: Itinerários terapêuticos. Migração. Identidade. Saúde Pública. Terapias de cura.

SUMÁRIO

A CURA PELA FÉ.....	1
TRAJETÓRIA DO TRABALHO DE CAMPO E MAPEAMENTO DO ESPAÇO PARA CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA	2
JUSTIFICATIVA E METODOLOGIA: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE, CONVERSAS INFORMAIS E ENTREVISTAS.....	3
CANDOMBLÉ E A MEDICINA TRADICIONAL: UMA VISÃO INTEGRADA DE SAÚDE E RELIGIÃO.....	9
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FRENTE AOS SISTEMAS AFRO- BRASILEIROS E DE MEDICINA TRADICIONAL	11
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	17
SAÚDE E CANDOMBLÉ	31
O CANDOMBLÉ	36
RAÍZES DE UM ESPAÇO SAGRADO	40
RITUAL DE INICIAÇÃO AFRO-RELIGIOSO.....	42
CONFIGURAÇÃO DO CAMPO AFRO-RELIGIOSO EM RORAIMA.....	44
OBALUAÊ: SENHOR DAS TERRAS/ O ORIXÁ DA SAÚDE E DAS DOENÇAS/ OMO-LU ou OMULU: o orixá da saúde	49
OSSAIM: ORIXÁ DAS PLANTAS MEDICINAIS: garrafadas, banhos e ebós de purificação espiritual	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	62
SOBRE OS AUTORES.....	69

A CURA PELA FÉ



Figura 01- Festa no Terreiro Illê Axe Yeye Olomin Ola (20/10/2011)

Fonte: Maxim Repetto

O presente estudo faz uma discussão sobre religião, medicina e processo saúde-doença-cuidado e apresenta os seguintes recortes: religião, saúde, terapias de cura, migração e identidade cultural, isto é, os processos identitários observáveis no âmbito das redes de relações sociais que se construíram com base na busca de serviços públicos em saúde.

Quanto à temática, a escolha associa-se a um interesse de estudar as relações interétnicas, com o recorte da discussão sobre os processos de construção de identidades e suas relações com os itinerários terapêuticos e a construção de sentido sobre saúde-doença- cuidado. A pesquisa se enquadra às atividades do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde (PROCISA), da Universidade Federal de Roraima.

Decidimos estudar as concepções sobre as terapias de cura praticadas pela religião do candomblé em um terreiro de Boa Vista, por existir um número significativo e procedem de diferentes estados da federação. Nosso interesse é compreender como as pessoas constroem conceitos e sentidos para o complexo processo de saúde-doença-cuidado, acompanhando seus percursos de cura e busca de atendimento à saúde. Assim, poderemos contrastar os discursos e práticas do sistema de atendimento à saúde e das políticas públicas a esse respeito, além da compreensão construída por usuários de um setor específico e significativo da população, na cidade de Boa Vista.

A pesquisa foi desenvolvida em uma comunidade religiosa localizada na cidade de Boa Vista, formada por migrantes ou filhos de migrantes, localizada no conjunto cidadão, praticantes de uma religião afro-brasileira: o candomblé.

Problematizei a situação da saúde pública dos migrantes da Amazônia, principalmente no que tange às vulnerabilidades, às doenças e demais problemas de saúde. Por ser, atualmente, a última fronteira de expansão do capitalismo nessa Região, dotada de particularidades ambientais, climáticas, e principalmente culturais, enfaticamente facilitadoras do surgimento de morbidades e das mais variadas formas de aflições.

O objetivo geral é estudar e compreender as diferentes concepções de saúde-doença-cuidado vivenciada por população migrante em uma comunidade religiosa. Mas, não se tratará, nesta pesquisa, da história e cosmologia do Candomblé, mas da relação entre religião afro-brasileira, medicina e saúde no contemporâneo, principalmente a construção de visões de mundo a respeito do processo saúde-doença-cuidado, bem como os modos com os quais as relações são agenciadas pelos sujeitos envolvidos em processos de terapias de cura, sejam eles pacientes ou curadores.

TRAJETÓRIA DO TRABALHO DE CAMPO E MAPEAMENTO DO ESPAÇO PARA CONSTRUÇÃO DA METODOLOGIA

No início desta pesquisa, realizada no terreiro, no segundo semestre de 2012, estabeleci contato com pai-de-santo, filhos-de-santo, clientes, enfim, com toda rede familiar. Embora não demonstrassem nenhuma forma de empecilho à realização da pesquisa, as pessoas do terreiro mostravam-se, inicialmente, um tanto indispostas a colaborar com as informações para o trabalho, por medo da exposição, referência especial aos relatos de clientes. O contato com a casa sempre ocorreu em perfeita harmonia, respeito e amizade.

Sobre a trajetória do trabalho de campo, deu-se, no primeiro momento, com uma visita informal a um terreiro de candomblé, onde havia um pai-de-santo, amigo da família. A proposta inicial era estabelecer contatos em duas comunidades religiosas distintas, uma praticante da religião afro-brasileira (candomblé da nação Kêtu) e a outra uma Igreja Adventista do Sétimo Dia dos Ingleses – composta por migrantes do país vizinho, Guiana Inglesa – para, depois, escolher qual seria o melhor campo de estudo, ou se as duas instituições religiosas seriam escolhidas como universo da pesquisa.

Frequentei aquela Igreja Evangélica durante seis meses e, nesse período, percebi que não estava conseguindo o resultado esperado; já, no terreiro, poucas visitas foram suficientes para o que nós propusemos a estudar estudar. Então, em comum acordo com o orientador, resolvemos continuar o trabalho de campo somente no terreiro Ilê Axê Yeye Olomin Olá, dirigido pelo pai-de-santo Dofono de Oxum.

Como William Foote-Whyte (20005), percebi a importância de receber apoio preliminar do líder da organização. Esse passo seria o primeiro e fundamental para

a viabilização da pesquisa. Esse apoio aparecia como um “passaporte” de acesso aos sujeitos da pesquisa. Nesse contexto, encontrei-me diante da necessidade de estabelecer um novo esquema de trabalho de campo: precisei ligar-me primeiro ao líder e a seus filhos, para depois estabelecer contatos mais eficazes com os clientes, até pela dispersão desses últimos. Esse período inicial compreendeu o acesso aos locais permitidos, às pessoas e às informações sobre o trabalho, as quais eram dadas em níveis diferenciados.

A definição da minha identidade como pesquisadora naquele espaço seria necessária tanto para obter a permissão de frequentar alguns setores e participar das atividades quanto para torná-la clara para as pessoas que frequentam o terreiro.

O sucesso da aplicação do método da observação participante no terreiro de candomblé deveu-se ao fato de que, a partir da interação vivenciada nesse espaço, nós conseguimos minimamente captar algumas das formas simbólicas através das quais as pessoas pensavam, sem ter que buscar a tarefa impossível de me transformar em uma delas (GEERTZ, 2004).

Como afirma Clifford Geertz (2004), a nossa aproximação com o mundo cultural deve ser buscada através dos códigos da cultura, o que envolve diversos níveis de interpretação sobre ele. Tais códigos devem ser alcançados através da pesquisa de campo e de uma análise posterior sobre os dados coletados por meio dela, ou melhor, através dos dados construídos na pesquisa, já que estes se constatam à medida que são interpretados como tais pelo olhar disciplinado do pesquisador. Para alcançar esse primeiro nível de interpretação, necessitei estabelecer um contato, o mais próximo possível, com as pessoas de quem nós entenderíamos os valores e significados, a partir dos quais o mundo de dentro e o de fora do grupo faziam sentido para elas.

JUSTIFICATIVA E METODOLOGIA: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE, CONVERSAS INFORMAIS E ENTREVISTAS

Malinowski (1984) propõe e sistematiza a pesquisa de campo etnográfica, depois conhecida por observação participante, como um método de pesquisa antropológico através do qual o pesquisador deverá compreender amplos aspectos da vida “nativa”, pela imersão nela. Nessa perspectiva pioneira, embora outras experiências de pesquisa de campo tivessem acontecido anteriormente (STOCKING, 1992), a cultura deve ser buscada em sua totalidade, por meio de uma abordagem que privilegie todos os seus aspectos.

De acordo com Waleska (2011), tempos mais tarde, por volta da década de 1940 e 1950, pesquisadores orientados pelo processualismo e por questões metodológicas analíticas da Escola de Manchester (GLUCKMAN, 1987; VAN VELSE, 1987; CLYDE-MITCHELL, 1959; BARNES, 1987) deram passo rumo à ruptura com o holismo metodológico, inferindo que o enfoque da observação participante, em situações específicas, poderia ser mais proveitosamente aplicado. Aqui, a exaustão totalizadora e intensiva da pesquisa, tal

qual orientada por Malinowski (1984), persistia como proposta, mas ela passava a partir de situações sociais. Em termos metodológicos, essa perspectiva se expressa na “análise situacional” ou “estudo de caso detalhado” (GLUCKMAN, 1987; VAN VELSE, 1987).

Na primeira etapa desta pesquisa, que perdurou entre os meses de agosto de 2012 até janeiro de 2013 (seis meses), foi privilegiado o estabelecimento de contato com participantes de terreiros de candomblé, situados nos diversos segmentos participativos do grupo religioso; a inserção do maior número de informações e de cultos, além de atividades possíveis; e a construção de dados através de entrevistas, incluindo aqui as conversas informais, visitas e acompanhamento de festas e terapias de cura. Embora já tivesse estabelecido contato com o grupo uns três anos antes, - o líder religioso dessa comunidade é um amigo da família -, nesse momento, ainda realizei uma sucinta pesquisa bibliográfica, que consistia na consulta de livros particulares do Pai *Dofono de Oxum*.

Após essa etapa de observações sistemáticas efetivadas no terreiro *Ile Axe Yeye Olomir Ola*, foram feitas entrevistas semiestruturadas, voltadas à reconstrução de histórias de vida, cujo objetivo – nesse segundo momento de pesquisa – concentrava-se na realização de entrevistas. Fiz uso principalmente da pesquisa de campo em quatro (4) terreiros: *Ilê Axé Yeye Olomir Ola*, *Ilê Axé obá agodô*, *Iwo-lé dá ori oba ti-niti olorum* e terreiro do Pai-de-santo Bokulê dângola. Destaco também que todas as pessoas entrevistadas foram referidas no trabalho a partir de nomes fictícios, que utilizei para preservar as suas identidades.

A minha inserção como pesquisadora neste campo empírico, sobre determinado aspecto carregado de emotividade, exigiu assim uma administração das minhas próprias emoções. Haja vista não ser possível anulá-las completamente, busquei controlá-las na grande maioria das situações e deixá-las fluir em momentos específicos.

Na fase preliminar das pesquisas, as conversas informais foram bastante proveitosas. Sempre que possível, elas foram feitas com as pessoas que frequentavam o terreiro, pela primeira vez ou não, filhos-de-santo, pais-de-santo que, em algum momento, frequentava o terreiro posto em estudo. Pelos informantes entrevistados, com os quais estabeleci contatos mais firmes, algumas conversas foram desenvolvidas de modo continuado. Assuntos iniciados em uma dada conversa poderiam ser retomados em uma conversa posterior.

Através de conversas informais, algumas mais densas outras mais pontuais, acreditamos ter chegado a uma situação de efetivo diálogo com as pessoas, tal qual recomenda (OLIVEIRA, 1998). Tentei, ao máximo possível, tratar as pessoas como minhas interlocutoras de pesquisa, para que as conversas tomassem a forma de uma relação dialógica (OLIVEIRA, 1998).

Realizei 14 entrevistas, assim especificadas: 03 (quatro) pais-de-santo, 01 (uma) mãe-de-santo, 07 (sete) filhos-de-santo e 03 (três) pessoas que buscavam ajuda. A maior parte das entrevistas foi densa, propiciando a reconstituição das histórias de vida associadas ao itinerário terapêutico das pessoas.

Esta dissertação traz, também, uma discussão sobre migração, processo saúde-doença-cuidado e terapêuticas de cura e, ainda, apresenta os seguintes recortes: religião, saúde, migração e identidade cultural. Isto é, os processos identitários observáveis no âmbito das redes de relações sociais que se construíram com base na busca de serviços públicos em saúde.

Quanto à temática, a escolha associa-se a um interesse de estudar as relações interétnicas, com o recorte da discussão sobre os processos de construção de identidades e suas relações com os itinerários terapêuticos e a construção de sentido sobre saúde-doença- cuidado.

Estudamos as concepções sobre o processo de atendimento à saúde de pessoas praticantes das religiões afro-brasileiras. Eles vêm de diferentes estados da federação. Nossa interesse é compreender como essas pessoas constroem conceitos e sentidos para o complexo processo de saúde-doença-cuidado, acompanhando seus percursos de cura e busca de atendimento a saúde. Assim, constatamos os discursos e práticas do sistema de atendimento à saúde e das políticas públicas a esse respeito, além da compreensão construída por usuários de um setor específico e significativo da população na cidade de Boa Vista.

Para desenvolver este estudo, focamos nosso esforços de pesquisa em uma comunidade religiosa localizada na cidade de Boa Vista, formada por praticantes da religião afro- brasileira, o candomblé. Foi realizada no terreiro *Ilé Axé Yeye Olomin Ola*, localizada no bairro Nova Cidade. Ressalto o foco nesta comunidade, onde que foram realizadas visitas, entrevistas e participação em eventos, como festas comemorativas em mais três terreiros do município de Boa Vista, com o intuito de aprimorar os estudos e poder aprofundar sobre esse mundo mágico e misterioso, ao mesmo tempo fascinante chamado ORIXÁS.

O interesse pelo tema surgiu a partir da aquisição de conhecimento obtido através de pesquisas que começaram a serem publicadas, desde as últimas décadas. Nós, profissionais da saúde, temos visto a consolidação de um campo de estudo na antropologia da saúde, contemplando estudos e teorias que enfocam especificamente os sistemas médicos e as práticas de saúde, desde a autoatenção, passando pela procura de cura espiritual, até as ações das instituições de atendimento à saúde pública. Busquei desenvolver um estudo sobre as representações e práticas relacionadas ao processo saúde-doença-atenção no sentido amplo. Essa pesquisa é dedicada à descrição dos sistemas médicos regionais e busca entender como diferentes membros desse grupo religioso diagnosticam, explicam, imaginam e tratam as doenças, dando um enfoque às formas de cura e seu itinerário terapêutico.

Durante o curso de mestrado em saúde tive a oportunidade de estudar disciplinas relacionadas à temática que propus escrever, as quais serviram de auxílio e base para o desenvolvimento da minha pesquisa, são elas: Saúde e Diversidade Sociocultural na Amazônia; Atenção á Saúde Indígena, cujos temas abordaram sobre cultura, antropologia

médica, identidade, saúde e doença na mitologia regional e suas estratégias de cura, conhecimentos, saberes e medicinas indígenas e não indígenas, bem como a saúde no processo de implantação dos Distritos sanitários. Propuseram uma reflexão sobre a experiência do processo saúde-doença e a utilização dos diversos setores do sistema de atenção à saúde com enfoque na configuração de itinerários terapêuticos e modelos de autoatenção específicos.

A pertinência deste estudo fica em evidência ao estudar a precariedade da estrutura de saúde em Roraima, que conta apenas com um hospital geral, uma maternidade e um hospital infantil, hoje me Roraima, temos mais de dois hospitais privados e laguns postos de saúde nos bairros da capital, além de precários hospitais nas vilas e sedes de municípios. Destaca-se, ainda, o acesso ao sistema de atendimento à saúde por parte da população de baixa renda, extremamente insuficiente e limitado. Do mesmo modo, a população indígena, que dispõe atendimento dos: Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste e do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) yanomami e y'ekuana e da Casa de Saúde do Índio (CASAI), mas nem sempre encontra facilidade de acesso ao sistema. Ainda, a população estrangeira e indígena que enfrenta outro tipo de problemas, como os derivados da falta de documentação, inclusive, de dificuldades de comunicação nos hospitais, devido às barreiras linguísticas.

Tal precariedade no fornecimento de saúde pública pelo Estado, em decorrência dos problemas estruturais, está relacionada às condições de classe, quando nos postos de saúde e nos hospitais públicos o atendimento médico se distingue daquele oferecido por hospitais e clínicas particulares. Isso leva essas populações a vivenciar experiências muitas vezes desvantajosas para obter um equilíbrio na saúde do corpo, que de certa forma vem reforçar práticas terapêuticas mais populares.

O estudo sobre o processo saúde-doença com migrantes na Amazônia deverá partir, primeiramente, de uma metodologia qualitativa, através de uma pesquisa etnográfica colaborativa, que se propõe não apenas coletar informações, mas, sobretudo, dialogar com os sujeitos históricos destas comunidades para o entendimento de como práticas e crenças médicas entre esses setores da população dos migrantes, respondem à doença e à aflição.

Em nossa primeira visita formal ao barracão, no dia 02 de julho de 2012, fomos recebidos pelo pai-de-santo *Dofono de Oxum* com muita boa vontade de mostrar o barracão, de falar para nós sobre seu trabalho, sua religião, seu compromisso com a comunidade e com a vontade de divulgar sobre os preceitos do candomblé. Já naquele momento, pude perceber o quão complexa era a religião e, ao mesmo tempo, mágica, por conseguir trazer com os sons dos batuques os deuses africanos para o nosso Brasil e compartilhar com eles nossas euforias e aflições.

Na segunda visita realizada ao Pai *Dofono de Oxum* pude entrevistá-lo mais detidamente, conheci também alguns filhos-de-santo que antes não havia encontrado na casa e conversei com outros filhos já conhecidos nossos. Nesse mesmo dia, ele nos

convidou a frequentar as festas e passou a agenda dos eventos realizados no terreiro durante o ano de 2012.

A partir daquele momento, minhas visitas foram frequentes e a cada semana aumentava mais a curiosidade e o encanto pelo terreiro. E em cada visita, aumentava o interesse em aprofundar a questão sobre a terapêutica de cura e como esse mecanismo era acionado pela população. Durante as entrevistas, percebi as diversas questões que movimentavam essas pessoas e, entre todas elas, a que se destacava era a fé. A fé na busca incessante de encontrar o equilíbrio físico e espiritual.

As visitas durante dois meses (dezembro/ 2012 e janeiro/ 2013) passaram a acontecer três vezes por semana no terreiro do pai *Dofono de Oxum*; já em outros terreiros localizados também no município de Boa Vista as visitas aconteceram uma vez por semana para coleta de dados através de entrevistas gravadas após autorização, fotos e filmagem das festas, das imagens, indumentárias e quartos dos santos, somente os permitidos.

Nesse contexto, levantou-se como questão problemática da pesquisa de campo o seguinte: Como as práticas terapêuticas biomédicas e populares se articulam no âmbito de comunidade religiosa? Digo, qual o mecanismo é acionado ao deparar-se com aflições a respeito da saúde?

A dissertação está estruturada em quatro (4) capítulos, cada um composto de dois a quatro subitens que a fundamentam.

No capítulo 1, A Cura pela Fé, constam os percursos e aspectos metodológicos da investigação, a descrição da trajetória da pesquisa de campo, mapeando o espaço para construir a metodologia, as técnicas utilizadas, a dimensão em vários aspectos do campo investigado, as conversas e relatos dos clientes no terreiro e dos integrantes dessa família sagrada chamada candomblé. Neste, também, encontram-se o problema da pesquisa, objetivos e justificativa.

No capítulo 2, Candomblé e a Medicina Tradicional, há uma visão integrada de saúde e religião, com discussão sobre os orixás relacionados com a terapêutica de cura: Obaluayê e Ossaim; Sistema Único de Saúde (SUS) frente aos sistemas afro-brasileiros e de medicina tradicional; fitoterapia; SUS e processo saúde-doença; faço uma relação das teorias com os discursos colhidos durante as entrevistas; comento também sobre os setores dos cuidados de saúde, enfocando principalmente o setor popular, pois este foi o que me propus a estudar.

No capítulo 3, Saúde e Candomblé, relato sobre a organização das religiões afro-brasileiras em Boa Vista; trato do candomblé enquanto religião afro-brasileira, apoiando-me em estudo diversos nos campos da Antropologia religiosa por Pierre Verger, Roger Bastide, Marcel Mauss, Émile Durkheim, Reginaldo Prandi, José Carvalho, Rita Segato, Vivaldo da Costa Lima e Raul Lody. Trato, também, das raízes de um espaço sagrado, escrevo sobre o terreiro, sobre a história de vida do pai-de-santo *Dofono de Oxum*, para ingressar na história de suas raízes.

No capítulo 4, Terapias de cura nos Terreiros de Candomblé em Boa Vista, abordo a questão da construção dos itinerários terapêuticos e como acontecem os tratamentos de saúde abordados por ambas as partes: medicina tradicional e medicina popular; descrevo os rituais de iniciação ao Candomblé observados e registrados durante a minha pesquisa de campo e toda simbologia que constitui o terreiro. Abordo ainda a magia da cura pela natureza e a tipificação de doenças e seus tratamentos em um terreiro de religião afro-brasileira.

Finalmente, traço minhas considerações finais para aquele momento, porque deixo registrado aqui a difícil e, ao mesmo tempo, prazerosa tarefa que é pesquisar nesse mundo mágico religioso, no qual os pensamentos fluem numa proporção capaz de lograr êxito em questões que, muitas vezes, o estudo científico não consegue a eficácia.

Parte das informações lançadas nessa introdução será aprofundada no decorrer dos capítulos seguintes. Minha intenção nesse momento é oferecer ao leitor ou leitora uma compreensão inicial desse sistema religioso, mas sem a pretensão de um resgate histórico denso.

Finalmente, com este estudo busco contribuir com esta comunidade visibilizando suas visões de mundo e concepções sobre o processo de saúde-doença-cuidado, de forma a sensibilizar as autoridades para a criação de políticas públicas apropriadas para o atendimento desse segmento da população no estado de Roraima. Além disso, contribuir com os estudos sobre população praticante de religiões afro-brasileiras. Este estudo também pretende estar entre aqueles que fizeram uma Antropologia da Saúde, uma vez que se pautou em uma pesquisa de campo para entender como vivem os povos estudados e suas respectivas identidades étnicas e nacionais.

CANDOMBLÉ E A MEDICINA TRADICIONAL: UMA VISÃO INTEGRADA DE SAÚDE E RELIGIÃO



Figura 2 - Cerimônia de Obrigação no terreiro Ile Axé Yeye Olomin Ola (28/04/2012)

Fonte: Maxim Repetto

A associação entre medicina e religião é um fenômeno presente em todas as culturas. Tal estabelecimento da medicina científica e tecnológica, como uma profissão, e o processo de separação entre religião e medicina no Ocidente, não ocorreu sem conflitos. Eles ainda permanecem entre a medicina popular, de caráter holístico, e a medicina erudita. Medicina e religião são espaços de poder conflituosos, cuja delimitação é, em geral, imprecisa (OLIVEIRA, 2003).

Esses itens que se seguem espelham a diversidade de saberes, reunindo a visão de mães e pais-de-santo, contribuindo para demonstrar que saúde não é feita somente nos espaços de domínio da medicina hegemônica. Há uma boa oportunidade de conhecimento e aprofundamento das práticas de saúde dos terreiros, através da divulgação da cultura afro-brasileira tão forte no Brasil, em diversos aspectos, especialmente em se tratando de bem estar físico, mental e espiritual.

Mantendo a postura crítica diante de visões biologicistas de hierarquização dos grupos populacionais raciais ou étnicos, cabe lembrar que a condição biológica do ser humano, a exemplo de qualquer ser vivo, também é regida por leis biológicas, que, em interpenetração com variáveis de sexo/gênero, raça e etnia e classe social, informam e

definem o processo saúde/doença. Hoje, sabemos que não é possível estabelecer se é o meio ou a condição biológica dos seres vivos que possui maior importância na definição desse processo, pois ambos são interdependentes. (OLIVEIRA, 2003).

A medicina concebida pelo Candomblé, presente nos espaços urbanos e rurais das cidades, coloca-se como uma opção diante das necessidades da atenção à saúde, apesar da primazia do sistema oficial de saúde e da situação marginal e estigmatizadora, cuja associação remonta ao processo histórico da religião.

É significativo ressaltar que as possibilidades e as disponibilidades de escolhas terapêuticas realizadas por indivíduos ao perceber uma situação de enfermidade manifesta na arena de negociações e suas movimentações presentes entre estas escolhas, em verdade vão refletir o campo de possibilidades socioculturais com que estes se encontram identificados (YOUNG, 1981), mesmo que esta opção não figure entre suas práticas cotidianas.

O que nos leva a perceber é que a conversão de considerável número de adeptos das religiões afro-brasileiras encontra-se relacionada a questões que traduzem o processo saúde/doença, cujas causas podem ser relacionadas tanto aos aspectos espirituais quanto materiais conforme falas informais de diversos segmentos religiosos afro-brasileiros de diversos Estados (TEIXEIRA, 1994; RABELO; MOTTA; NUNES, 2002; GOMBERG, 2008). Não deixando de ser diferente aqui em Boa Vista, durante as entrevistas colhidas percebi a forte relação entre religião e saúde nos terreiros visitados, que embora estejam transparentes, através de um levantamento feito pela ASUAER (Associação dos terreiros do Estado de Roraima) registrou-se 92 associados, o que expressa um quantitativo considerável de população afrodescendentes em Boa Vista num universo de 284.313 pessoas, segundo o IBGE (2010).

A ocorrência de enfermidades torna-se elemento motivador para o processo de filiação, aparecendo com frequência nos relatos daqueles que acreditam ter-se esgotado as opções de tratamento através das agências médicas do setor profissional.

Por serem os terreiros um espaço de afirmação do povo negro, espaço esse marcado pela resistência contínua de um povo que soube manter o culto aos ancestrais e sendo a maior forma de resistência dos antepassados africanos, existe até hoje a responsabilidade de repassar seus ensinamentos e sabedorias a respeito dos tratamentos diversos existentes para cura física e espiritual.

Esse mesmo terreiro que se apresenta como espaço de afirmação, também oferece equilíbrio e proporciona saúde. A saúde nos terreiros tem como base a mãe natureza e, assim, as curas e os tratamentos vêm com o uso das ervas medicinais (MAFRA, 2003). As plantas sempre fizeram parte da vida das comunidades, na presença das benzedeiras, curadores, pajés e outras nomenclaturas que cuidam da saúde das pessoas. Quem nunca foi curado ou tratado se assim, preferir, de alguma doença com esse conhecimento dito popular? Popular sim, mas detentor de um saber herdado de suas ancestralidades, como

uma eficácia no que se propõe e merecedor de respeito e admiração, pois muitas vezes é a solução para os problemas de saúde. Uma forte aliada na terapêutica religiosa e no desvendamento dos estados de desequilíbrios e de doenças é a fitoterapia mágico-religiosa praticada pelos terreiros, pois para o Candomblé os vegetais são elementos essenciais tanto nas atividades litúrgicas como nas terapêuticas, ocupando um papel singular e estruturante nas atividades deste. Representa, também, um elo entre seres os humanos e as divindades. Os cânticos e os usos de determinadas palavras associadas proporcionam o encantamento dos vegetais transformando- os em elementos sagrados prontos para agirem sobre os indivíduos (BARROS; TEIXEIRA, 1989).

Esse tratar com as ervas valoriza ainda a troca de experiências que contribui para o crescimento formativo desses. Costuma-se dizer enquanto estratégia de promoção da saúde nos terreiros que os orixás protegem aqueles que se cuidam, que buscam informações e que as multiplicam.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FRENTE AOS SISTEMAS AFRO-BRASILEIROS E DE MEDICINA TRADICIONAL

Um espaço de discussão sobre legitimação e eficácia de medicinas alternativas que se encontra em expansão são as revistas eletrônicas e a Internet, contendo sites especializados que são constituídos de revistas científicas e bancos de dados especializados (como o MEDLINE e PubMed), visando à divulgação científica de informações sobre saúde e a interconectividade para profissionais de saúde.

O discurso do setor biomédico nestes meios de comunicação, de uma forma geral, coloca-se resistente à integração e legitimação de medicinas tradicionais e de práticas terapêuticas holísticas, acusando-as de engendrarem um discurso social baseado na ausência de científicidade em suas atividades, afirmando para isso, que somente a Medicina é capaz de curar.

Uma consideração a ser analisada é a compreensão que estas práticas e saberes concebidos e executados pelo Candomblé como um sistema terapêutico que pode ter uma função colaborativa com os sistemas locais de saúde e suas especificidades, visto especialmente através do uso significativo de vegetais com fins terapêuticos em seu interior. Diante disso, é atentar para essas práticas religiosas terapêuticas como um assunto de políticas públicas na agenda de políticas e programas de medicinas naturais e complementares e/ou plantas medicinais e fitoterápicas de que até hoje se utilizam.

A transmissão desse pensamento é tão antiga que, ainda hoje, os praticantes de religiões afro-brasileiras estão conseguindo manipular alguns remédios para a cura das pessoas que procuram os terreiros. Embora muitas pessoas falem que isso é coisa de negro, do demônio, primitiva, de pobre etc., mas são bem mais antigas que a medicina hegemônica, saída de uma faculdade.

Os terreiros não sobrevivem sem a vegetação. Para que se possa colher ervas, as sementes, as raízes etc., antes de tudo, o colhedor das folhas, no caso o babalossayin, deve estar purificado e com saúde. Caso contrário, o senhor Ossanyin-como guardião das florestas (igbós)-irrita-se tanto, que é capaz de fazer com que na colheita das ewês (folhas) se pegue alguma errada. (FERREIRA, 2003). Se isso acontecer, o resultado é triste, porque o amansi, o agbô, o omi-ewê, o lambedor ou garrafada não vai funcionar como se esperava, pelo contrário, vai contribuir muito mais para o desespero da pessoa que se submeteu ao ritual ou da pessoa enferma no caso de ter ingerido o tal medicamento.

Segundo o Pai-de-santo Dofono de Oxum, os praticantes do culto afro (pessoa de cargo), pelo menos alguns, no momento em que vão colher as ervas, levam pequenas oferendas pertencentes ao senhor Ossain, assim como algumas moedas para serem colocadas ao pé da primeira planta, dizendo mais ou menos assim: “*ago mi babá, oba igi ewê, akisi Omo-orixá, aforiji ará ni igi*”. Os terreiros não sobrevivem sem algo mineral, alguns até são comprados em feiras ou mercados.

Os terreiros e a saúde caminham de mãos dadas; se não tiverem saúde, os terreiros não terão vida. Nos terreiros tudo é sagrado, tudo é cuidado, tudo é respeito, tudo é consciência, tudo é humildade, tudo é importante, enfim onde tem terreiro precisa ter saúde.

As práticas de saúde, com as quais se convive atualmente, consideram o paciente como um “objeto doença”. Sem tempo suficiente para falar de si como um todo, porque o profissional de saúde tem um número grande de atendimentos a cumprir, a pessoa do paciente passa a ser um número de prontuário, destituído de sua história e reduzido a uma série de sintomas. A tradição religiosa afro-brasileira nos aponta outra direção. Identifica-se, reterritorializa, integra, contém em si continente-suporte atitudes de sustentação que facilitam a reorganização interna e o equilíbrio psicossomático. (GUIMARES, 2003).

Na concepção dos povos bantu, a doença e a morte não eram um fenômeno natural. Atribuíam-se às enfermidades e a morte à ação maléfica de espíritos e feitiços. Assim, não bastava a aplicação de poções medicamentosas e unguedos, faziam-se necessárias danças, cânticos, batuques, amuletos etc., que davam forças a esses remédios (SACRAMENTO, 2003).

Desta forma, Verger (1995) ressalta a importância do conhecimento dos cânticos evocativos que devem ser pronunciados no momento de coleta, na preparação e aplicação dos vegetais, cujo sentido e significado se tornarão eficazes na medida em que seus desejos se tornarem realizados. Para a cosmovisão do Candomblé, a importância do vegetal é ampliada em suas qualidades botânicas e farmacológicas, nas quais o conhecimento do sagrado e a habilidade do oficiante somam-se para que os três elementos juntos sejam capazes de acionar os mecanismos que venham dar início à transmissão do axé.

A arte de curar e a arte de cuidar de matriz africana, atualmente praticadas no Brasil, são um campo extramedicinal que se inscreve nos marcos de uma cultura tradicional não integrante das chamadas medicinas alternativas ou paralelas quando comparada à

medicina oficial ou hipocrática, ou alopática ou ocidental ou erudita (OLIVEIRA, 2003).

As pessoas, quando se encontram diante de um problema de saúde, procuram e têm a seu alcance várias maneiras de se autoajudarem ou ainda de ajudarem outras pessoas. Segundo HELMAN (2009), os grupos e indivíduos que dão assistência de saúde seguem as etapas de explicar, diagnosticar e tratar as doenças. Nas sociedades modernas há um pluralismo médico, que corresponde ao conjunto de alternativas de assistência de saúde disponíveis e/ou procuradas. Os indivíduos, com problemas de saúde, em busca de explicações, diagnóstico e tratamento, anseiam por alívio de seu sofrimento e recorrem às diversas alternativas existentes.

Essa forma própria que as pessoas têm de encarar o mundo influencia a maneira pela qual buscam conforto físico, lançando mão de diversas alternativas, que vão desde a prática informal (automedicação, aconselhamento com outras pessoas), passando pela alternativa popular (curandeiros), até chegar ao setor profissional.

Todas as alternativas terapêuticas de domínio leigo, não especialistas da sociedade, não pagas e sem consultas a médico ou curandeiros podem ser consideradas informais. A família do indivíduo doente é a sede primeira de uma assistência de saúde e os principais agentes são as mulheres. A automedicação é um recurso informal e pode ser orientada por amigos, vizinhos e pacientes que já fizeram uso de tais medicamentos em situações semelhantes. Outra modalidade informal de assistência de saúde são os grupos de autoajuda.

O setor popular (folk) é particularmente grande nas sociedades não industrializadas. Certos indivíduos especializam-se em formas de cura que são sagradas ou seculares, ou uma mistura de ambas (HELMAN, 2009). Este setor envolve o cuidado não profissional, porém especialista, desenvolvido, por exemplo, por benzedeiras, xamãs, arrumadores de ossos (práticas místicas e religiosas) (KLEINMAN, 1980). Os curandeiros são indivíduos pertencentes a esse setor, não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional. Existe uma gama de curandeiros populares em qualquer que seja a sociedade, desde especialistas seculares e técnicos até curandeiros espiritualistas, videntes e xamãs.

A maioria das comunidades possui curandeiros populares, muitos deles compartilham os mesmo valores culturais básicos e a mesma visão de mundo das comunidades onde vivem. Para as pessoas que utilizam a cura pela tradição popular há diversas vantagens em relação à medicina científica moderna. Uma dessas vantagens é o envolvimento da família no diagnóstico e no tratamento (HELMAN, 2009).

Todas as alternativas desenvolvidas por certos indivíduos que se tornam especialistas em métodos de cura podem ser consideradas populares. O termo curandeiro refere-se a todos aqueles envolvidos em ações que visam à cura. Tais curandeiros populares são de várias áreas e/ou atividades.

O curandeiro ou curandeira é alguém que detém um saber de cura através de

remédios populares, de preparação caseira, utilizando preferencialmente garrafadas feitas de acordo com receitas especiais e sigilosas, que são meizinhas compostas de raízes, ervas medicinais etc.

Eles sabem, ainda, quais as meizinhas adequadas (do reino vegetal, mineral ou animal) para cada doença, mas necessariamente não precisam ser um conchedor ou preparador dos remédios. Já o rezador ou rezadeira é alguém que possui de nascença *o dom* da cura através de suas orações. (OLIVEIRA, 2003). O raizeiro ou raizeira é uma profissão mais próxima da do curandeiro/curandeira, com uma diferença. O doutor ou doutora da raiz é alguém que conhece profundamente e prepara os chamados remédios do mato, isto é, feitos de plantas.

As Práticas Integrativas e Complementares se enquadram no que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de medicina tradicional e medicina complementar e alternativa (MT/MCA). Sobre esse tema, a OMS recomenda aos seus Estados-membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção da MT/MCA aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS).

As plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais recursos terapêuticos, sendo utilizados pela população brasileira nos seus cuidados com a saúde seja na Medicina Tradicional/Popular ou nos programas públicos de fitoterapia no SUS, alguns com mais de 20 anos de existência.

As ações para implementação das diretrizes dessas políticas nacionais buscam ampliar a oferta de serviços e produtos relacionados à fitoterapia no SUS, de forma segura e racional, por profissionais de saúde qualificados, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, promovendo a integralidade da atenção.

A utilização da natureza para fins terapêuticos é tão antiga quanto a civilização humana e, por muito tempo, produtos minerais, de plantas e animais foram fundamentais para a área da saúde. Historicamente, as plantas medicinais são importantes como fitoterápicos e na descoberta de novos fármacos, estando no reino vegetal a maior contribuição de medicamentos. O termo fitoterapia foi dado à terapêutica que utiliza os medicamentos, cujos constituintes ativos são plantas ou derivados vegetais, e têm a sua origem no conhecimento e no uso popular.

Na história do Brasil, há registros de que os primeiros médicos portugueses que vieram para cá, diante da escassez na colônia de remédios empregados na Europa, muito cedo foram obrigados a perceber a importância dos remédios de origem vegetal utilizados pelos povos indígenas. Os viajantes sempre se abasteciam deles antes de excursionarem por regiões pouco conhecidas.

As grandes navegações trouxeram a descoberta de novos continentes, legando ao mundo moderno um grande arsenal terapêutico de origem vegetal até hoje indispensável à medicina. É conhecida a importância dos vegetais nos rituais afro-brasileiros, tanto pelo valor simbólico das ervas no contexto geral das religiões de influência africana,

como também o efeito que as mesmas causam àqueles que delas se utilizam individual ou coletivamente, salientando que tais efeitos podem enfatizar determinados aspectos comportamentais requeridos pelos rituais, como o transe. As religiões afro-brasileiras que cultuavam os deuses africanos, bem como o uso de plantas nos rituais, em busca de vibrações e irradiações energéticas, com fins terapêuticos e místicos, como oferendas às entidades espirituais.

No Brasil, a medicina popular é o resultado de uma série de aculturações de técnicas utilizadas pelo português, pelo indígena e pelo negro. A contribuição do pajé ameríndio, do feiticeiro negro e do bruxo europeu foi de tal maneira misturada que hoje seria difícil distinguir o que é puramente indígena, negro ou branco.

A medicina mágica está muito vinculada aos ritos afro-brasileiros e indígenas, especialmente o candomblé ou umbanda e os catimbós. Ela procura curar o que de estranho foi colocado pelo sobrenatural no doente ou extirpar o mal que o faz sofrer. A entidade das folhas medicinais e litúrgicas dentro do candomblé e da umbanda é *Ossaim*. A essa entidade deve dirigir-se todo aquele que queira iniciar-se em uma das religiões afro-brasileiras.

Ossaim é a divindade do mato, dono das ervas, e é somente a ele que se deve pedir autorização necessária para colhê-las. O papel dos orixás é, pois, estabelecer uma classificação das plantas no caos da natureza selvagem, de tal modo que permita o uso racional delas pelo *Olosaim*. Esta classificação é certamente muito diferente de Linneu, mas não deixa de ser uma tentativa de interpretação do mundo vegetal. Podem-se distinguir duas utilizações das ervas, a utilização religiosa, como, por exemplo, na lavagem da cabeça da *iaô*, e a utilização medicinal. No primeiro caso, a regra em ação é simbólica; no segundo, a regra é participante (BASTIDE, 1978),

As ervas estão ligadas a esta ou aquela divindade, de acordo com as analogias que podem apresentar para com ela. Por exemplo, a cor de *Oxalá* sendo o branco, o tapete-de-oxalá, cujas folhas são circundadas por uma espécie de pelo branco, e o algodão, que no arrebentar das sementes deixa escapar a brancura que é atribuída a Oxalá. Outras vezes, porém, é a forma em lugar da cor que se leva em consideração, por exemplo, a **casadinha** apresenta sobre as folhas uma espécie de montículos, como que verrugas que lhe dão o aspecto das pústulas cobrindo o corpo de *Omolu*, o santo da varíola. E se a urtiga é igualmente atribuída a esta divindade, é porque, quem nelas de esfrega, apanha coceiras semelhantes às de diversas dermatoses. O emprego religioso das plantas não tem nada em comum com seu emprego medicinal. Os *olossaim* não são chamados apenas para preparar os banhos das *iaôs*, mas também para curar os doentes. (BASTIDE, 198).

Já o setor profissional representa a organização formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a Biomedicina como referência. É o setor que, em certos países, por ser mais desenvolvido, organizado e poderoso, acabou submetendo todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. Este setor é formado pelo sistema médico

tradicional ocidental, que utiliza os conhecimentos científicos e tecnológicos na área. Dentro desse sistema, os praticantes da profissão formam um subgrupo cultural à parte, com seu sistema de valores, comportamentos, conceitos e teorias sobre as enfermidades, imbuídos de grande poder e autoridade (HELMAN, 1994).

Para que possa compreender o processo saúde doença associado a um contexto sociocultural, a Antropologia da Saúde ou Antropologia Médica vem auxiliado muitos profissionais, ela corresponde a uma especialização ou aplicação da antropologia ao estudo do comportamento humano para obtenção e manutenção da saúde através de práticas culturais. Naturalmente, trata-se de uma divisão com fins didáticos, pois não há como isolar um “fato” social do seu contexto ou realidade construída pelas sociedades humanas com sua linguagem e cultura característica.

De acordo com Augras (2003), é por meio da cultura que o homem se vê como ser humano, cria a sociedade e a transforma, cria-se e, dentro dela, se transforma. E tal modo que corpo individual, biológico concreto é interpretado por ma atribuição de significados que não deixam escapar nada, desde as mais míseras funções fisiológicas até a gestualidade, e cobrem todas as etapas do desenvolvimento, do nascimento até a morte.

Na visão das religiões afro-brasileiras, o corpo é sagrado, necessita de cuidados e saúde, é valorizado, é como os orixás, caboclos *inkices*, encantados que se comunicam com os seres humanos, rompendo com a visão ocidental de dualidade entre corpo e espírito. (D'OGUM, 2003).

Ao levar para prática profissional, devemos ter o cuidado de entender que as culturas nunca são homogêneas e que as ações e concepções das pessoas são influenciadas pela cultura. Portanto, o tratamento das doenças e suas concepções devem ser tratados levando em consideração suas particularidades, já que sinais e sintomas podem estar relacionados a fatores diversos que interferem e interagem em uma pessoa quando num estado patológico.

Baseando-se em Menéndez (2003), devemos ter nas nossas ações em saúde uma atenção diferenciada, que não deve ser vista como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim como uma articulação consciente entre estes e as práticas de autoatenção existentes na comunidade particular.

Os diversos saberes e formas de atendimento da cura da doença que operam hoje em uma sociedade determinada têm a ver com as condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas que deram lugar ao desenvolvimento de formas e saberes diferenciados e antagônicos, principalmente entre a biomedicina e a maioria dos outros saberes (MENÉNDEZ, 2009). Também cada sistema cultural está sempre em mudança. Entender essa mudança é importante para atenuar o choque entre as gerações e evitar comportamentos preconceituosos. Nesse sentido, analisaremos a resposta de um pai-de-santo quando pergunto sobre:

PESQUISADORA: Qual a diferença entre o atendimento realizado por um guia espiritual para um profissional de saúde que siga a medicina tradicional?

F (E 3): O espiritual... consegue ver coisas que o material não consegue, o guia espiritual não é médico, mas ele tem a sabedoria milenar, porque ele ver a doença espiritual, a doença emocional, a doença material. a gente trata do paciente como um todo.

PESQUISADORA: Você acha que existe relação entre religião, doença e saúde?

D (E 4): Eu acredito que existe, pois os três acima estão interligados, e só se consegue a paz espiritual, depois a física, com auxílio dos fundamentos da religião afro-brasileira [com búzios, orixás, rezas, banhos, purificações espirituais.

Costuma-se dizer quanto à estratégia para promoção da saúde nos terreiros que os orixás protegem aqueles que se cuidam, que buscam informações e que as multiplicam. O autocuidado e a autoestima seriam base para que as entidades garantissem o equilíbrio ou uma vida mais saudável (DACCACH, 2003).

Tais considerações são pertinentes para que o profissional da saúde, estudando os aspectos sociais e terapêuticos da vivência cotidiana das pessoas, não naturalize as situações e possa compreendê-las em sua complexidade e integração total.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As condições sociais e materiais de vida influenciam de maneira indireta o processo saúde-doença e, consequentemente, a expectativa de vida. Portanto, o lugar e o tipo de moradia, a ocupação e o nível de renda, a qualidade e o acesso à educação, o direito ou não ao alimento e o estilo de vida também exercem influências de forma indireta no processo saúde- doença (OLIVEIRA, 2003). Outros fatores influenciam diretamente na atenção à doença, como restrições ou oportunidade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade dessa atenção, a discriminação de classe social, de gênero, de raça/etnia, de faixa etária (geração) e de orientação sexual por parte de instituições e profissionais de saúde.

A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) 1948 define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. E define doença como ausência total de saúde.

A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A saúde não é um bem individual, de vez que nenhum indivíduo sentirá esse bem quando, em seu meio sofrem muitos e a comunidade acaba refletindo, em seu funcionamento, o sofrimento de muitos. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos. De acordo com Aurélio: saúde é o estado do individuo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em estado normal.

Já na Oitava Conferência Nacional de Saúde, o termo saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde, resultado de formas de organização social de produção, às quais podem gerar profundas desigualdades nos níveis de saúde.

Assumido o conceito da OMS, nenhum ser humano (ou população) será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo de sua existência, viverá condições de saúde/doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com elas. Além disso, os enfoques segundo os quais a condição de saúde individual é determinada unicamente pela realidade social ou pela ação do poder público, tanto quanto a visão inversa, nem por isso menos determinista, que coloca todo peso no indivíduo, em sua herança genética e em seu empenho pessoal, precisa ser rompido. Interferir sobre o processo saúde/doença está ao alcance de todos e não é uma tarefa a ser delegada, deixando ao cidadão ou à sociedade o papel de objeto da intervenção “da natureza”, do poder público, dos profissionais de saúde ou, eventualmente, de vítima do resultado de suas ações.

No Brasil, na última década, vem se incorporando progressivamente à cultura e à legislação a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, as políticas públicas para o setor favorecem a cultura de que a saúde se concretiza mediante o acesso a serviços, particularmente ao tratamento médico. A implementação de modelos centrados em hospitais, em consultas médicas e no incentivo ao consumo abusivo de medicamentos vem resultando, historicamente, numa atenção à saúde baseada principalmente em ações curativas, desencadeadas apenas quando uma doença já está instalada, e infelizmente sem acontecer uma conexão entre o modelo médico hegemônico com modelo popular de cura, esse muitas vezes discriminado e não aceito.

Um passo importante foi dado ao se promulgar a Constituição de 1988, que prevê a implantação do Sistema Único de Saúde — SUS. Conforme definido em lei, o SUS tem caráter público, é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde.

A concepção abrangente de saúde assumida no texto constitucional aponta para “uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação”. Nesse capítulo considerarei as doenças enquanto manifestações de desordens causadas pelo desequilíbrio espiritual, sendo que a cura ou restabelecimento da saúde se dá através de práticas terapêuticas realizadas nos diversos setores, seja ele profissional, familiar ou popular.

Considerando a tradução de Langdon (1994) para classificação proposta por Kleinman

(1980) que divide os sistemas de cuidados da saúde em três setores: Profissional, Popular e Familiar. O primeiro seria formado pelos sistemas médicos reconhecidos e organizados em categorias profissionais com regulações próprias, a exemplo da biomedicina, da homeopatia da medicina chinesa. Já o setor popular refere-se aos “especialistas de saúde que não formam grupos organizados e burocratizados, mas ao mesmo tempo são reconhecidos pelo grupo como desempenhando papéis de cura e caracterizados por um conhecimento especializado sobre algum aspecto de saúde” (Langdon, 1994:15), a exemplo das parteiras e dos xamãs. Por último, o setor familiar seria aquele formado pela rede social que envolve o sujeito doente, tais como a família, a vizinhança e a comunidade onde ele se insere, cujos conhecimentos relacionados à saúde, adquiridos socialmente, são acionados nos primeiros momentos de identificação da doença.

A doença é parte de um sistema de representações com uma lógica que não está absolutamente determinada pela explicação instrumental, justamente pela possibilidade aberta de transcendência através de conotações religiosas. Nos casos, em exame, uma vez, fracassada a intervenção médica ou medicamentosa, o doente passou a explicar a doença por recursos exteriores ao saber médico. Prova que, a despeito dos equipamentos e técnicas cirúrgicas aplicadas no tratamento de doenças antes mortíferas, uma proporção considerável dos desarranjos e das doenças do corpo é, todavia, tratada fora dos hospitais e da competência médica (BORGES e VASCONCELLOS, 2012). Através dos discursos podemos perceber e confirmar que a cura pela religião é uma realidade. A seguir relato uma das histórias mais instigantes que pude registrar durante esse período de pesquisa, quando conheci uma pessoa que havia curado um câncer com tratamento espiritual realizado por uma mãe-de-santo. A entrevistada foi indicada pela mãe-de-santo, a qual havia comentado sobre seu caso, quando compareci pela primeira vez no terreiro:

C: (ENTREVISTADA 11): Era no útero e não tinha mais cura... os médicos da área ginecológica e os médicos clínicos falavam que realmente eu não tinha nada. Só que eu vim numa época com um Dr., e ele disse: realmente, você tem uma doença. Vou lhe passar aqui um remédio, aí você vai tomando, até um dia que você consiga descobrir essa doença que você tem, porque eu não sei dizer pra você que doença é, mas essa doença vai aumentando.

PESQUISADORA: Ao chegar ao terreiro como foi realizado o diagnóstico?

C: (ENTREVISTADA 11): É, ela colocou búzios. Jogou búzios e disse pra mim: [a causa da doença] é bruxaria. E seu caso é difícil de tratar, mas eu lhe trato. Aí eu falei pra ela: eu não acredito. Aí ela me convidou pra eu ir na casa dela pra iniciar o tratamento e naquela noite eu fiquei. Aí ela fez as orações, 6 horas da tarde... Todos os médicos [espirituais] da casa fizeram as orações e o guia dela falou pra mim: você vai dormir e vai sonhar com a pessoa que fez o alimento pra você ficar doente, que lhe deu o alimento pra você ficar doente. Aí na hora [eu] ainda disse assim: não, não existe isso, porque na minha escola não existe nenhuma professora que é merendeira. Aí ela virou pra mim e disse assim: Não se preocupe, durma e amanhã o espírito guia. Durma e amanhã você volta na mãe-de-santo. Quem foi que lhe fez o mal? Eu não acreditei e fui dormir. Quando foi de madrugada, sonhei com a

pessoa e. as mesmas palavras que ela havia dito pra mim na escola, na sala dos professores, as mesmas palavras me foram ditas em sonho novamente.

PESQUISADORA: Como foi o tratamento?

ENTREVISTADA (E 11): O tratamento foi muita oração, eles fizeram muita oração. E... teve um dia que os guias conseguiram... é... tirar assim pela perna e eu não entendi direito assim como foi, mas conseguiu tirar vários tapurus de dentro do meu intestino.

PESQUISADORA: Onde aconteceu o procedimento?

ENTREVISTADA (E 11): Na época que foi feito? É, é... foi lá na sala dos médiuns, onde é feito o tratamento...

PESQUISADORA: Como a senhora se sentiu logo depois?

ENTREVISTADA (E 11): Ah, a minha recuperação foi aos poucos. Eu levei uns 3 anos pra me recuperar. Não me recuperei com facilidade não. E os guias espirituais disseram pra mim: vamos fazer um paliativo pra outra pessoa vir tratar, porque nós não podemos lhe tratar diretamente.

PESQUISADORA: Mas hoje, a senhora se sente como?

ENTREVISTADA (E 11): Eu me sinto bem. É, aqueles [sintomas] desapareceram... não sinto mais nada.

PESQUISADORA: A Senhora como se sentiu logo após esse tratamento espiritual?

ENTREVISTADA (E 11): Olha, logo após esse tratamento espiritual, eles me liberaram pra eu procurar um médico pra eu continuar o tratamento. Eles disseram assim: agora o médico vai saber realmente o que você tem e vai lhe operar. E eu procurei. Teve uma médica aqui em Boa Vista, que ela disse: você tem um câncer e eu vou lhe abrir, vou lhe abrir, vou lhe operar e o que tiver aí dentro de você ruim eu tiro e o que é bom eu deixo. Aí eu falei pra ela: e se a senhora esquecer o bisturi dentro? Aí ela disse: aí eu abro de novo pra tirar. E eu fui pra Rondônia, pra minha mãe, pra Ariquemes e lá nós pagamos um médico e o médico fez a cirurgia. Histerectomia total: tirou útero, ovário... Foi tirado o útero e o ovário. Só que o médico que fez a cirurgia, ele chamou a minha mãe e mostrou. Disse que... minha mãe não me falou não, minha filha é que eu acho que viu tiraram tapurus e disseram nunca ter visto isso em nenhum procedimento cirúrgico.

PESQUISADORA: o que é que a senhora acha desses tratamentos alternativos?

ENTREVISTADA (E 11): São importantes... são importantes. E eu digo o seguinte: a pessoa que procurar ele, procure com fé, porque Deus está em todo lugar, onde existe um ser humano com vontade de ajudar o outro. E se a pessoa se propõe a ajudar, a tratar o outro, que ele acredite, vá em frente, que ele alcança o objetivo da saúde dele. No meu caso eu alcancei a minha.

PESQUISADORA: Então o tratamento foi eficaz no seu caso?

ENTREVISTADA (E 11): No meu caso foi. Teve, teve a ajuda dos médicos também e tudo, mas foi depois da liberação dos espíritos da casa. Porque antes foram uns 20 e poucos médicos. E todos falavam que eu não tinha nada.

Em nosso contexto de pesquisa, o fato da pessoa está doente envolvia muitas

vezes a participação da família e amigos no processo de tratamento. Assim, o itinerário terapêutico dos que costumam procurar auxílio nos terreiros costumava ser percorrido por vários setores seja ele familiar ou profissional ou até mesmo outros tipos de popular, para depois chegar ao terreiro, este sendo o último caminho percorrido, e nem sempre o último, muitas vezes mesmo conseguindo bons resultados precisavam voltar ao setor profissional para confirmação da cura ou para realização de um tratamento que antes do procedimento espiritual era desconhecido. A partir desse momento, caminharíamos para eficácia dos procedimentos, levando em consideração todos os pensamentos e os modos de vivenciar a experiência da doença.

A doença apresenta aspectos objetivos e subjetivos, sendo que os primeiros dependem das ciências médicas e biológicas para sua compreensão e os segundos, das ciências sociais. Assim, a sociologia e a antropologia da medicina e saúde passaram a se concentrar no comportamento social com relação à doença e, particularmente, ao “mal-estar”, já que este configura uma área bastante aberta para diferentes interpretações cosmológicas e diferentes padrões de comportamento, variando conforme a experiência social do indivíduo (KLEINMAN, 1980).

De acordo com Borges e Vasconcellos (2012), a experiência da doença, não obstante a preponderância do modelo biomédico, é também negociada em termos mágicos e religiosos, que perfazem variadas formas terapêuticas, muitas vezes como único auxílio médico possível, invariavelmente modelado por diferentes itinerários de cura.

A representação etiológica das práticas de cura dificilmente podem ser isoladas das condições sociais em que se inscrevem (LAPLANTINE, 2004). Para tanto, as investigações acerca das representações de doença e de cura na vivência dos que curam e são curados, envolve diversos discursos, conhecimentos e práticas postos em jogo, tanto ao nível da interpretação etiológica da doença quanto da resposta terapêutica.

Desse modo, adotam-se como definição de Itinerários terapêuticos (IT) as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes sob a forma de redes sociais formais e informais e da resolutividade obtida.

O Candomblé tem um foco importante nas relações de irmandade que tem os seus praticantes, e através dela são formados relações entre si e com a comunidade que ali está. Gerhardt et al. (2009) destaca que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e papel social na comunidade/sociedade.

Ao falarmos em *redes sociais*, compreendemos as relações que são estabelecidas em função da posição e do papel social no processo, onde há necessidade de diversas intermediações nos diferentes campos de ação dos grupos sociais locais e familiares, sendo que através das pessoas se expandem e consolidam solidariedades grupais e/ou

obrigações parentais (REPETTO, 2008). No caso dos praticantes dessa religião, estas redes são muito importantes, pois servem de apoio e solidariedade em vários momentos, seja no incentivo à prática, como na recepção dos que iniciam.

Os diversos saberes e formas de atendimento da doença que operam hoje em uma sociedade determinada têm a ver com diversas condições, dentre elas: religiosas, étnicas, econômicas, políticas, e inclusive técnicas e científicas, as que deram lugar ao desenvolvimento de formas e saberes diferenciados que costumam ser considerados antagônicos, principalmente entre a biomedicina e a maioria dos outros saberes ditos não científicos.

Os modos ocidentais de diagnosticar e tratar os problemas psicossociais podem ser inadequados se não consideram os diversos aspectos sociais e culturais (HELMAN, 2009). As pessoas podem preferir seus próprios curandeiros e remédios tradicionais, frequentemente em combinação com a medicina ocidental. Esses curandeiros populares podem fornecer um sentido maior de continuidade, bem como uma visão holística e espiritual do sofrimento humano, talvez esse seja o motivo da eficácia de um tratamento pela medicina popular, digo, não científica.

Csordas (2002a) também lembra que o processo de cura é visto por muitos como necessário para o crescimento espiritual, que por sua vez propicia boa saúde. Observa também que o sistema de cura é holístico, pois busca integrar todos os aspectos da pessoa: corpo, mente e espírito. Csordas (2002b), afirma que no mundo acadêmico norte-americano cresce a perspectiva que a cura é vista como algo que acontece por causas religiosas, mais do que por razões terapêuticas.

Em Boa Vista vem crescendo o número de adeptos à religião afro, e a cada ano vem nascendo ou aparecendo religiões diversas com um quantitativo considerável de seguidores. Baseado no IBGE (2010), existem hoje, na população de Boa Vista, 284.313 pessoas; sendo que, desses, 428 são praticantes da religião umbanda/ candomblé, 86 praticantes somente de umbanda, 341 de candomblé e 3.915 espíritas. Esse número não condiz com a realidade em campo, pois foi perceptível um número bem mais expressivo; através da ASUAER (2012), solicitei dados que confirmassem o registro de terreiros no município de Boa Vista. Hoje existem 92 registros.

É necessário, então, acreditar que as classes populares sabem o que lhes faz bem, independentemente de nós (profissionais de saúde). Por isso, devemos trabalhar em nós a compreensão e aceitação das suas escolhas, aceitando que é uma realidade essa utilização de métodos terapêuticos tradicionais, e tentar incorporar aos serviços de saúde. O que domina nas sociedades atuais, dentro dos diferentes conjuntos sociais estratificados que as constituem e para além da situação de classe social ou da situação étnica, é o chamado pluralismo médico, termo que indica que em nossas sociedades a maioria da população utiliza potencialmente vários saberes e formas de atenção não só para diferentes problemas, mas para um mesmo problema de saúde (MENENDEZ, 2009).

Assim, pelo fato de nossos corpos serem profundamente afetados por nossas experiências sociais e pelas normas dos grupos a que pertencemos (GIDDENS, 2005:130), a experiência e a aflição, geradas pela doença, afetarão não só o doente, mas também as pessoas no seu entorno em decorrência do desequilíbrio vivido nas relações familiares, grupais e até trabalhistas. Se a fisiologia humana, dentro daquilo aceito socialmente como normal, é parte vital não só do indivíduo, mas também do corpo social.

O corpo, por revelar-se também através das doenças e nas formas curativas utilizadas para combatê-las, está incomensuravelmente submetido a determinadas classificações grupais, culturais e ambientais, inerentes à vida coletiva (BORGES; VASCONCELLOS, 2012).

Por isso, sempre haverá um esforço em dar sentido à doença até incorporá-la nos aspectos do imaginário da vida coletiva. Pelo fato de o corpo não ser algo físico fora da vida social, aqueles diretamente relacionados ao *ethos* social do indivíduo também reagem à doença, contribuindo para formar interpretações sobre ela, sugerindo ser ele não só afetado pelas nossas experiências sociais, mas de igual modo estar intimamente relacionado aos valores do grupo do qual somos parte (BORGES, 2012). Aqui se ressalta a influência da comunidade religiosa na formulação das concepções de saúde-doença-cuidado, assim como as visões de mundo construídas por esse povo em relação às terapêuticas de cura.

Pela cura realiza-se o reordenamento do desequilíbrio produzido pela doença através da reintrodução do corpo saudável, permitindo ao indivíduo operar convenientemente nas interações sociais e nas rotinas diárias. Porém, a experiência da doença com todos os seus conteúdos de significância, impõe a necessidade de uma exegese para traduzir em termos dizíveis uma metalinguagem indizível. Um interventor para cumprir a função de intermediário entre a doença e a cura, ou mais ainda: um discurso de referência para dar-lhe uma definição, a terapêutica da cura (BORGES; VASCONCELLOS, 2012).

Para o estabelecimento dessa integração, a posterior cura da doença é uma forma de recompor o equilíbrio do corpo por uma ordem de representações que espalham constelações de significados, inclusive com conotações religiosas (AUGÈ, 1994). Quando o equilíbrio desse sistema é abalado por doenças, infortúnios e morte, a realidade torna-se angustiante e insuportável dada à impotência diante de fatos que escapam à completude dos padrões culturais, o indivíduo buscará dar-lhe significância, mobilizando em torno de si a gramática social de sua cultura (BORGES; VASCONCELLOS, 2012). E a partir desse momento dará significado ao termo está doente, procurando de acordo com a sua cultura formas possíveis para solucionar o que esta causando um desequilíbrio seja físico, mental ou espiritual.

Isso aponta que qualquer que seja a resposta terapêutica, a doença é um fator de manifestado desequilíbrio, não somente para o corpo físico, mas também o corpo social, e explicações ser-lhe-ão dadas para localizá-la dentro de uma ordem de fatores fornecida pela cultura, chamada por LÉVI-STRAUSS (1975) de *consensus* coletivo.

Segundo Borges e Vasconcellos (2012), diz que em cada cultura, a cura como terapêutica resguarda sua eficácia no conjunto da sociedade que a pratica, e sendo assim, as teorias nativas sobre a doença trazem uma causalidade mágica e não biológica. Sua proposta é a de que a compreensão das relações sociais, entre as teorias nativas, doenças e as terapêuticas de cura, só se viabilizaria dentro de um sistema integrado que abranja a sociedade como totalidade.

Segundo Menendes (2009), nas sociedades europeias e americana atuais, existe toda uma variedade de saberes e formas de atenção aos padecimentos que utilizam diferentes indicadores e técnicas diagnósticas para a detecção de problemas de saúde, como variados tipos de tratamento e ainda diferentes critérios de cura.

Menéndez (2003) chama a atenção para o fato de que os sistemas biomédicos utilizados na medicina ocidental procuram diferenciar-se de outros sistemas com o argumento de que estes não são “científicos”, fato este que muitas vezes leva a uma concepção de que estas práticas podem representar “perigo” para a saúde dos usuários dos sistemas de saúde tradicionais. Para tanto, discorre sobre o conceito de autoatenção no que se refere aos saberes produzidos pelos indivíduos para diagnosticar, explicar, controlar, aliviar, curar, solucionar e prevenir os processos que afetam a sua saúde sem que haja a intervenção direta dos “curadores profissionais”.

Segundo Langdon (1996), doença é um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.

Rotineiramente, os profissionais da saúde não estão habilitados para reconhecer e analisar os processos socioculturais subjacentes aos modos de vida de sua clientela, e nem para neles intervir. Alguns são capazes de reconhecer uma influência dos aspectos culturais e sociais sobre os agravos que são chamados a resolver, mas raramente desenvolvem habilidades de transformar essa percepção genérica em estratégias operativas de apoio à intervenção social (MENENDEZ, 2003).

Contudo, a interpretação das doenças recorre a um contexto pluridimensional: natural, sobrenatural, psicossocial e socioeconômico. A definição de saúde-doença não se refere apenas à origem de um mal, mas a uma imagem do mundo, do homem, da natureza e das relações sociais; enfim concepções criadas, transmitidas ou transformadas no decorrer da vida. Sendo que, o que define a causa de uma doença é o “julgamento subjetivo” do doente, parentes, amigos e especialistas incumbidos do tratamento. Esse fato direciona a escolha do itinerário terapêutico.

O modelo médico hegemônico continua sendo a base de prestação de serviços entre as diversas comunidades, e os profissionais de saúde geralmente não tem uma formação que lhes permita refletir sobre as características e potencialidades de outros modelos de atenção à saúde e adotar abordagens integrais menos biologistas e individualistas. Esse

tipo de percepção por parte dos profissionais dificulta o reconhecimento de que os diversos segmentos da população, aproveitam de vários sistemas alternativos de saúde disponíveis, sejam estes oriundos das tradições indígenas, populares ou biomédicos, os quais são avaliados e apropriados segundo a eficácia que neles percebem (LANGDON, 1996).

As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são muito permeáveis, o que torna o itinerário terapêutico bastante complexo e composto de diversos fatores. O infortúnio, quando acontece na vida das pessoas, levanta questões que vão além do que se pode explicar o modelo biomédico em que se baseia a medicina ocidental; pois, os mecanismos fisiopatológicos nos explicam como aconteceu o processo biológico, e não as causas, sejam elas naturais ou sobrenaturais, sendo estas as preocupações básicas das pessoas quando doentes.

A análise entre saúde-doença pode ser realizada a partir de distintas perspectivas, e tanto os especialistas em ciências da saúde, como os cientistas sociais discutem a necessidade de um modelo compreensivo ou um paradigma genuíno que permita relacionar os processos biológicos com os sistemas culturais de significação.

Os indivíduos tendem a dar distintas interpretações às doenças e às aflições, ao considerar o normal e o patológico em termos culturais e sociais, isso por si só impõe a necessidade da negociação entre culturas. Assim, fatores sociais e culturais tornam-se matrizes importantes para compreender as aflições, sejam elas de natureza fisiológica ou existencial.

A representação etiológica das práticas de cura dificilmente pode ser isolada das condições sociais em que se inscrevem (LAPLANTINE, 2004). Para tanto, as investigações acerca das representações de doença e de cura na vivência dos que curam e são curados, envolve diversos discursos, conhecimentos e práticas postos em jogo, tanto ao nível da interpretação etiológica da doença quanto da resposta terapêutica.

Minayo (1988) avalia que, no caso da medicina oficial e da visão de grande parte dos médicos, há uma perda da dimensão subjetiva da doença em contrapartida ao que acontece nos espaços envolvidos pela religiosidade. Adverte que:

O corpo humano é considerado na medicina acadêmica como uma máquina e cada órgão como uma peça. O papel do médico é de atacar a doença, isto é, de consertar os defeitos de um mecanismo enguiçado. Ao concentrar-se em elementos cada vez menores e divididos do corpo, o médico perde de vista o doente como um todo o processo de inter-relação sociocultural, psicosocial, e espiritual que permeia qualquer doença (MINAYO, 1988, p. 10).

A necessidade e a premência do diálogo transcultural no entendimento das doenças são colocadas nos seguintes termos:

Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a importância das diferenças culturais e ter competências para desempenhar adequadamente a sua função. Os serviços de saúde devem disponibilizar meios para limitar as barreiras e dar respostas ajustadas e sensíveis às especificidades destas populações (DIAS; GONÇALVES, 2007).

Em cada sociedade, os diferentes grupos sociais empregam formas de atendimento tradicionais/populares específicas, que vêm deixando de ser patrimônio exclusivo de determinados setores sociais, culturais ou étnicos. É um processo constante, mas que ganhou uma dinâmica mais rápida nas últimas décadas devido a processos como a expansão da indústria químico/farmacêutica, as migrações nacionais e internacionais e a globalização da grande mídia.

O modelo biomédico de saúde baseia-se nos paradigmas estabelecidos pela medicina ocidental e entende que saúde do corpo deve ser recuperada por meio de tratamento médico cientificamente comprovado, desconsiderando que outras formas de tratamentos não sejam comprovadas pela comunidade científica, implicando assim a sua ineeficácia.

A conceitualização que se faz da doença a partir da biomedicina é produto de uma visão naturalizante e objetivante que conclui serem as doenças entidades caracterizadas pelo menos por dois ou três critérios: um agente etiológico reconhecido, um grupo de sinais e sintomas identificáveis e alterações anatômicas consistentes (BONET, 2004).

Segundo Kleinman (1980), deve-se adotar o termo “biomedicina” em vez de “medicina científica” ou “medicina ocidental” para nos referirmos à medicina alopática, no intuito de destacar sua posição dominante e estabelecida no mundo atual e seus princípios epistemológicos baseados no paradigma científico positivista, evitando assim a implicação de que outros modelos médicos não são ou não possam ser científicos. A biomedicina precisa ser relativizada, vista como um modelo médico entre vários outros, sejam estes dos chineses, hindus ou dos índios.

Para Langdon (2003), a biomedicina distingue-se dos outros por seu enfoque principal na biologia humana como processo físico/material e no dualismo entre corpo e mente, além de sua perspectiva etiológica como um processo único entre causa, patologia e tratamento. Esses conceitos explicam porque os profissionais de saúde estão afastados dos diversos aspectos que circulam em torno do processo saúde-doença, por priorizar ou somente acreditar que sua forma de tratamento é a única eficácia para resolução dos problemas, acreditando eles, que a causa do infortúnio se restringe a tão somente a parte biológica do nosso corpo.

No início da história humana, os métodos mágicos e religiosos eram os mais importantes agentes de estimulação dos fatores naturais de cura. Neste sentido, é importante sublinhar que não pode haver dúvidas quanto à eficácia real dos métodos mágico e religioso, da mesma forma que não pode haver dúvidas quanto à existência e eficácia real do chamado efeito placebo. Esta é uma questão tecnicamente muito simples e passível de compreensão, o que torna surpreendente sua baixa aceitação (MARCO, 2010).

O que não se pode perder de vista é que o efeito placebo é um efeito real que produz mudanças reais, não somente no plano psíquico, mas também no plano físico. Embora esses dados possam ser muito evidentes e aceitos racionalmente, existe uma

grande dificuldade em ter presente, de fato, que os poderes de autocura do organismo são de importância fundamental para o equilíbrio do mesmo, bem como para a prevenção e a cura das mais diversas condições mórbidas.

Kleinman (1980) chama a atenção para uma importante questão no que diz respeito à Antropologia médica. Dentro de um sistema de atenção à saúde, os pacientes e os agentes não podem ser entendidos fora do seu contexto, estando, por conseguinte, imbricados com significados culturais e relações sociais específicas do meio sociocultural. Logo, o estudo da enfermidade, do mal-estar (*illness*) e da cura passará, necessariamente, por uma análise do sistema de atenção à saúde.

Pacientes e agentes de cura são componentes básicos de tais sistemas e, desse modo, inserem-se em uma configuração específica de significados culturais e de relações sociais. Não podem ser compreendidos separados deste contexto. Enfermidade e processo de cura também conformam parte do sistema de atenção –cuidado à saúde. Dentro desse sistema, articulam-se como experiências e atividades culturalmente constituídas. No contexto da cultura, o estudo dos pacientes e dos agentes de cura, e da enfermidade e do processo de cura, deve, portanto, iniciar com uma análise dos sistemas de atenção (cuidado) à saúde (KLEINMAN, 1980).

Turner (2005), diz que na conjunção das propriedades estruturais de polissemia, condensação e polarização de significados, encontrar-se-ia a causa da enorme valência e eficácia dos símbolos, ele quis dizer que devido as suas diversas interpretações é que se encontra a verdadeira explicação para o entendimento do simbolismo utilizado nos mais variados rituais.

Para Octavio Bonet (2004), biomedicina é o conjunto das representações e práticas que, na cultura ocidental moderna, tem preeminência no tratamento dos processos de saúde- doença com priorização da ordem biológica. No entanto, no decorrer do texto, também usarei os termos “medicina”, ‘medicina alopática’ ou “medicina científica” por serem essas categorias de uso corrente entre os atores investigados e mais conhecidos socialmente quando se trata de classificar o que comumente chamamos na antropologia da saúde de “biomedicina”.

A biomedicina se destaca por sua competência tecnológica, e não se sugere que se deva rejeitar esta competência. Mas, podemos afirmar que a maior parte dos profissionais em saúde já tiveram experiência com doenças e pacientes para os quais a biomedicina não consegue dar uma resposta satisfatória. Pode ser que o paciente continue com seu mal estar apesar dos tratamentos ou que melhore os sintomas de uma perspectiva clínica, mas continuem as limitações dos princípios epistemológicos biomédicos que reduzem a doença aos processos biológicos materiais.

Deve-se pensar sobre a diversidade de fatores que influem na utilização dos diferentes recursos dos sistemas médicos aos quais tem acesso um determinado grupo de pessoas. O serviço de saúde onde atuamos é uma das opções, mas não a única de

tratamento nos casos de doença, e sua utilização por parte das comunidades indígenas ou até mesmo de migrantes dependem de fatores de ordem econômica, política, social, cultural e histórica que interferem em cada caso particular da doença.

Para Menéndez (2003), as oposições entre biomedicina e outras formas de cura ocorrem mais no plano das representações do que no das práticas. A oposição excludente recobriria as intenções hegemônicas dos profissionais da saúde que buscam garantir o monopólio do exercício dos cuidados de saúde, mas não encontra correspondência nas práticas cotidianas dos pacientes que costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas. A existência de múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam. Assim, torna-se necessário promover uma articulação dos serviços de atenção básica com as formas de autoatenção, uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico.

Kleinman (1980), antropólogo-médico, chama a atenção para a necessidade da incorporação da perspectiva cultural no contexto clínico. Pioneiro na relativização da biomedicina, ele desloca o enfoque biologista da biomedicina para o reconhecimento do papel de categorias e valores culturais nos processos psicofisiológicos. Reconhece também que não há um entendimento homogêneo sobre a doença, mas que cada ator traz seu modelo explicativo para interpretar e agir diante dessa condição.

O êxito do tratamento clínico depende da capacidade de entendimento das diferenças de perspectivas pelos profissionais da saúde. O autor afirma que frequentemente os profissionais não reconhecem que suas práticas, como quaisquer outras práticas de cura, são resultados de forças culturais, históricas, políticas e econômicas. Escondidas sob a objetividade e validade das concepções científicas, elas costumam veicular juízos de valor que interferem em sua eficácia e resultam numa moralização da relação profissional/paciente e na formulação das políticas públicas de saúde (KLEINMAN, 1995).

O modelo médico hegemônico continua sendo a base da prestação de serviços, e os profissionais da saúde geralmente não têm uma formação que lhes permita refletir sobre as características e potencialidades de outros modelos de atenção à saúde e adotar abordagens integrais menos biologistas e individualistas. Esse tipo de percepção por parte dos profissionais dificulta o reconhecimento de que alguns segmentos da população aproveitam de vários sistemas alternativos de saúde disponíveis, sejam estes oriundos das tradições indígenas, populares ou biomédicos, os quais são avaliados e apropriados segundo a eficácia que neles percebem. As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são muito permeáveis, o que torna o itinerário terapêutico bastante complexo e composto de diversos fatores.

O campo social está permeado por várias tradições e inovações, uma situação que pode ser chamada de “intermedicalidade”, caracterizada por Greene (1998) como uma multiplicidade de atores e negociações de poderes que fazem parte das interações entre

sistemas de cura e cuidados.

Desejo com essa pesquisa saber como determinado sistema pode ser utilizado ou transformado pelos sujeitos em um sistema terapêutico, ainda que não se apresente como tal, qual o mecanismo para cura é acionado.

A autora considerava esse espaço, como parte do sistema médico local de tratamento para as diversas patologias, estando dentro o setor popular, considerando a tradução de Langdon (1994) para classificação proposta por Kleinman (1980) que divide os sistemas de cuidados da saúde em 03 setores: profissional, popular e familiar. O primeiro seria formado com regulações próprias, a exemplo da biomedicina, da homeopatia e da medicina chinesa. Já setor popular refere-se aos especialistas de saúde que na formam grupos organizados e burocratizados, mas ao mesmo tempo são reconhecidos pelo grupo como desempenhando papéis de cura e caracterizados por um conhecimento especializado sobre algum sobre algum aspecto da saúde (LANGDON, 1994), a exemplo dos parteiros e dos xamãs.

Por último, o setor família seria aquele formado pela rede social que envolve o sujeito doente, tais como a família, a vizinhança e a comunidade onde ele se insere cujos conhecimentos relacionados à saúde, adquiridos socialmente, são acionados nos primeiros momentos de identificação da doença.

Pode-se perceber que os termos saúde física e espiritual andam juntos na concepção do (Z). Ao conversar com um filho de santo sobre seu conceito de saúde, ele relatou:

Z: (ENTREVISTADO 6): Bom, saúde é um estado de espírito... é... geralmente saúde tá relacionada ao equilíbrio entre o material e o espiritual... assim... de maneira a gente associa o emocional... se o seu emocional estiver abalado e se você tiver uma má alimentação, esse tipo de coisa, então a gente associa muito a isso também, né? E também você tem que tá em dias com os seus preceitos, você tem que tá com seu mundo equilibrado, que é o que rege a sua vida...

Pergunta-se ainda se ele (filho de santo) acha que existe uma diferença entre a saúde espiritual e a saúde física? Nos seus tratamentos, você diferencia, ou trata os dois ao mesmo tempo? Ou encaminha a um médico? Como é feito esse percurso de busca da cura? Em resposta aos questionamentos feitos ao (ENTREVISTADO 6): obteve-se como resposta:

Existe, existe doenças que são espirituais, como os trabalhos feitos. Existem trabalhos pra destruir o sujeito, que vem com a doença, entendeu? Que vem com a doença... aí cabe à Entidade, porque eles são os espíritos de luz, então eles é que vão dizer o tratamento, são eles que vão cuidar... Porque nós somos só o veículo de tudo isso, mas tem certas doenças que é do mundo... Como do mundo? São doenças que vem já da... de outros... de milhares de anos, que evoluem... Então a gente pede pra pessoa que tanto pra que trate também, mas a gente pede que tenha o acompanhamento do médico, de maneira alguma dizer: Não, que o médico... o médico ele é qualificado pra isso. Como a entidade também tem o seu papel.

A partir dos relatos obtidos, o fato é que se passa a considerar saúde e doença como

estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais. Portanto, o saber e o fazer em relação à saúde da população mediante um sistema de saúde é uma tarefa que implica a concorrência de várias disciplinas do conhecimento humano e a ação das diversas profissões da área de saúde, bem como ação articulada entre os diversos setores, que é requerimento para a produção de saúde.

SAÚDE E CANDOMBLÉ



Figura 03: Cerimônia de feitura de santo no terreiro Iwo-lé dá ori oba ti-niti olorum (27/01/2013)

Fonte: Maxim Repetto

Define-se uma comunidade de migrantes, conforme o sentido utilizado por OLIVEIRA (2006, p 83), que discute a construção de identidades em comunidades de comunicação e de argumentação, como grupos humanos que constroem consensos baseados numa visão moral da realidade. Preferimos definir assim nossas comunidades, como de pessoas migrantes, que nesta condição e, apesar de terem origens diversas, constroem visões de mundo compartidas. Analisaremos o tema, ao refletir sobre como as pessoas em certas unidades religiosas dão significados ao processo de saúde-doença-cuidado, sendo que a construção de sentidos coletivos também envolve o campo da religião.

A tradição religiosa afro-brasileira é parte do legado deixado por homens e mulheres africanos e afro-brasileiros, que contribuíram de forma significativa para a construção do país em que vivemos. O saber do terreiro, mantido e recriado por gerações, é uma das matrizes do imaginário brasileiro. Esse saber, através de sua visão de mundo, propõe formas de lidar com a saúde física e psíquica, com a educação, com as relações sociais. Essas formas encontram-se vivas no cotidiano das casas-de-santo e podem ser absorvidas através dos *itans*, mitos, práticas rituais, rezas, garrafadas, espaços sagrados (casas de *Orixá*/ *Nkisses*/ *Voduns*, assentos, árvores, plantas), microssistemas que compõem a rede

de significados da tradição do terreiro (GUIMARÃES, 2003).

Estamos analisando o candomblé numa perspectiva de cultura popular e de sincretismo religioso na Amazônia, onde se utilizam diversos instrumentos e simbolismos. Em consonância com isso, Sérgio Gil Braga (2007), ver a cultura popular através da mudança cultural e das possibilidades interpretativas que permitem captar a singularidade da diversidade social. Popular, não no sentido de “algo subalterno ou de mau gosto, culturalmente menor ou algo duvidoso enquanto prática cultural legítima” (BRAGA, 2012:81).

Seguindo esse autor podemos aprofundar o debate da cultura popular entendendo-a como “o interesse social difuso, desinteressado e algo não menos importante, a qualidade de bem imaterial, intangível, ou seja, um saber reunido há longa data e que resistiu aos apelos de mudanças estruturais da sociedade, ao mesmo tempo, que fundamenta a dinâmica culturais de tais práticas, em face dos reclames da modernidade (ibidem:84). Especialmente, o popular refere-se a questões não mediadas pelo Estado, que sustentam o campo simbólico e histórico da população afrodescendentes.

Assim, por exemplo, o candomblé, enquanto conhecimento popular, utiliza uma série de mecanismos para transmissão dos conhecimentos e formação das novas gerações, assim como atualiza simbolismos históricos. Isto fica claro quando no ritual de iniciação por doença, ao sair da reclusão e entrar formalmente no terreiro e, por conseguinte, na prática religiosa, os iniciados simbolicamente se deitam em cada uma das três saídas numa esteira, sobre a qual já dormiram nos 21 dias de enclausuramento, e que lembra o período da escravidão africana no Brasil e, no reviver do sofrimento, atualiza-se a fé e o sentido de comunidade.

No Brasil, a contribuição da cultura africana permeia todos os setores da vida social. No campo da arte de curar, há evidências de que tais aportes são inúmeros. Porém, no campo das *meizinhas* (remédios), contribuições dos saberes africanos indígenas formam um emaranhado de grande complexidade que é preciso deslindar para podermos dizer com exatidão qual é o aporte de cada um. Mas o fato é que a desvalorização do saber popular médico de origem africana inviabiliza a enorme contribuição na área (OLIVEIRA, 2003).

A sociedade brasileira, constituída de diferentes etnias/ raças, referências ideológicas e vivências religiosas é um enorme laboratório de concepções que formam a identidade nacional. Entretanto, as escolas, os serviços de atenção à saúde e à assistência social, que explicitam essa constatação, não incorporam essa realidade (NOGUEIRA, 2003).

Há uma medicina popular ou tradicional africana através da qual cada um dos povos possui a sua própria medicina popular, praticada por terapeutas não médicos, que consiste em um conjunto de saberes, de meizinhas e de poderes no âmbito do sagrado e das forças da natureza (a chuva, o ar, a lua...), cujos depositários atuais são, inegável e majoritariamente, os terreiros de candomblé (OLIVEIRA, 2003).

O processo sanidade/enfermidade na tradição dos povos africanos situa-se no

campo da visão holística, e a arte de curar é realizada via uma prática médica alicerçada em uma cosmovisão mística religiosa (OLIVEIRA, 2003).

E este respeito um de nossos entrevistados, filho de santo, do terreiro Ilê Axé Yeye Olomin Ola explicava:

Z: (ENTREVISTADO E6): Então é como uma balança, você tem que tá equilibrado. Você não pode ser muito e nem pode ser pouco, você tem que ser médio, tem que ser mediano. Você tem que ser controlado. Você não pode beber demais, você não pode é... usar certos tipos... é... de maneira alguma no candomblé você não pode usar drogas. É abolido totalmente porque isso diminui a espiritualidade e a mediunidade da gente, então é totalmente abolido... É... você tem certos preceitos, você tem... Não pode fazer o mal pras pessoas, porque o mal ele é dividido... Todo mal, ele é dividido, por que se você faz o mal, você acha que nunca vai acontecer nada com você, se é... se nunca vai acontecer nada com você, você está totalmente errado. Todo mal é dividido, então a gente aprende assim... É isso, é ter o equilíbrio.

O Pai de santo Bokulê nos falou sobre o sentido da doença e da enfermidade:

Bokulê: Estar doente é perder a noção de querer estar vivo. Porque estar doente é perder a noção de querer estar em pé. Você adoece por problemas financeiros. Você adoece por problemas pessoais. E você adoece por doenças do corpo. É uma diferença muito grande. Eu posso estar doente por estar com dor de cabeça, por estar com raiva e não ter cefaleia. Eu posso adquirir uma gastrite nervosa por ter raiva na minha casa e não ter nenhum problema de estômago, só a gastrite nervosa. Então eu adquiro doença na questão social.

Podemos ver que nessas intersubjetividades organizam-se formas de ser e viver, organizam o mundo, constroem e mantêm subjetividades (GUIMARÃES, 2003). Os terreiros visitados em Boa Vista, durante a pesquisa, apesar de não terem sido fundados por africanos vindos diretamente da África ou terem vinculação direta com alguma nação africana, são detentores de traços culturais africanos importantes. Eles afirmam a importância dos trabalhos realizados e a seriedade com a qual se comprometem desenvolver essa religião tão discriminada. Assim, proclamava o pai de santo *Dudu oregi*, na festa de obrigação *no terreiro Ile Axe Yeye Olomin Ola*, quando afirmava no salão que isso era religião africana.

Em entrevista posterior ele pôde refletir sobre o sentido da religião afro-brasileira:

Pai-de-santo Dudu oregi (pai-de-santo do Dofono de Oxum, líder do campo pesquisado): Fui no terreiro dos espíritas dos meus 7 aos 10 anos, a minha família toda é protestante. A discriminação em relação ao candomblé não está existindo mais porque é uma religião de negros. Por ela ser uma religião de negros, existe as pessoas brancas que chamam de sociedade, que acham que a umbanda, eles generalizam a umbanda. A macumba, eles generalizam entre o candomblé. Umbanda mais a macumba é a feitiçaria. Então, como a religião foi de negros, ela é muito discriminada. Ela foi muito discriminada por muito tempo, mas hoje em dia, como tem muita gente branca dentro do candomblé, tem pai-de-santo branco, tem da Europa, tem português, tem italiano, e hoje aderiram à religião candomblé, que é a religião mesmo de negros da África, mas hoje existe muitos brancos. Então hoje está existindo pouca discriminação. Existe sim, mas é pouca, porque as pessoas acham que

só porque é pai-de-santo. Mas tem pai-de-santo Doutor, Advogado, Professor, Médico, porque hoje em dia evoluiu a religião. Era de analfabetos, porque os escravos não podiam estudar. Vieram da África e eles não podiam fazer nada, mas hoje, com a evolução dos tempos, hoje em dia todo mundo estuda. O acesso é grande, então hoje tem pai-de-santo Médico, Advogado, tem Juiz, Desembargador que frequenta a casa do candomblé. Então a discriminação hoje baniu um pouco, mas existe um pouco. [pensam que o Pai de Santi é] macumbeiro [que] só faz o mau ou o feiticeiro, mas eles não entram dentro da casa de candomblé pra ver que tem médicos, tem uma sociedade, é uma religião de família. É uma religião de pessoas íntegras também. É uma religião como qualquer outra. Hoje em dia, como Gilberto Gil conseguiu, nós somos uma religião. Não é mais uma Seita, é uma religião, é cultura hoje de colégio, e vai ser matéria de colégio daqui uns tempos, como na Bahia, no Rio de Janeiro e São Paulo, já existe, é obrigatório ter capoeira, falar como negro, porque é a língua que temos. O vatapá, nós temos muitas palavras no nosso vocabulário que é da religião afro: *vatapá, caruru*. Nós temos *acarajé, abará*. A farofa foi o negro que trouxe, que era a farofa de Exu. As sinhazinhas da fazenda foram vendo aqui e ficou a farofa, mas da maneira *padê*, é *iapadê* o nome da farofa. Foi tudo os negros que trouxeram.

Falar em terreiro, principalmente no que se refere ao culto afro, é falar de um conjunto de elementos que nos remete e nos reporta a cada momento de acontecimento que se vivencia. No entanto, o contingente de pessoas que acompanham, contribuindo em um determinado ritual, normalmente não percebe a grande riqueza que nos foi legada pelos nossos ancestrais e, muito mais, o cuidado que devemos ter em relação à saúde (FERRREIRA, 2003).

Como ponto de partida, sustento que o Brasil oferece um panorama extremamente vasto de transformações na esfera religiosa, ocorridas a partir do início dos tempos do Ocidente que costumamos chamar de modernidade. Sabemos que existiam as mais diversas formas de práticas religiosas, mesmo de uma maneira mais tímida ou até mesmo disfarçada, como por exemplo, o candomblé o qual era praticado pelos africanos trazidos do seu país de origem para o Brasil no contexto de exploração colonial. Essas cultuações camoufladas eram utilizadas pelos praticantes desta religião afro-brasileira, devido os preceitos que antes eram somente aceitos e impostos pela doutrina católica, não digo praticada, e sim, autorizada. A este respeito, o pai de santo *Dudu regi de tempo* nos explicava:

PAI-DE-SANTO *DUDU REGI DE TEMPO*: Posso. É assim, a religião afro, como eu expliquei pra você, ela é da África. Os Orixás são os deuses africanos. Então lá existe Oxum, Ogum. Existe Iansã... Existe tudo isso. Então os negros quando vieram para cá, trouxeram a religião deles. Então nas senzalas dos senhores, eles pensaram que eles estavam tocando para se animar. Eles estavam fazendo o candomblé, lembrando a África, dos Orixás, e os senhores das fazendas pensavam que eles estavam brincando em comemoração a santos da igreja católica. Na verdade eles estavam tocando o candomblé. Eles trouxeram com eles a religião deles, então o candomblé é totalmente africano, mas ele introduziu no Brasil por causa dos negros e a religião deles não cultua os Orixás, ela cultua os Caboclos e encantados. Caboclos são os *egugus*

falados. São aqueles espíritos que vem e já morreram e ficaram na Terra, que chamam *egugus*, aí voltaram pra trabalhar que se chama espírito da luz e os encantados são os caboclos de mata, que eles encontram na mata e se perderam e se encantaram e voltam também como caboclos para ajudar os outros. Então a umbanda é brasileira. Na África não existe Caboclo, só *Orixá*. Na África não existe pomba-gira, não existe Maria Padilha, tranca Rua. Só existe *Exu* e *Orixá*. Eles não conhecem. Eles chamam de *egugus*. A diferença é essa. A umbanda nasceu em Niterói, pelo Caboclo Sete Cruzilhada, no Rio de Janeiro. Então, é totalmente brasileira. A diferença é essa: eles cultuam Caboclo e nós cultuamos os *Orixás* africanos.

De acordo com Mattos (2012), os africanos, quando chegaram ao Brasil passaram a conviver com diversos grupos sociais-portugueses, crioulos, indígenas e africanos originários de diferentes partes da África. Na tentativa de garantir a sobrevivência, estabeleceram relações, construindo espaços para a prática de solidariedade e recriando sua cultura e suas visões de mundo. Dessa maneira, integraram as irmandades católicas, praticaram o islamismo e o candomblé e reuniram-se em batuques e capoeiras. Com isso, os africanos influenciaram profundamente a sociedade brasileira e deixaram contribuições importantes para o que chamamos hoje de cultura afro-brasileira.

O candomblé como um exemplo desta influência afro é uma religião de matriz africana, da qual podem participar pessoas de todas as origens e etnias, podemos dizer que seria um local de acolhimento e solidariedade, sentimentos esses referidos pelas pessoas que frequentam rotineiramente ou participam dos rituais nos terreiros de candomblé.

Segundo Lody (1994), candomblé significa local de cerimônia afro-brasileiras seguidoras de modelos etnoculturais denominados Nações-Ketu, Jeje, Angola, Congo, Ixejá, Caboclo, entre outras. Designa também um tipo ou um padrão de comportamento religioso voltado aos orixás, voduns, inkices, bacurus, caboclos.

O termo “religião” deriva da palavra latina “re-ligare”, que significa “religação” com o divino. Durkheim (1973) vai mais além e afirma que a religião é uma construção coletiva, pela necessidade de pertencimento de um indivíduo a um grupo. Pode-se dizer, ainda, que a participação na ordem do sagrado acarreta prestígio social aos seus integrantes. Desta forma, é possível ilustrar uma das funções sociais da religião.

De acordo com Helman (2009), a conversão religiosa pode ter um grande impacto sobre a saúde e envolve novos modos de explicar doença e infortúnio, novas atitudes em relação a tratamento médico, estilo de vida, vestuário, tabus alimentares e uso, ou evitação de alguns “reconfortantes químicos”.

Lidar com aspectos religiosos é lidar com símbolos sagrados que funcionam para sintetizar o ethos de um povo, portanto, adentram em aspectos psicossociais e culturais. Na América Latina, há muitas religiões sincréticas diferentes, especialmente uma mistura de elementos católicos, africanos e indígenas. Elas incluem umbanda e candomblé no Brasil. Nas últimas décadas, esse processo de migração de religiões aumentou em velocidade e complexidade. Não somente muitos migrantes levam suas religiões junto com eles, mas as

religiões também são difundidas por missionários, livros, mídia e internet. Como exemplo temos os trabalhos do Prof. Carlos Borges sobre os cultos de religiões afro-brasileiras em Portugal.

Os benefícios da religião e da religiosidade são universais (para o grupo, família, clã ou cidade). As religiões africanas são pragmáticas, os seus cultos visam harmonia social e espiritual. As concepções presentes nestas religiões estão orientadas para a satisfação das necessidades imanentes e transcedentes de seus membros (OLIVEIRA, 2003, p. 65-66).

As religiões africanas são eminentemente comunitárias, onde sua dimensão comunitária expressa sua concepção de vida e do universo. O importante é o bem-estar de todos os membros da comunidade. Isso é passível de percepção durante a convivência com esses grupos; nos terreiros durante esses dois anos, foi possível participar e perceber as relações que são criadas entre eles e como são receptivos a qualquer que queira conhecer um pouco mais das suas tradições.

Sob essa perspectiva, podemos perceber que para esses povos, a religião é tida como a grande instituição e que a organização de suas vidas se dá por ela, pois esse termo relaciona-se com vários aspectos do seu cotidiano como saúde, amor, trabalho, mitos, crenças e espiritualidade.

Desejo agora ilustrar, com um pouco mais de detalhe, essas grandes inovações no campo religioso brasileiro amazônico descrevendo as características principais de movimentos religiosos que exemplificam o caráter progressivo dos encontros, fusões, sincretismos e hibridações constantes que se sucedem nesse campo.

O CANDOMBLÉ

Os escravos traficados durante o Brasil Colônia cultuavam diversos deuses de diferentes cultos de matriz africana; quando digo cultuavam, quero dizer “camufladamente” adoravam seus deuses através de santos católicos, algo imposto a esses africanos, como tantas outras coisas; tudo isso fazia com que aqueles mantivessem e transformassem suas identidades. Esse contingente populacional provinha de diferentes cidades e reinos africanos que cultuavam ritos religiosos variados e organizaram-se aqui no Brasil através de diferentes nações.

Ao longo de todo litoral atlântico, desde as florestas da Amazônia até a própria fronteira do Uruguai, é possível descobrir, no Brasil, sobrevivências religiosas africanas. As religiões afro-brasileiras mais ortodoxas são as mais diversas possíveis como o candomblé, o xangô, o batuque e o tambor de mina, e suas variantes sincréticas, híbridas ou imaginativas como a umbanda, jurema, a umbanda esotérica etc.

Todas as tribos africanas que forneceram escravos ao Brasil tinham as suas religiões particulares (CARNEIRO, 2008) e várias circunstâncias favoreceram a fusão dessas crenças no Brasil, transformando os diferentes ritos nessa instituição religiosa denominada

de Candomblé.

A palavra candomblé é um termo de origem *bantu*, e é utilizado como sinônimo de *batuque*, podendo referir-se a práticas de cura e/ou adivinhação. O candomblé surgiu como resposta à escravidão e como resistência contra a desumanização do africano escravizado (HARDING, 1997). Fala também que a gênese do candomblé não pode ser reduzida a uma oposição de classe ou a uma simples resposta de resistência a escravidão e que a reatualização das práticas religiosas africanas podia responder as estratégias contra o infortúnio, que iam além da escravidão, ou satisfazer a necessidades de solidariedade grupal.

O candomblé é tradição, culto e cultura dos orixás. Possuiu um caráter extremamente humanista que visa afastar dos seres humanos de pensamentos intolerantes, preconceituosos e de submissão, independente de sua cor, origem social, sexo ou crença religiosa. É uma religião que busca a comunhão entre os seres humanos e a natureza, levando-os a reencontrar sua força vital. O sistema ancestral africano estabelece que cada um de nós deve possuir um *orukó* (nome), um *oriki* (sobrenome familiar) e um *orilê* (totem de origem), que visam fortalecer a identidade de cada pessoa (OLIVEIRA, 2003).

Vivaldo da Costa Lima (2009) entende o Candomblé como “o corpus ideológico do grupo africano, seus mitos, cosmogonia, rituais e ética ao próprio local onde as cerimônias religiosas desses grupos são praticadas, quando então, Candomblé é sinônimo de terreiro, de casa de santo, de roça”. O terreiro que é, ao mesmo tempo, templo e espaço de socialização e, hoje, reconhecidamente um lugar, historicamente, de resistência política.

De acordo com Oliveira (2012), relata que é importante destacar que o Candomblé é um espaço de unidade e de sentidos. Cada núcleo ou terreiro é um unidade social na qual a cultura afro-brasileira se perpetua. Se a religião é uma maneira de se comportar e de se relacionar em comunidade, é no terreiro que os sistemas simbólicos do Candomblé são construídos. Nesses espaços são estabelecidos os laços familiares que unem seus iniciados ao redor do pai ou da mãe -de –santo. A religião dos orixás como está ligada à noção de família é expressa também nas denominações filhos e filhas-de-santo. (DACCACH, 2003). Pierre Verger (2002, p. 18), reforça a ligação da religião dos orixás a noção de família e cita ainda que a família originaria de um mesmo antepassado, que engloba os vivos e os mortos.

As primeiras referências ao Candomblé no Brasil datam do século XIX. Esse culto resume-se na prática de oferendas aos ancestrais e no processo de iniciação dos participantes no ritual de possessão. Esses ancestrais são denominados orixás e voduns e se comunicam com os devotos por meio da possessão. Esses devotos são conhecidos como pai e Mãe-de- santo e precisam passar por um processo de iniciação para incorporarem os espíritos dos ancestrais (MATTOS, 2012).

É por meio dos ritos de iniciação à religião que os elos de parentesco serão estabelecidos. Isto é, iaôs que se deitam no mesmo barco tronam-se irmãos, lideranças

religiosas tornam-se pais e mães, assim como ogás e equedes, mãe-pequena e pai-pequeno, e tantos outros cargos hierárquicos dentro do Candomblé que vão estabelecendo com o novo adepto relações de parentesco. Organizadas, as famílias-de-santo como são denominadas as estruturas de parentesco religioso no Candomblé acabam preservando e fortalecendo o culto aos orixás (OLIVEIRA, 2012).

No candomblé existe a participação de vários grupos sociais e africanos de diversas origens, cada candomblé possui características diferentes e modos diversos de professar a fé. Essa diferenciação é feita com base nas tradições religiosas de diferentes localidades africanas, digo, das diversas nações existentes. São dezenas de milhões de brasileiros que entram em transe regularmente, recebem entidades ou estabelecem relações personalizadas (de perturbação ou apoio) com os mais variados espíritos. Então, não podemos negar a existência e também a influência dessas religiões afro-brasileiras hoje tão presentes no nosso dia a dia, interferindo nos mais diversos setores das nossas vidas, incluindo a saúde.

De acordo com MATTOS (2012), o candomblé recebeu uma maior influência das tradições religiosas da região ocidental da África, que tinham como prática o culto de imagens em pequenos altares e os sacrifícios de animais em oferendas às divindades, realizados em espaços destinados aos rituais coletivos. Desse modo, o candomblé, além de ser uma forma de expressão religiosa, servia igualmente para marcar os espaços das diferentes nações do candomblé, com base na diferenciação feita entre as influências recebidas das diversas tradições africanas.

Na África, podia chegar a 200 deuses cultuados, mas que no Brasil fixou-se em 16 orixás, mostrando as perdas devido ao sincretismo religioso e à migração; são eles: *Oxalá, Xangô, Oxossi, Ogum, Omolu, Iroco, Oxumaré, Nana, Iemanjá, Iansã, Oxum, Ossaim, Oba, Exu, Eua, e Logum Ede*. Na África, cada cidade ou clã cultuava uma divindade específica, o que no Brasil acabou sofrendo alteração em virtude das separações familiares forçadas pela escravidão (COSTER, 2007). Sendo comum o fato que os orixás principais tenham adquirido ou incorporado às qualidades específicas de outros orixás desaparecidos (PRANDI, 2001).

As famílias ou clãs eram separados na vinda para o país, sendo redistribuídos para diversas partes do Brasil, resultando numa fusão de cultos africanos e assimilando aspectos do catolicismo e de cultos indígenas como a Pajelança.

Vemos uma hierarquia entre os *Orixás* fundadores e seus filhos, embora na realização das cerimônias e processos de cura sempre é invocado em primeiro lugar o orixá EXU, quem tem um papel importante: “Exu é o orixá sempre presente, pois o culto de cada um dos demais orixás depende de seu papel de mensageiro. Sem ele orixás e humanos não podem se comunicar. Também chamado Legba, Bará e Eleguá, sem sua participação não existe movimento, mudança ou reprodução, nem trocas mercantis, nem fecundação biológica. Na época dos primeiros contatos de missionários cristãos com os

iorubas na África, Exu foi grosseiramente identificado pelos europeus como o diabo e ele carrega esse fardo até os dias de hoje" (PRANDI, 2001: 20-21).

Um fato que chama atenção é a heterogeneidade étnica e racial dos participantes desses ajuntamentos e festas religiosas. Mintz e Price (1976) entendem instituição como qualquer interação social regular ou ordenada que adquire um caráter normativo e pode ser empregada para enfrentar necessidades recorrentes. Nas sociedades africanas diversas formas de atividade religiosa foram progressivamente institucionalizadas, isto é, os valores e práticas que visam à comunicação com o invisível foram acomodados a certas formas de organização social relativamente estáveis que se perpetuaram para fins recorrentes.

No processo formativo da religião afro-brasileira, vemos como as identidades étnicas sempre encontraram no ritual formas de expressão e diferenciação. De igual modo, as práticas de caráter religioso conhecidas como calundus, e depois como candomblés, foram um dos espaços de contraste e diferenciação dos mais importantes para a demarcação dos limites das diversas nações africanas. Tanto é assim que o conceito de nação foi, aos poucos, sendo limitado ao âmbito dessas práticas religiosas e das congregações organizadas em torno delas (PARÉS, 2007).

Vivaldo da Costa Lima (1977), refere-se à nação como sendo uma modalidade de rito, ou uma forma organizacional definida em bases religiosas. Nação passou a ser, desse modo, o padrão ideológico e ritual dos terreiros de candomblé.

Max Weber sustentava que uma das principais funcionalidades da religião é providenciar um sentido à existência do sofrimento e algum meio para superá-lo ou transcendê-lo. Também Malinowski apontava para a religião como ajuda para suportar situações de pressão emocional. Perante os conflitos e os tempos de experiência difícil, almeja-se propiciar saúde, fecundidade, segurança psíquica, harmonia, poder, status e riqueza.

Segundo José Jorge de Carvalho (1999), as religiões afro-brasileiras, porque carregam consigo uma experiência mais longa de marginalidade social, já produziram uma textualidade sagrada que comenta, não apenas o sincretismo e a hibridação simbólica, bem como o confronto de crenças e o diálogo inter-religioso transferidos para a arena pública.

Os cultos surgiram dentro de um clima de negociação simbólica e política que se costuma chamar de sincretismo, intervêm no espaço tradicionalmente católico propondo uma equivalência sincrética segundo um exemplo é que dizem que Jesus Cristo nasceu de um ato tipicamente hierofânico – o tremor da terra e do céu -, aparentemente num tempo cósmico posterior à existência do Caboclo (CARVALHO, 1999). Podemos ver na fala de um filho- de-santo, membro do terreiro *Iwo-lé dá ori oba ti-niti olorum* em um dos encontros, comentou a respeito do sincretismo religioso. Disse ele: Existe desde o início um sincretismo religioso de associar os santos católicos a uma divindade seja orixá ou caboclo, numa tentativa de cultuar seus deuses sem sofrerem preconceito ou resistência da igreja católica ou de autoridades.

O quadro hierárquico é tido através do desempenho de funções de destaque, como as guias, as cabaceiras ou tocadoras de cabaça e as gantós ou ferreiras (tocadoras de agogô) no tambor de mina, a ekéde (cuida dos iniciados e iniciadas quando em transe); e a iabassé (encarregada da cozinha); a iamorô (cuida do ritual do padê); a iaegbé (mãe da comunidade); a iaekeré (mãe pequena); a ajibonam (mãe criadeira), nos terreiros de keto; na umbanda temos as cambonas (auxiliares das mães ou pais-de-santo), e as madrinhas na jurema. (DACCACH, 2003).

RAÍZES DE UM ESPAÇO SAGRADO

O terreiro é o espaço de equilíbrio do sujeito. As práticas de cuidado em saúde propostas pelo saber do terreiro desempenham um papel fundamental na retomada do equilíbrio. Essa rede de sustentação começa com o modelo de organização de mundo proposto pela tradição religiosa afro-brasileira.

Este local, onde as cerimônias são realizadas, é a síntese do mundo, e por menor que seja o espaço-mundo, ele é espaço sagrado, tido como espaço familiar, princípio de equilíbrio para a existência. Esse espaço sustentáculo da religião é como uma célula-mãe da comunidade negra. Célula que se inscreve como princípio de equilíbrio para a existência na sociedade. (MACHADO, 2003).

Segundo Ferreira (2003), são considerados como espaços geradores de uma fortaleza espiritual e material, até porque tudo acontece com o coletivo de reinos, sendo eles: o reino animal, o vegetal e o mineral, e a partir de cada um deles devemos ter respeito e cuidado.

De acordo com Capone (2004), no Brasil, durante muito tempo, tudo o que diz respeito a “afro-brasileiro” se tornou a noção de uso comum, completamente naturalizada nos discursos científico e popular. Ela nasce no momento de entrada dos negros na nação brasileira, na Abolição da Escravidão, quando os intelectuais brasileiros começam a se interrogar sobre seus componentes humanos. “Afro-brasileiro” refere-se, pois a esse encontro de culturas que dá nascimento à própria ideia de nação brasileira.

As tradições religiosas da África *bantu* assentavam-se, particularmente, na arte da cura e seus mistérios. Acreditava-se não apenas nas propriedades medicinais das plantas, raízes e cascas, mas principalmente no poder sobrenatural e mágico do *kimbanda* (*um desdobramento da umbanda*), (SACRAMENTO, 2003).

Segundo Langdon (1994), *Ketu* significa Reino africano localizado entre o Benin e a Nigéria. O rei *Ketu* ostenta o título de *AlaKetu*. Tradicionalmente, o patrono dos terreiros de Candomblé da Nação Ketu no Brasil é o Orixá *Oxóssi*, o caçador, o provedor, o fundador de casas matrizes como Engenho Velho ou Casa Branca, *O Yyá Nassô Oiô Acalá Magbo Oludumaré*.

Neste trabalho, em particular, tomamos como campo de pesquisa a comunidade

tradicional de terreiro denominada *Ilê Axé Yeye Olomir Ola*. Esta é a comunidade tradicional de terreiro de tradição Kêtu em Roraima. O terreiro é liderado pela pai-de santo Dofono de Oxum nascido Maranhão, tem como profissão, técnico de higiene dental (THD) e iniciado no candomblé Kêtu no dia 27/ 01/1999, no terreiro liderado por Mário de Oxum, localizado no bairro liberdade sediado em Roraima.

Pai Dofono de Oxum receberá em maio de 2013 seu odu ige, isto é seu decá (como se fosse uma carta de alforria, sendo liberado por seu pai de santo para realização de alguns trabalhos, de forma independente, sendo que a partir deste momento não necessitará pedir permissão do mesmo para realizá-los, foram as palavras do entrevistado pai-de-santo). A inauguração do terreiro ocorreu em 2004, no bairro Nova cidade. O *Babalorixá* até a presente data iniciou somente um filho de santo e pagou obrigação de quatro.

O Ilê Axé Yeye Olomir Ola cultua em seus ritos a vertente Kêtu, conforme afirmação de sua liderança, Pai-de santo *Dofono de Oxum*, tomada durante o trabalho de campo. *Ilê Axé Yeye Olomir Ola* é umas das casas afro-religiosas em Roraima mais bem frequentada, digo, procurada, pela sua trajetória e realização de um trabalho sério frente à comunidade boa- vistense.

A estrutura e organização de uma casa de Kêtu se dão com uma casa dividida em parte profana (local que o público frequenta), e uma parte sagrada (que só os pais-de-santo ou mães-de-santo e seus iniciados podem entrar). De acordo com Rocha (2000), a estrutura espacial das casas de candomblé é, de um modo geral, comum às diferentes nações, variando sim, os rituais, a língua e o conjunto de tradições, que sofrerão algumas modificações de acordo com cada origem.

O conjunto de membros de uma casa constitui o *egbê*. De maneira geral, as roças são compostas por dois espaços bem definidos: a área construída e o terreiro. Na área construída, existem ambientes públicos (sala, barracão, banheiros etc) e privados (quartos-de-santo, camarinha, quarto de malas etc). Existe ainda um terceiro espaço, não edificado, que representa a “mata”. Nessa mata, que rememora o passado africano, estão as folhas utilizadas nos rituais. As atividades desempenhadas na mata, seja dentro ou fora da “roça”, são tão importantes que existe um sacerdote preparado exclusivamente para o desempenho dessas funções. O espaço público por excelência é o barracão, onde se realizam as festas, e um local público.

Cada orixá tem sua própria casa, o quarto, onde é cuidado e alimentado. Ocupam uma disposição determinada no espaço da Roça, de acordo com o tipo do Orixá. Esses quartos, os *ilêorixá*, estão sempre fechados, já que ali só podem entrar pessoas iniciadas. Na parte interna, geralmente dentro de casa, vamos encontrar as casas dos Orixás que nos *itans* são considerados moradores de palácios, situados nas cidades africanas. São eles: Oxalá (palácio de Ifé), Xangô (palácio de Oyó), e as Yabás. (ROCHA, 2004). Ainda existe um conjunto de assentamentos: os ojobós, que são os orixás da casa, cultuados por todos.

Esse universo religioso dotado de simbologia mantém uma herança preservada na

tradição oral que é transmitida de geração a geração através dos mais variados rituais.

As pessoas que foram transplantadas para o Brasil ao longo de quatro séculos de tráfico negreiro vinham de regiões diversas da África que, por sua vez, abrigavam grupos étnicos e culturais bem diferenciados. Considera-se que, desde a chegada do primeiro carregamento de escravos de que, até hoje, se teve notícias, em 1538, sucederam-se grupos vindos primeiramente da Guiné (século XVI), do Congo e Angola (século XVII), da chamada “Costa da Mina” (século XVIII) e, por fim, deu-se o “Ciclo da Baía do Benin” (1770-1850), ao qual Pierre Verger consagrou um livro clássico (VERGER, 1987).

No decorrer dos séculos, o tráfico foi alimentado pelas guerras que opunham entre si as diversas sociedades africanas. Essas sociedades eram estruturadas de modos bem variados. Falavam línguas diferentes. Predominavam sistemas de organizações tribais, enquanto outras eram do tipo mais feudal; tais organizações sociais obedeciam a padrões variados (AUGRAS, 2003).

Os terreiros aqui em Boa Vista, agrupam “filhos” de diversos orixás, mas acredito se tratar de uma “recomposição”, por assim dizer, ditada pela necessidade de superar as divisões induzidas pela diáspora. De acordo com Augras (2003), as práticas religiosas africanas não apenas sobreviveram, mas asseguraram a sua existência, e até mesmo, como vemos hoje, a sua expansão, por decorrerem de um modo de representação do mundo essencialmente pluralista. Enquanto o modelo oferecido pelo cristianismo é monoteísta, ou seja, só admite uma verdade, e considera que qualquer propósito de elaborar visões diversas do mundo e do homem constitui uma heresia, os sistemas africanos tradicionais são, todos eles, politeístas.

Em consequência da expansão e multiplicação dos sistemas de comunicação, não é possível hoje fazer de conta que outras culturas não existam, ou pior, que existam com uma importância menor ou até mesmo primitiva.

Segundo Amselle (1996), o mundo contemporâneo defronta-se com a exigência de elaborar modelos de pensamento e representações que atendam à necessidade de se resgatar a identidade de cada grupo, mas também de se respeitar a diversidade dessas identidades múltiplas. O multiculturalismo virou palavra de ordem e, nas antigas nações coloniais, o fluxo incessante de imigrantes oriundos das ex-colônias obriga a construir modelos de convivência e respeito.

RITUAL DE INICIAÇÃO AFRO-RELIGIOSO

De acordo com Roger Bastide (1981), a unidade da pessoa se dá em termos de itinerário. Caminho de si para si, onde se encontram os antepassados e se juntam os deuses, o processo iniciático jamais acaba, desde que a morte dos zeladores dos orixás propicia alcançar outro nível de existência, no reencontro com os ancestrais.

Pela iniciação, alcançamos a profundez da nossa alma, alcançamos uma força que

nos entrega e integra a uma nova concepção de mundo. Pela iniciação, somos originais, únicos e múltiplos pela complexidade de energias que nos faz pessoas singulares. Pelo ritual da iniciação, nos esvaziamos, nos despojamos completamente de tudo. Somos despojados de nossa aparência, de nosso nome, de nossa família biológica, e é nesse extraordinário espaço vazio que se cria um novo ser distinto, autônomo e coletivo pelos próprios princípios da tradição e do processo ritual. (MACHADO, 2003).

É importante refletir sobre o modo como o saber da religião dos orixás pode nos ajudar a encontrar modelos de atuação no campo da saúde. O processo iniciático tem, entre os seus objetivos, o de reconhecer, homenagear e colocar cada um dos orixás que vivem na pessoa no lugar que lhe cabe. E o grande guardião e dinamizador do axé, o senhor do poder de transformação, está atento e atuante cada passo desse processo. Não se trata, portanto, de uma visão do mundo edénica e cor-de-rosa, na qual todos os seres estariam harmonicamente relacionados. A sabedoria africana não ignora a realidade de desequilíbrios e tensões, que são a própria essência da vida. Talvez seja por isso, aliás, que os terreiros se constituam em lugares privilegiados para tecer redes de sustentação (GUIMARAES, 2001), sabedores que são da necessidade do acolhimento, para propiciar condições de realizar sínteses integrativas.

Na tradição africana, a pessoa não é dividida entre “corpo e alma”, como nos sistemas ocidentais. O corpo é parte integrante da pessoa, e nele se manifesta também, a presença dos antepassados. No candomblé, as sucessivas etapas da iniciação têm o objetivo de, paulatinamente, “assentar”, cada um dos orixás presentes na pessoa, conforme procedimentos rituais que, por assim dizer, dão uma dimensão concreta aquilo que só era formulado em forma de mito. (AUGRAS, 2003). Pois sabemos que, dentro do sistema do candomblé, cada um de nós é o receptáculo de vários orixás, que por vezes se opõem em conflitos, até que os rituais iniciáticos situem cada um deles no lugar que lhes cabe.

Esse processo se elabora ao longo da vida do iniciado. Dizia Bastide (1981), que “os diversos constituintes da pessoa não aparecem de repente, mas vão se colocando aos poucos.” A pessoa só alcança a plenitude em sua velhice. Em nível concreto, são estados de equilíbrio, desequilíbrio, reequilíbrio, entre forças que atuam além de nós, mas fazem parte de nós. Essa conceituação de algo que existe, ao mesmo tempo, dentro e fora da pessoa, marca a especificidade do pensamento africano, que vê o mundo como um e múltiplo, movido por um dinamismo constante, sendo que o homem é um dos níveis de realização dessa dinâmica.

E o processo iniciático, ao atuar sobre o corpo, pelo meio das práticas rituais que o vão preparar e marcar para que ele se possa tornar o suporte da manifestação dos deuses, desenha um itinerário no qual dialogam orixás e antepassados, mundo interno e mundo externo. Nas sociedades tradicionais, em que a transmissão do saber não se faz pela escrita, mas sim pela vivência, a aprendizagem do sagrado se processa pela construção simbólica do corpo. Aquilo que o corpo aprendeu não é algo que a gente tem,

como se fosse um saber que está à nossa frente, mas algo que a gente é. Isso se verifica particularmente nas sociedades sem escrita onde o saber herdado só pode sobreviver sob forma de saber incorporado (BOURDIEU, 1980).

Afinal, chega o dia do nome. Já não somos apenas filhos da comunidade, somos filhos do mundo que nos recebe festiva e ritualisticamente. O mundo que se faz representar na presença de convidados ilustres de outros terreiros. É o dia da volta ao seio da mãe África, pátria ancestral que nos acompanhou com a sua tradição e a sua cultura. E é justamente essa sabedoria matricial que nos devolve todos os princípios básicos de convivência comunitária. Pela iniciação, é como se fôssemos tirando camadas superficiais no nosso cognitivo para penetrarmos na nossa própria origem penetrando na profundezas do não observável, numa profundezas atemporal que faz de cada indivíduo um ser singular. (MACHADO, 2003).

O novo nome é uma nova identidade que traz uma relação com nossa existência nunca antes percebida. Conversei com um filho de santo e indaguei sobre o que sentiu após o ritual de iniciação, pois todos os entrevistados relataram da mudança espiritual que tiveram, passaram a ser outras pessoas, algo único e indescritível, que só quem passa é que sabe.

(ENTREVISTADO E 6): Depois eu senti uma paz muito grande... uma coisa muito assim... era muito bom... era não, é... continua sendo porque a gente se completa, como assim... sem explicação, nós completamos, a gente se sente muito bem quando o *Orixá* vem assim na cabeça... quando você tá com dor de cabeça, a dor de cabeça passa... Algumas coisas que acontecem na vida da gente muda totalmente.

No *Ori*, estão igualmente presentes as forças divinas e ancestrais, e é preciso dirigir-lhe oferendas a cada vez que algo importante está para acontecer, quer se trate dos primeiros passos da iniciação pessoal, quer se organiza alguma celebração dirigida aos *orixás* cultuados pela comunidade. O nome dos ritos de oferenda à cabeça, *bori*, é bem ilustrativo: dá-se de comer a essa instância psíquica que é também material. E, no decorrer da cerimônia, a cabeça do iniciado não é o único foco de atenção, mas, como não poderia deixar de ser, todo o corpo está implicado. Isso se verifica quando a mãe ou o pai de santo dirige a oferenda para partes que correspondem à ancestralidade.

CONFIGURAÇÃO DO CAMPO AFRO-RELIGIOSO EM RORAIMA

A migração traz consigo uma mistura de fatores socioculturais, que irão ter influência direta sobre o processo saúde-doença. E sem querer nos deter nos modelos e conceituações explicativas sobre os deslocamentos espaciais de pessoas, o fundamental é esclarecer que a migração está relacionada a fenômenos sociais historicamente determinados, sendo, portanto, parte da história da humanidade. Sempre existiram deslocamentos, trasladados, mobilidade de pessoas ou grupos humanos dentro de determinados territórios ou mesmo

para fora destes, mas como sugerem Levitt e Jaworsky (2007), alterações ambientais, pressões demográficas e socioeconômicas, pressões políticas e religiosas, podem dar à migração certo caráter específico.

Do mesmo modo, também a definição de migrante está relacionada às maneiras e técnicas utilizadas quando se estuda a população que se desloca por um determinado espaço geográfico.

O que é unanimidade é a categorização do migrante em função da distância percorrida a partir de seu local de origem: uns podem ter vindo de uma região ou município vizinho, outros de Estados remotos ou próximos, e até mesmo podem ser oriundos de uma localidade bem próxima, quando se desloca de um bairro para fixar residência em outro, por exemplo.

O Estado de Roraima é parte da chamada Amazônia Legal e está dividido em 15 municípios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista (capital do Estado), Bonfim, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Uiramutã. Possui uma área territorial de 22.429.898 hectares, que corresponde a 4% da Amazônia Legal e 2,6% da superfície brasileira. Situado no extremo norte do território brasileiro, com mais de 95% de suas terras no Hemisfério Norte, tem como limites, ao norte, a Venezuela e a República Cooperativa da Guiana, ao sul, o Estado do Amazonas, a leste, a República Cooperativa da Guiana e o Estado do Pará, e a oeste, o Estado do Amazonas e a Venezuela.

A composição de sua população reflete a corrente migratória ocorrida durante sua história. Iniciada em 1.535, com as primeiras expedições espanholas, até meados do século XVIII, as terras do Vale do Rio Branco, bem como todo noroeste da América do Sul, de tropas portuguesas em busca de índios para execução de trabalhos rurais escravos, de missionários visando assegurar a posse definitiva da região por meio da fundação de diversas missões ao longo do Rio Branco foram percorridas por inúmeros contingentes de aventureiros em busca de metais e pedras preciosas (FARAGE, 1991).

A partir do início dos anos 70, com o incremento da garimpagem houve a intensificação da migração para Roraima. Vindos principalmente do nordeste do Brasil, os migrantes estimularam a expansão dos limites urbanos da cidade de Boa Vista, fazendo aparecer novos bairros, como Pintolândia I, Silvio Botelho, Santa Luzia, Equatorial, e, mais atualmente, Raíar do Sol, Operário, Cidade Nova, Jardim das Oliveiras, entre outros. A garimpagem, associada à distribuição de terras promovida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e pelo Estado, fez crescer a taxa média anual da população residente, sobretudo entre os anos 1980 a 1991, quando a região experimentou uma expansão demográfica considerável por conta do garimpo (RODRIGUES; SOUZA, 2008).

As migrações vêm ocupando um papel fundamental no contexto das sociedades globalizadas, ocasionando ressignificações identitárias, inclusive a partir das práticas

religiosas. O fenômeno migratório é complexo sob vários aspectos, incluindo o social, o ambiental, o econômico, o político e o cultural (em todos os seus aspectos), então se deve buscar no processo de migração transfronteiriça (Brasil- Guiana), quais as formas de permanência e ressignificação da religiosidade desses sujeitos quando se deslocam para Boa Vista, como se torna essencial para a compreensão dos processos de inserção ou não nas comunidades de destino (ROST, 2009).

Os migrantes que vêm para Roraima, estimulados pela oferta de emprego e melhores condições de vida trazem consigo diversificados traços culturais, entre eles a religiosidade. No contexto de Boa Vista, pode-se perceber a intensa participação no campo afro-religioso desse contexto, comprovado através de dados do Censo 2010, no qual foram entrevistadas 24.313 pessoas em Boa Vista a respeito da religião, em um universo de 284.313 pessoas (população atual de Boa Vista), sendo que 428 praticantes de umbanda/candomblé; 86 somente de umbanda e 341 de candomblé e da religião espírita 3.915. De acordo com a ASUAER (associação dos terreiros de Roraima) existem hoje registrados 92 (noventa e duas) casas religiosas.

Houve um aumento considerável das pessoas que se declaram praticantes de umbanda/candomblé, pois o Censo de 2000 registrou apenas 78 pessoas. Desse universo, 20 se declararam brancos, 20 se declararam pretos 38 se declararam pardos, e nenhum e declarou indígena ou amarelo; esses registros retrata que essas práticas religiosas estão sendo mais aceitas pelos próprios adeptos, que muitas vezes escondem sua adesão, por medo e preconceito.

Em relação aos migrantes aqui presentes vindos de outros países, levantou-se um pequeno numero vindo diretamente da África: 04 pessoas, da África o Sul: uma pessoa; e de outros países da África: 03. Dentro do Brasil a relação de migrantes vindos de outros Estados para Boa Vista, foram em um universo de 285.522 pessoas entrevistadas, 40.856 são do Maranhão, 19.715 são do Pará e 15.261 são do Amazonas; fiz esse registro pelo simples fato de que durante essa caminhada de pesquisa, pude perceber que nos terreiros aqui presentes são formados por grande porcentagem de migrantes vindos principalmente daqueles estados citados, e em menor parcela pude encontrar pessoas praticantes de origem gaúcha (IBGE, 2010).

A formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, como crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, atitudes frente à doença, à dor e a outras formas de infortúnio, e isso tem importantes implicações para a saúde e para a assistência, através da tomada de decisão em relação a certo tipo de tratamento seja ele físico, espiritual ou medicamentoso.

Já Geertz (1978) refere-se à cultura como sendo vista não como complexo de padrões concretos de comportamento (costumes, usos, tradições, feixes de hábitos), mas como um conjunto de mecanismos de controle (planos, receitas, regras, instruções) para governar o comportamento, e que o homem é totalmente dependente de tais mecanismos

de controle, extragenéticos, fora da pele, de tais programas culturais, para ordenar seu comportamento.

Outra característica das culturas é que elas nunca são estáticas; elas são geralmente influenciadas por outros grupos humanos à sua volta, e na maioria das vezes, estão em constante processo de adaptação e de mudança, assim também são as pessoas e todos os fatores que influenciam o processo saúde-doença.

O fato de que o homem vê o mundo através de sua cultura tem como consequência a propensão em considerar o seu modo de vida como o mais correto e o mais natural. Tal tendência, denominada etnocentrismo, é responsável em seus casos extremos pela ocorrência de numerosos conflitos sociais. Comportamentos etnocêntricos resultam também em apreciações negativas dos padrões culturais de povos diferentes. Práticas de outros sistemas culturais são catalogadas como absurdas, deprimentes e imorais (LARAIA, 2009).

Os diversos saberes e formas de atendimento da cura da doença que operam hoje em uma sociedade determinada têm a ver com as condições religiosas, étnicas, econômicas, políticas, técnicas e científicas que deram lugar ao desenvolvimento de formas e saberes diferenciados e antagônicos, principalmente entre a biomedicina e a maioria dos outros saberes (MENÉNDEZ, 2009). Também cada sistema cultural está sempre em mudança. Entender essa mudança é importante para atenuar o choque entre as gerações e evitar comportamentos preconceituosos.

Os saberes médicos trazidos pelos negros estavam também permeados de usos e costumes dos muçulmanos, pois os árabes chegaram à África bem antes dos portugueses; e que, em 1899, havia no Brasil apenas 12 médicos formados. Portanto, a maioria da população valia-se mesmo, era da medicina popular misto de credices, superstições e conhecimentos estruturados na prática observada de uma geração para outra (OLIVEIRA, 2003).

Estamos assim diante de um complexo sistema de interação e contágio simbólico, na medida em que as mesmas entidades sobrenaturais migram de um sistema religioso para outro: divindades como Exus, Pretos velhos, Caboclos etc, celebrados amplamente nos cultos afro-brasileiros (CARVALHO, 1999).

Em Boa Vista o sincretismo religioso é bastante presente, isso foi observado e discutido no decorrer desta pesquisa, onde as instituições religiosas afrodescendentes cultuam as mais diversas divindades, fazendo uma mistura das religiões umbanda e candomblé, em que muitas vezes tornou-se difícil a diferenciação de qual religião estava predominando, no entanto através de uma vasta observação participativa e com o auxilio dos participantes da casa religiosa, foi possível a diferenciação dos diversos elementos específicos de cada religião ali praticada.

Os candomblés pertencem a nações diversas e perpetuam, portanto, tradições diferentes: Angola, Congo, Gege (Isto é, Ewe), Nagô (termo que os franceses designavam

todos os negros de fala ioruba, da Costa dos Escravos), Queto (Ketu), Ijexa (ou Ijesha) (BASTIDE, 1978). É possível distinguir estas nações umas das outras pela maneira de tocar o tambor (seja com mão, seja com varetas), pela música, pelo idioma dos cânticos, pelas vestes litúrgicas, algumas vezes pelos nomes das divindades, e enfim por certos traços do ritual.

No Brasil, a palavra umbanda tornou-se o nome de uma seita e kimbanda uma vertente dessa, que se dedica a fazer o mal. Na África, bantu umbanda é a arte de curar, e kimbanda, o detentor desses conhecimentos (SACRAMENTO, 2003).

Para Bastide (1978), os instrumentos utilizados nos rituais apresentam algo de divino, que impede ser vendidos ou emprestados sem cerimônias especiais de consagração e, somente por meio de músicas, fazem baixar os deuses na carne dos fiéis. Eis porque, uma vez terminado o padê de Exu, a cerimônia prossegue com o toque musical dos tambores que, sozinhos, sem acompanhamento de cânticos nem de danças, falam aos orixás e pedem-lhes que venham da África para o Brasil.

Os sacerdotes e sacerdotisas supremas têm autoridade absoluta sobre os membros, por outro lado têm também obrigações para com eles, tanto de assistência absoluta quanto moral, o que torna essa religião afro-descendente um espaço de solidariedade, de amizade mútua, auxílio fraterno, que mantém o espírito comunitário africano. A vida religiosa é dominada pela reciprocidade e pela troca.

Acima de todos se encontra o *babalorixá*, ou pai-de-santo, sacerdote supremo se a seita é dirigida por homem ou a *ialorixá*, ou mãe-de-santo, sacerdotisa suprema se a seita é dirigida por mulher. O *babalorixá* é o chefe do culto, tem, por conseguinte, toda autoridade sobre o conjunto dos fiéis. É quem prepara os objetos sagrados, quem dirige as festas públicas ou privadas, que identifica as divindades que então se manifestam, quem controla os sacrifícios e as iniciações quem consulta os *obi* (os búzios também), para conhecer a vontade dos *orixás* (Bastide, 1978).

Todo esse universo religioso dotado de valores simbólicos e de um eterno laço familiar não consanguíneo, mas de solidariedade e mútua ajuda mantém uma herança preservada até os dias de hoje através das práticas de terapias curativas, transmitida de geração a geração através dos rituais de iniciação e de suas visões de mundo relacionadas à concepção de saúde-doença-cuidado que serão tratados mais detalhadamente no capítulo a seguir.

No contexto de Roraima pudemos apreciar que os diferentes terreiros de candomblé partilham suas festas e cerimônias, apoiando-se mutuamente e formando uma “comunidade” religiosa, como nos mostra o Pai de Santo BoKulê, onde os vínculos de reciprocidade e cooperação vinculam um sentido de identidade que reúne os diferentes terreiros.

Pai-de santo BoKulê: Eu queria só falar uma coisa que vem no encontro. O que queremos dizer: as religiões afro descendente, hoje aqui localizadas no Estado de Roraima, elas estão e são ajudas comunitárias. Nós somos pessoas

da comunidade. Portanto estamos ligados e vivendo para a comunidade. Às vezes nos veem como pessoas diferentes, mas nós não somos. Se você reparar bem, cultuamos Nossa Senhora, São Benedito... qualquer Santo aí... E fazemos um trabalho social. Os terreiros hoje de candomblé abrigam várias famílias para almoçar. Então, eu não vejo nos terreiros de candomblé, não cobram e não mandam nenhum desses seguidores na sua casa. Somos taxados hoje como religiões pecaminosas, mas deixamos aqui o nosso legado. Tudo nasceu na África. A África é onde tudo foi feito. Se o Senhor Jesus Salvador, que deu a sua vida numa cruz, nasceu na África, porque eu africano sou jogado fora? Desse legado?

Na Fé comum se guardam os conhecimentos e se atualizam na vida cotidiana, na evocação comum dos Orixás de ancestralidade africana se conservam as ideias sobre saúde e doença, assim como as possibilidades de cura, numa tradição essencialmente oral e que se constrói a partir das relações entre pais de santos e irmãos de santos.

OBALUAÊ: SENHOR DAS TERRAS/ O ORIXÁ DA SAÚDE E DAS DOENÇAS/ OMOLU OU OMULU: O ORIXÁ DA SAÚDE

Obaluaiyê Atotô!!

Segundo BARRETO (2009), orixá é vida, é força viva da natureza. E o grande desafio para o homem, é realizar essa conexão com o divino; é a busca ou o reencontro com a divindade. Por isso o culto ao sagrado, as religiões (re-ligare). O sentido da vida para o povo de Orixá é a integração e a harmonia do humano com as forças da natureza (os orixás). Cada pessoa está ligada a uma dessas forças, cada pessoa tem seu orixá, seu “anjo da guarda”.

Orixá não é espírito desencarnado, embora sua história dê, às vezes, esta falsa impressão. Há o momento em que a criatura se transforma em orixá, identificando-se, de maneira absoluta, com a natureza, voltando a ela. Espíritos são espíritos, eles cultuam os ancestrais e reconhecem que esses Babas são espíritos (SANTOS, 1993).

Os orixás (os “santos”) são divindades com a força pura da natureza, energia da vida que regem o destino dos homens. O orixá é a razão de ser, o que dá sentido a tudo no candomblé. “Orixás são fragmentos da natureza”, por isso que as *ialorixás* (mães de santo) costumam se referir ao candomblé como uma religião ecológica.

Cada orixá tem sua “qualidade”, seus gostos, suas quizilas, seus preceitos, suas folhas, suas comidas, seus objetos simbólicos e litúrgicos, seu jeito próprio de dançar, se comportar e de se manifestar. E os filhos de cada orixá herdam essas particularidades da divindade que rege suas vidas. Tornam-se uma espécie de modelo, arquétipo de comportamento, como se as características do orixá ficasse impregnadas na personalidade de seus filhos. Quanto mais a pessoa está próxima e em harmonia com a divindade, mais o axé (força vital) dessa divindade flui em sua vida e é perceptível (BARRETO, 2009). E, como forma de aproximar e manter a harmonia com as divindades, são realizadas cerimônias públicas conhecidas segundo Barreto (2009), como *Olubajé* – uma palavra *Iorubá*, que

significa *Olú*: aquele que; *Bajé*: come com. Esse ritual é dedicado a *Obaluaê* (rei da terra), *Omolu* (filho do senhor), *Onilé* (senhor da terra), e a *sapatá* e *Xapanã* (deus da varíola).

Omolu é considerado o dono da morte e, por consequência também da vida. Um “*itan*” que relata a vida de *Omolu* fala de sua vitória sobre a morte: “*Nanã* teve três filhos: *Exu*, *Obaluaiyê* nasceu todo deformado, com o corpo coberto de chagas purulentas e seu aspecto era medonho. Ao ver aquela criança, *Nanã* tomou pavor do filho, abandonando-o à sua própria sorte. *Yemanjá*, a mãe do mundo, vendo aquilo se apiedou da pobre criança. Resolveu criá-la, e assim o fez. Cuidou dele, tratou de suas feridas e *Obaluaiyê* cresceu. Sob seus cuidados, tornou-se o grande *Orixá Babá Ibonã* (o pai da quentura). *Omolu* (sua forma velha), o deus das pestes e das doenças de pele, conhece a cura de todos os males. Veste-se branco e preto e usa um capuz de palha-da-costa que encobre todo o corpo. Sua saudação é “*Atotô*” e as pessoas incorporam este orixá tem como qualidades a preocupação como os outros, tem boa situação financeira e são inquietos.

Seu símbolo maior é o sol e suas cores são o preto, vermelho e o branco; o *Omolu* é o dono dos búzios. Geralmente se diz que *Obaluaiyê* é o moço e *Omolu* o velho, mas são apenas dois nomes para uma mesma entidade, e o *Omolu* carrega o *xarará* que é o próprio *Omolu*. Com o *xarará* ele limpa as doenças que ele mesmo espalha pelo mundo. *Omolu* é o dono das doenças especialmente das febres, das doenças de pele, da lepra e de todas as grandes pestes. Dizem que ele se cobre com *Ikô* (palha da costa) para esconder suas chagas. Na verdade, ele se cobre porque desvendar sua máscara seria o mesmo que desvendar o mistério da morte e como ele venceu a morte, tornou-se o médico dos orixás, chamado *onixegun*.

Olubajé é uma das cerimônias mais bonitas do candomblé e que tem como finalidade agradecer as bonanças e riquezas do mundo, oferecidas por *Obaluaê*; homenagear este orixá; alem de pedir-lhe saude e prosperidade. No olubajé é comum todos os orixás estarem presentes e cada um trazer sua comida característica. Aqueles que assistem á cerimônia são convidados a compartilhar do “*ajeun*”, da comida do orixá. Assim, as comidas são postas nas folhas de mamona (*ewé lará*) e os presentes terão de comer com as mãos, revelando sua compreensão com a religião e sua humildade para com os orixás, em especial, a *Obaluaê*, símbolo da humildade. (SOUZA, 2012).

Como podem notar no candomblé eles acreditam ter o seu médico, aquele que cura todos os males, e para tal, precisa-se de todo um ritual, jogo de búzios, depois a retirada das plantas, orações, cânticos, dietas; para comprovar o que foi dito anteriormente, vejam a colocação de um filho-de-santo ao referir sobre o orixá das doenças e da saúde.

Z: (ENTREVISTADO 6): *Abaloaiê* é o rei da Terra... Ele quem recebe, ele quem recebe os mortos, o rei dos mortos é ele... *Nanã* é das almas. Então ele é quem recebe os mortos, ele é quem dá caminho à matéria do ser humano... Então, todo tipo de mazela, doença, ele também é dono dela. Ele tanto pode dar saúde, quanto ele pode dar doença. Ele é um *Orixá* muito conhecido. Dependendo quem é filho de *Abaloaiê*, porque o nome não é *Abaloaê*, é

Abaloaiê, Aiê é Terra: O dono senhor da Terra... Então ele é a entidade que, quando ele cobra, cobra com bastante doença, e a pessoa, se ela não andar nos caminhos certos, ele vai, vai degradando ela até a morte.

Também chamado de *Xapanã, Sapatá* ou *Obaluaê*, é uma divindade vinculada ao chão. O *Omolu* é o protetor dos doentes, o que cuida das doenças de pele e dos males contagiosos. Também é chamado nos terreiros de o “velho”, cujo nome é até perigoso de se pronunciado, aquele que pune os malfeiteiros; “*Atotô!*” dono da terra e filho do Senhor, é sua saudação. Seu dia é segunda-feira; seus adeptos usam o *lagdibá*, um colar feito pequenas peças pretas, ou marrom e preto. *Omolu* dança encurvado demonstrando sofrimento e dor, com o rosto e todo o corpo coberto com palha da costa, e um xaxará na mão (espécie de vassoura feita de palmeiras, com cabaças penduradas). Gosta de pipocas, bode, galo e milho cozido em folha de bananeira. Seus filhos são desajeitados, geralmente reservados e lentos; têm tendência para o pessimismo, vivem insatisfeitos, mas são bons conselheiros e altruístas, capazes de completa abstração de seus próprios interesses e necessidades, em prol dos outros (BARRETO, 2009).

Gaspar (2004), conta a história da vida de *Omolu*, a qual está marcada por sofrimentos, mas também por amor e ternura, daí advêm uma força vital, que permite a *Obaluaiyê* ser o difusor das doenças, mas também quem as recolhe, ou seja, seu guardião. É também o conhecedor das matas e seus segredos, associando-se a cura ao uso das plantas medicinais. As plantas sagradas tem um papel importante no processo de restabelecer o equilíbrio físico e espiritual:

Por causa do feitiço usado por *Nanã* para engravidar, *Omolu* nasceu todo deformado. Desgostosa com o aspecto do filho, abandonou-o à beira da praia, para que o mar o levasse. Um grande caranguejo encontrou o bebê e atacou-o com as pinças, tirando pedaços da sua carne. Quando *Omolu* estava todo ferido e quase morrendo, lemanjá saiu do mar e o encontrou. Penalizada, acomodou-o em uma gruta e passou a cuidar dele, fazendo curativos com folhas de bananeira e alimentando-o com pipoca sem sal nem gordura até que o bebê se recuperasse. Então, lemanjá criou-o como se fosse seu filho.

Omolu tinha o rosto muito deformado e a pele cheia de cicatrizes. Por isso, vivia sempre isolado, escondendo-se de todos. Certo dia, houve uma festa de que todos os *Orixás* participavam, mas *Ogum* percebeu que o irmão não tinha vindo dançar. Quando lhe disseram que ele tinha vergonha de seu aspecto, *Ogum* foi ao mato, colheu palha e fez uma capa com que *Omolu* se cobriu da cabeça aos pés, tendo então coragem de se aproximar dos outros. Mas ainda não dançava, pois todos tinham nojo de tocá-lo. Apenas *Iansã* teve coragem, quando dançaram, a ventania levantou a palha e todos viram um rapaz bonito e sadio; e *Oxum* ficou morrendo de inveja da Irmã.

Quando *Obaluaê* ficou rapaz, resolve correr mundo para ganhar a vida. Partiu vestido com simplicidade e começou a procurar trabalho, mas nada conseguiu. Logo começou passar fome, mas nem uma esmola lhe deram. Saindo da cidade, embrenhou-se na mata, onde se alimentava de ervas e caça, tendo por companhia um cão e a serpentes da terra. Ficou muito doente. Por fim, quando achava que ia morrer, *Olorum* curou as feridas que

cobriam seu corpo. Agradecido, ele se dedicou à tarefa de viajar pelas aldeias para curar os enfermos e vencer as epidemias que castigaram todos que lhe haviam negado auxílio e abrigo.

Novas luzes nos traz o *Pai -de -Santo Dofono de Oxum*, sobre qual visão ele tem a respeito do processo saúde-doença-cuidado, através do orixá das doenças e da saúde. Ele relata a respeito do orixá *Obaluayê*, que é considerado o médico da comunidade religiosa afro-brasileira *Ilê Axé Yeye Olomir Ola*, ressaltando que a formação profissional do Pai de Santo é na área da saúde, diretor de posto de saúde. Através deste paralelo traçado sobre o profissional de saúde e, ao mesmo tempo, sobre o pai de santo, observa-se a existência de duas visões distintas sobre o processo saúde-doença. No entanto, ocorre a sobressalência da visão religiosa encontrando no campo religioso afro-brasileiro a solução para seus infortúnios. Ratificando a colocação supracitada, segue abaixo o segue *Pai de Santo Dofono de Oxum*.

Pai-de-santo Dofono de Oxum: Obaloaiê? *Obaloaiê* é o nosso médico... é o *Orixá* que traz as doenças pro mundo, e é o *Orixá* que leva as doenças do mundo. *Obaloaiê*, ele é filho de *Nanã*, e ele é irmão de *Oxumaré*. *Obaloaiê*, ele é da família que é o dono da Terra. Ele simboliza a Terra, *Obaloaiê*... Então, sem a Terra a gente não vive, que é da Terra que sai a nossa vida. Da Terra que nós viemos e da Terra que nós voltamos... então *Obaloaiê* é um *Orixá* que tem, que tem essa força com a natureza, porque cada *Orixá* tem uma força regida pela natureza... Então, *Ossain* é o rei das folhas, *Obaloaiê* é o dono da Terra, onde nós plantamos os nossos alimentos, nós comemos... é onde nós... onde Deus fez o Mundo? Ele fez da Terra... Ele tirou o barro e fez o homem, do homem que ele tirou a costela e fez a Eva. Então, *Obaloaiê* é esse *Orixá*... dá pra gente ver a grandeza, da importância que esse *Orixá* é pra gente... ele é tudo aqui, ele é o *Orixá* do mundo, do mundo das doenças... que ele absorve as doenças do mundo. É ele o *Orixá* que leva as doenças pro mundo, porque ele é a Terra, a Terra que nasce, que nós nascemos, é pra Terra que nós voltamos... então esse, já tá dizendo tudo, ele é tudo pra gente. *Omolu* tem uma história de vida tocante.

O Pai de Santo Bokulê nos traz alguns detalhes a mais:

Pai de Santo Bokulê: *Obaluaê*, pra você entender, nasceu do encontro de *Oxalá*, deus maior e *Nanã*, senhora bonita. Nesse encontro de amor, como todo mundo que se apaixona por alguém, nasceu um filho que nunca poderia ter nascido. Que as famílias não queriam. Aí nasceu *Obaluaê*. Ele nasceu cheio de chagas, o corpo cheio de feridas, porque ele era filho sétimo ou seis. *Naná* era meio irmã de *Oxalá*. Bom, até hoje dizem que primo com primo não podem se casar. Vem daí essa história. E nesse sexto nascimento, aí ele nasceu cheio de chagas. A mãe, preocupada, cobriu ele com folha, com um rastro de folhas de dendê e ele foi crescendo. Só que rejeitado. Quando em certa idade ele já estava, Deus disse a ele: moves agora a Terra e renasce em cima de um Monte. A mãe estava com o pai quando ele morreu. Quando viraram pra buscar uma casca... ele subiu no alto e foi que nem foguete. E ele passou a ser o *Ori* da doença e de coisas perfeitas. *Obaloaiê*, pra nós, é o médico dos povos. É ele, que ao passar a sua palha nas feridas, manda as doenças embora.

Vemos como o caminho da saúde está associado a este *orixá*, por tanto em suas experiências podem-se encontrar inspirações para enfrentar os problemas de hoje. Abaixo segue mito publicado por PRANDI (2001: 204-206), que trata da vida de *OMOLU*:

OMULU CURA TODOS DA PESTE

*Quando Omulu era um menino de uns doze anos,
Saiu de casa e foi para o mundo para fazer a vida.
De cidade em cidade, de vila em vila,
Ele ia oferecendo seus serviços,
Procurando emprego.
Mas Omulu não conseguia nada.
Ninguém lhe dava o que fazer, ninguém o empregava.
E ele teve que pedir esmola,
Mas o menino ninguém dava nada,
Nem do que comer, nem do que beber.
Tinha um cachorro que o acompanhava e só.
Omulu e seu cachorro retiraram-se no mato
E foram viver com as cobras.
Omulu comia o que a mata dava:
Frutas, folhas, raízes.
Mas os espinhos da floresta feriam o menino.
As picadas de mosquito cobriam-lhe o corpo.
Omulu ficou coberto de chagas.
Só o cachorro confortava Omulu,
Lambendo-lhe as feridas
Um dia, quando dormia, Omulu escutou uma voz:
“Está pronto. Levanta e vai cuidar do povo”.
Omulu viu que todas as feridas estavam cicatrizadas.
Não tinha dores nem febre.
Obaluaê juntou as cabacinhas, os atós,
Onde guardava água e remédios
Que aprendera a usar com a floresta,
Agradeceu a Olorum e partiu.*

*Naquele tempo uma peste infestava a Terra.
Por todo lado estava morrendo gente.
Todas as aldeias enterravam os seus mortos.
Os pais de Omulu foram ao bablão*

*E ele disse que Omulu estava vivo
E que ele traria a cura para a peste.
Todo lugar aonde chegava, a fama precedia Omulu.
Todos o esperavam com festa, pios ele curava.
Os que antes lhe negaram até mesmo água de beber
Agora imploravam por sua cura.
Ele curava todos, afastava a peste.
Então dizia que se protegessem,
Levando na mão uma folha de dracena, o peregum,
E pintando a cabeça com efum, ossum e uági,
Os pós branco, vermelho e azul usados nos rituais e encantamentos.
Curava os doentes e com o xarará varia a peste para fora da casa,
Para que a praga não pegasse outras da família.
Limpava casa e aldeias com a mágica vassoura de fibras de coqueiro,
Seu instrumento de cura, seu símbolo, seu cetro, o xarará.*

*Quando chegou em casa, Omulu curou os pais
E todos estavam felizes
Todos cantavam e louvavam o curandeiro
E todos o chamaram de Obaluaê,
Todos davam vivas ao senhor da Terra, Obaluaê.*

Vemos um *Obaluaê* que sendo poderoso tem uma postura humilde, de quem já sofreu e está disposto a atender inclusive os que lhe fizeram mal. Assim um tratamento de saúde fará especial referência a este orixá, embora como já dissemos, só depois de referendar *Exu*. Existem tratamentos especiais referidos a *Obaluaê*, como nos comenta o Pai de santo Bokulê:

Pai de santo Bokulê: O tabuleiro, é uma tradição milenar da África, aonde os negros ofereciam a um *Orixá* chamado *Obaluaê*, considerado o senhor dos povos, o médico dos povos, aquele que vinha à noite e benzia o doente. Oferecia a ele pipocas que simboliza flores. Na verdade, o milho, ao ser estourado, ele faz uma flor. Então é bonito oferecer ao doente esta flor. Então a aparição de *Obaluaê* em mil, mil... mil setecentos e alguma fração, quando começou vim os escravos ao Brasil, eles chegaram com essa tradição de trazer de lá, pelo que eles passavam, ofereceram essas flores a *Obaluaê* pela tragédia. Hoje se fala em tragédia e não se lembram do que os negros passaram. Foi uma tragédia. Foi uma mudança de vida desnecessária. Foram arrancados, ceifados de suas casas para viver aqui, numa Terra distante, onde ninguém gostava deles. E onde ele era o quê? Inimigo. Mas a saúde eles trouxeram. As influências negras eles trouxeram. Essas curas, já vi muito negro vim aqui, crianças morrendo... que eram levadas ao Pronto Socorro se benze e ela volta. E aí a gente diz que é uma... corrente.

A referência a esse espaço me chamou a atenção pelo fato de oferecer formas de tratamento não biomédico a pacientes, os outros terreiros também sim oferecem serviços, mas neste a qual me refiro faz todas as segundas um ritual chamado Tabuleiro, que são oferendas ao orixá da saúde, em agradecimento a cura alcançada, varias pessoas se reúnem entre comunidade, filhos e filhas-de-santo, pais e mães de santo.

Por fim gostaria de destacar como a doença marca a biografia das pessoas e como essas marcas dissemelam-se de maneira ampla, culminando em práticas, reorientação de valores e projetos de vida, que podem alcançar, inclusive, amplas dimensões sociais.

OSSAIM: ORIXÁ DAS PLANTAS MEDICINAIS: GARRAFADAS, BANHOS E EBÓS DE PURIFICAÇÃO ESPIRITUAL

Ossaim Eueu!

Além de *Obaluaiyé* outros *Orixás* tratavam e tratam de problemas de saúde, embora a adaptação da religião africana ao Brasil tenha obrigado a fazer sínteses culturais. A este respeito, Prandi no explica porque no Brasil *Ossaim* veio ter tanta importância.

O *Orunmilá* ou *Ifá* é o conhecedor do destino dos homens, o que detém o saber do oráculo, o que ensina como resolver toda sorte de problema e aflição. Os sacerdotes de *Orunmilá* na África, os *babalaôs*, sábios que usam seus mistérios para resolver problemas e curar pessoas, disputam com os sacerdotes de *Ossaim* a cura de todos os males que destroem a saúde. *Ossaim* é o conhecedor do poder mágico e curativo das folhas e sem sua ciência nenhum remédio mágico funciona. *Ossaim* é cultuado em todos os templos de orixás no Brasil, assim como em Cuba, mas a confraria africana dos *Olossains*, seus sacerdotes herboristas, não sobreviveu entre nós. *Orumilá* foi muito esquecido no Brasil, mas ainda é celebrado em antigos templos de Pernambuco e em terreiros que procuram recuperar tradições perdidas. Em Cuba, *Orimilá* é praticamente um baluarte da religião dos *Orixás*" (PRANDI, 2001:23).

Se os *Orixás* são deuses africanos que correspondem a pontos de força da natureza e os seus arquétipos estão relacionados às manifestações dessas forças, *Ossaim* está relacionado ao poder de cura e renovação da natureza, como fosse uma força da natureza.

Este é o orixá das ervas medicinais e das plantas em geral, presentes em todos os rituais de iniciação no *Candomblé*. É representado por um pássaro pousado num ramo e seu domínio é a mata virgem. Veste-se verde e rosa. Seu dia é quinta e sua saudação é "Ewe ô- Ewe assá". Seus filhos são pessoas com forte tendência à religiosidade, tolerantes e de bom coração. Personalidade instável, costumam controlar seus sentimentos e emoções, valorizando a liberdade e não se apegando aos bens materiais.

É um orixá masculino de origem *nagô, iorubé*, como o de *Oxóssi*, habita a floresta, são conhecidos também por outros nomes: *ossânin, ossonhe, ossaê e ossanha*. É dono dos segredos da natureza, patrono da farmácia, dos sacerdotes, químicos que usam plantas para fins curativos e, ou ritualísticos, são protetores dos vegetais, senhores das plantas

medicinais e litúrgicas. Sua importância é fundamental, pois nenhuma cerimônia pode ser feita sem a sua presença, sem ele, o detentor do axé.

Abaixo segue mito da vida do orixá Ossaim coletado por Pierre Verger e republicado por PRANDI (2001: 153-154):

*Ossaim, filho de Nanã e irmão de Oxumaré, Euá e Obaluaê,
Era o senhor das folhas, da ciência e das ervas,
O orixá que conhece o segredo da cura e o mistério da vida.
Todos os orixás recorriam a Ossaim
Para curar qualquer moléstia, qualquer mal do corpo.
Todos dependiam de Ossaim na luta contra a doença.
Todos iam á casa de Ossaim oferecer seus sacrifícios.
Em troca Ossaim lhes dava preparados mágicos:
Banhos, chás, infusões, pomadas,
Abô, beberagens.
Curava as dores, as feridas, os sangramentos;
As disenterias, os inchaços e fraturas;
Curava as pestes, febres, órgãos corrompidos;
Limpava a pele purulenta e o sangue pisado;
Livrava o corpo de todos os males.
Um dia Xangô, que era o deus da justiça,
Julgou que todos os orixás deveriam compartilhar o poder de Ossaim,
Conhecendo o segredo das ervas e o dom da cura.
Xangô setenciou
Que Ossaim dividisse suas folhas com os outros orixás
Mas Ossaim negou-se a dividir suas folhas com os outros orixás.
Xangô então ordenou
Que Iansã soltasse o vento e trouxesse ao seu palácio
Todas as folhas das matas de Ossaim
Para que fossem distribuídas aos orixás.
Iansã fez o que Xangô determinara
Gerou um furacão que derrubou as folhas das plantas
E as arrastou pelo ar em direção ao palácio de Xangô.
Ossaim percebeu o que estava acontecendo e gritou:
“Euê uassá”
“As folhas funcionam!”
Ossaim ordenou às folhas que voltassem às suas matas
E as folhas obedeceram às ordens de Ossaim.
Quase todas as folhas retornaram para Ossaim.*

*As que já estavam em poder de Xangô perderam o axé,
Perderam o poder de cura.
O orixá-rei, que era um orixá justo,
admitiu a vitória de Ossaim
Entendeu que o poder das folhas devia ser exclusivo de Ossaim
E que assim devia permanecer através dos séculos.
Ossaim, contudo, deu uma folha para cada orixá,
Deu uma euê para cada um deles.
Cada folha com seus axés e seus ofós,
Que são as cantigas de encantamento,
Sem as quais as folhas não funcionam.
Ossaim distribuiu as folhas aos orixás
Para que eles não mais o invejassem
Eles também podiam realizar proezas com as ervas,
Mas os segredos mais profundos ele guardou para si.
Ossaim não conta seus segredos para ninguém,
Ossaim nem mesmo fala
Fala por ele seu criado Aroni.
Os orixás ficaram gratos a Ossaim
E sempre o reverenciam quando usam as folhas.*

Ossain Eueul! É a saudação utilizada pelo orixá das folhas, além de seu valor individual, sua grande força está na sua mistura, em que a arte dessa mistura dá origem ao culto das folhas. Esse culto é secreto e poucos homens têm acesso a ele, e quanto às mulheres, lhes é vedado participar de qualquer preceito de Ossain. É o Ossain que faz os orixás chegarem ao conhecido “baravento”, o cambalear das pessoas na hora que o orixá está chegando, mimetiza o movimento do vento nas folhas que também cambaleiam de um lado para outro. Quando ele chega ao barracão, em dias de festa, dança pulando, porque Ossain só tem uma perna: ele é uma árvore. Daí a forma de seu assentamento: um tronco com sete galhos, seis em volta e um no meio, encimado por um pássaro. Sua cor é o verde das folhas e ele traz na mão um Ossain de ferro, ou um pelegun. (ROCHA, 2000).

Ossain não fala, quem fala por ele é Aroni ou eyé, o pássaro que voa por todo o mundo trazendo até Ossain as notícias. Esse pássaro é o dono da cabeça (adô), onde são guardadas as folhas. Um dia, de combinação com Xanô, Yansã fez soprar um vento forte e derrubou a cabaça. As folhas se espalharam e os Orixás correram e foram apanhando as folhas que podiam. Por isso cada Orixá possui algumas folhas, mas só Ossain conhece todas. (ROCHA, 2000).

Em um relato da entrevista com o pai-de-santo Dofono de Oxum, foi perguntado sobre o orixá das plantas medicinais, e pude constar sobre importância e o respeito que o

pai tem para com esse orixá, a sua visão sobre a terapeuta de cura, como isso acontece e principalmente qual o mecanismo é acionado ao constar uma disfunção no campo da saúde das pessoas que o procuram em busca do equilíbrio físico e espiritual. Abaixo segue o relato:

Pai-de-santo Dofono de *Oxum*: Bom, vou começar por *Ossaim*, né? Que é o dono das folhas, todas as folhas que existem no mundo, as folhas que curam, as folhas que servem pra remédio, que servem pra chá, servem pra banho, tudo isso pertence a um *Orixá* chamado *Ossaim*. É ele que é o dono das curas das doenças, é ele que é o *Orixá* das ervas dos Santos... a gente não faz um *Orixá* sem depender de *Ossaim*, que *Ossaim* é o dono das folhas, nós do candomblé usamos muito as folhas, nós dependemos muito das ervas pra fazer banho de descarrego, banho de cheiro... pra fazer o aborto e a outra que a mãe quer fazer com as folhas de *Ossaim*, é as folhas que nós se recolhemos em cima dela. Essas folhas sagradas dentro de cada *Orixá* tem a sua folha, mas todas as folhas são pertencentes a *Ossaim*. Então *Ossaim* é... no candomblé um *Orixá* essencial, como todo santo, mas ele é essencial. Dele nós tiramos toda a nossa energia. O Egé, que a gente leva no nosso *Ori*, é o primeiro *Egé* das folhas, que é o Egé sangue das folhas, que é o banho que nós tomamos. É as mazelas, os maus olhados, quebrantos, feitiçaria, bruxaria. Tem os banhos que são feitos de ervas, pra fazer a nossa proteção e Axé. Por isso que *Ossaim* é o *Orixá* essencial. É o dono das folhas e dessas folhas nós somos dependentes delas de um tudo... esse é o *Orixá Ossaim*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Figura 05: Festa no terreiro Ilê Axé Obá Agodô (20/01/2013) Fonte: Maxim Repetto

Os programas de assistência à saúde devem ser planejados a fim de se dirigirem não apenas às preocupações médicas do sistema de saúde, mas também à participação da comunidade. Esses programas deveriam considerar as necessidades específicas e as circunstâncias das diferentes comunidades, suas origens sociais, culturais e econômicas e as crenças das pessoas dessas comunidades sobre sua falta de saúde e sobre como ela deve ser tratada.

Toda intervenção médica implica mudança de comportamento, assim os profissionais de saúde deveriam construir um modelo de atenção diferenciada para os diversos atendimentos, os quais desenvolveriam uma postura reflexiva nas suas intervenções em saúde. Essa mudança de postura é necessária para que eles se mantenham abertos para ouvir e aprender através do que o outro está comunicando sobre sua experiência de doença e para que possam relativizar seu conhecimento numa tentativa de construir uma atenção diferenciada que respeite os conhecimentos e práticas de saúde, envolvendo as diferentes culturas e visões de mundo que são construídos para o conceito de saúde, doença e terapia de cura.

Os profissionais da saúde envolvidos com suas inúmeras tarefas, pois a demanda

tem sido cada vez mais crescente, tem dado pouca atenção aos aspectos socioculturais que são tão importantes como o diagnóstico preciso e a terapêutica biomédica correta e rápida. Esta lacuna que nos separa dos pacientes deve ser cada vez mais preenchida, pois com certeza o resultado será mais favorável ao paciente; além do mais podemos ressaltar a necessidade de uma reestruturação na grade curricular dos cursos de saúde, que não abarcam os aspectos culturais, individuais, étnicos raciais e ambientais.

Nossa prática, como também nossos hábitos, nossos costumes, vivências e até mesmo atitudes são observados, avaliados e influenciáveis nas tomadas de decisões das comunidades com as quais prestamos serviços, servindo como fundamento para decidirem sobre o que está sendo oferecido, no sentido de prevenir doenças, agravos ou recuperar e promover a saúde, isto é, as pessoas que trabalham diretamente com a saúde tem o dever de respeitar e tentar conciliar as diversas opções de tratamentos para recuperação, seja física, mental ou espiritual.

A partir dos vários saberes e formas de atendimento, e principalmente das instituições biomédicas, a tendência é reconhecer algumas das formas e saberes, e não as mais variadas e por vezes impensáveis atividades curativas ou sanativas. Além disso, a tendência aponta uma visão estigmatizada e excludente, pelo menos de algumas formas e saberes, salientando que a eficácia, a eficiência e a legitimidade se referem exclusivamente ao próprio saber biomédico.

É fundamental para nós profissionais da saúde a compreensão das diversidades entre os povos de culturas variadas, principalmente aqui no nosso estado, fazendo necessário saber entender as diferenças que ocorrem dentro do mesmo sistema, sendo que este é o único procedimento que nos prepara para enfrentar este constante e admirável mundo novo do porvir.

Os terreiros são detentores de um saber no campo da saúde recebido de ancestrais africanos e afrodescendentes, que é reconhecido e buscado por parcela significativa da sociedade, e esse saber tem se apresentado mais acessível às camadas de baixa renda do que a medicina científica e o sistema oficial de saúde, embora pessoas com recursos também procurem, nos terreiros, respostas para suas aflições. Os terreiros podem ser grandes colaboradores do sistema oficial de saúde, fazendo chegar a muitos as informações científicas e adotando medidas preventivas recomendadas pela medicina científica.

Conhecer não só a pluralidade cultural dos terreiros, como também compreender essa manifestação religiosa dentro da própria diversidade cultural, uma vez que estas práticas são marginalizadas pela sociedade; entendemos que generalizações de caráter estático possivelmente não dariam conta de perceber essa prática como manifestação religiosa em toda a sua amplitude.

A crítica ao modelo biomédico de saúde, o qual a minha formação faz parte, é diante de tantas evidências e comprovações de recuperação por métodos ditos não científicos e praticados por pessoas em sua maioria de uma classe não privilegiada, praticantes de

uma religião afrodescendente, a qual muitos acreditam ser compostas por pessoas pobres, negras, periféricas, charlatões muitas vezes conhecidos e sem nenhuma sabedoria, mas que no final de tudo oferecem a comunidade o que estão buscando através de serviços eficazes, seja qual for o mecanismo acionado, consegue o resultado esperado, que é o equilíbrio físico ou espiritual, isto é, a cura é conseguida através de uma terapêutica considerada não científica. O dom da pessoa que cura e a fé do cliente como fundamentais no processo de cura.

O encontro de culturas está presente sempre quando um indivíduo procura alívio para os seus problemas de saúde. E que esse encontro é contínuo e dinâmico. Não começa e nem termina no encontro físico no consultório médico, por exemplo, é relevante deixar isto claro, pois compreender o problema a partir desse olhar poderá melhorar a comunicação entre profissional de saúde e “paciente”, o que é essencial em qualquer encontro dentro do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marilande Martins. **Um olhar sobre a tradição**. São Luís: EDUFMA, 209.
- ALONSO, J. **Tratado de fitomedicina**: bases clínicas y farmacológicas. Buenos Aires: ISIS **Aspects of Medicine**, [S.I.], v. 27, p. 1-93, 2006.
- ALVES, Paulo Cesar B. SUZA, Iara Maria A. 1999. “**Escolha e Avaliação de Tratamento para problemas de saúde**: considerações sobre o itinerário terapêutico”. IN: RABELO, Miriam C. M.; ALVES, Paulo CESAR B. e SOUZA, Iara Maria A. (orgs). Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- AUGE, Marc. **Le Dieu Objet**. Paris: Flammarion, 1988.
- _____. **Pour une anthropologie des mondes contemporains**. Paris: Aubier, 1994.
- AUGRAS, Monique. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: O corpo nas religiões da matriz africana**. Coordenador: Jose Marmo da. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do Maranhão. São Luís, 2003.
- AUGRAS, Monique. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Diferenças e semelhanças entre as nações das casas- de- santo**. Coordenador: Jose marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.
- AUGRAS, Monique. **O duplo e a metamorfose**. Petrópolis, Vozes, 1983.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. **Compartilhando a experiência do câncer de mama**: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB). Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande-PB, 2006.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. **Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo**: Indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil. Tese de doutorado-Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 446 f. 2011.
- BARNES, John. Redes sociais e processo político. In: Feldman-Bianco, B. (org). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.
- BARNES, John. Redes sociais e processo político. In: Feldman-Bianco, B. (org). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000.
- BARRETO, José de Jesus. **Candomblé da Bahia**: Resistência e identidade de um povo de fé. Salvador: Solisluna design, 2009.
- BARROS, José Flávio Pessoa. **O Banquete do rei-Olubajé**: uma introdução á música sacra afro-brasileira. EDITORA: LOCAL, ANO.
- BASTIDE, R. **Le principe d'individuation (contribution à une philosophie africaine)** In La notion d'epersonne em Afrique Noire, Paris: CNRS, 35-43, 1981.
- BASTIDE, Roger. 1985. As religiões africanas o Brasil. São Paulo: Pioneira.

BASTIDE, Roger. **O Candomblé da Bahia**: rito Nagô. Companhia editora nacional. 3. ed. Brasiliana: LOCAL, ANO.

BONET, Octavio. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

BONET, Octavio. 2004. **Saber e Sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BOURDIEU, P. **Le sens pratique**. Paris: Minuit, 1980.

BORGES, Carlos Alberto da Silva. **O sentido do rito e a perda do sagrado na biomedicina**: uma reflexão sobre a sociomagia na saúde publica. 2012.

BORGES, Carlos Alberto da Silva; VASCONCELLOS, Maria da Penha. **Da doença ao milagre**: etnografia de soluções terapêuticos entre evangélicos na cidade de Boa Vista, Roraima.

BRAGA, Sérgio Ivan Gil. **Cultura popular, patrimônio imaterial e cidades**. EDUA: Manaus, 2007.

BRAGA, Sérgio Ivan Gil. **Culturas populares em meio urbano**. EDUA: Manaus, 2012.

CALAME-GRIAULE, Genevieve. Il, mondo della parola: etnologia e linguaggio dei dogan. Turin, Boringhieri, 1982.

CAPONE, Stefania. **A busca da África no Candomblé**: tradição e poder no Brasil. Rio de Janeiro: Palhas, 2004.

CARNEIRO, N. M. **Fundamentos da acupuntura médica**. Florianópolis: Sistema, 2001. p. 3-11.

CARVALHO, José Jorge de. Um espaço público encantado: pluralidade religiosa e modernidade no Brasil. Departamento de Antropologia Universidade de Brasília. Série Antropologia. 249. 1999.

COSTER, Eliane. **Fotografia e Candomblé**: modernidade incorporada. 2007. PÁGINA p. Dissertação (Mestrado em Artes) - Instituto de artes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CSORADS, T. Body/ meaning/ healing. New York: palgrave, comunicação pessoal, 2002 b.

CSORDAS, T. Body/ meaning/ healing New York: palgrave, 2002 a.

D'ÓGUM, Venina. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: O matriarcado na religião afro-brasileira**. Coordenador: Jose marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luis, 2003.

DACACH, Solange. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Entre o corpo mítico e o corpo físico: gênero, sexualidade e reprodução**. Coordenador: Jose marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.

DE PASQUALE, A. Pharmacognosy: oldest modern science. **Journal of Ethnopharmacology**, [S. l.], v. 11, p. 1-6, 1984.

- DIAS, S; GONÇALVES, A. Migração e Saúde. **Revista do Observatório da Imigração**, Lisboa, 2007.
- DURKHEIM, É. **Coleção os pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- ELIADE, Mircea . **Imagens e símbolos**: ensaio sobre o simbolismo mágico-religioso. São Paulo. Martins Fontes, 1991.
- _____. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. São Paulo: Martins, Fontes, 2008 (tópicos).
- FARAGE, N.. **As Muralhas dos Sertões: os povos indígenas no rio Branco e a colonização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; Anpocs, 1991.
- FERREIRA, Euclides Menezes. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Os terreiros e a saúde**. Coordenador: Jose Marmo da Silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.
- FERRETTI, Mundicarmo M. R. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: religiões afro-brasileiras e saúde**: diversidade e semelhanças. Coordenador: Jose Marmo da Silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luis, 2003.
- FERRETTI, Mundicarmo M.R. Religião afro-brasileira como resposta às aflições. **Caderno de Pesquisa**, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, v.4, n.1, p.87-97, jan./jun.1988.
- FOOTE-WHYTE, William. **Sociedade de Esquina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- GASPAR, Eneida Duarte. **Guia de Religiões Populares do Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas, 2004.
- GEERTZ, Clifford. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In: **O saber local: novos Ensaios em Antropologia Interpretativa**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GERHARDT, T. E.; RIQUINHO, D. L. BEHEREGARAY, L. R.; PINTO, J. M.; RODRIGUES, F. A. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. P. 287-298.
- GIMARAES, M. A. **A rede de sustentação: um modelo winnycottiano de intervenção em saúde coletiva**. 2001. PAGINAÇÃO. Tese (Doutorado em XXX) – Pontifícia Universidade Católica: Rio de Janeiro, 2001.
- GLUCKMAN, M. Análise de uma situação social na Zubulândia Moderna. In: Feldmann Bianco, B. (org). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.
- GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna lands, Peru. **American Ethnologist**, v. 25, n. 4, p. 634-658, 1998.
- GUIMARAES, M. A. **A rede de sustentação**: um modelo winnycottiano de intervenção em saúde coletiva. 2001. PAGINAÇÃO. Tese (Doutorado em XXX) – Pontifícia Universidade Católica: Rio de Janeiro, 2001.

GUIMARAES, Marco Antonio Chagas. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Tradição religiosa afro-brasileira como espaço de equilíbrio.** Coordenador: Jose marmo da silva. Projeto atóire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.

GURIB-FAKIM, A. Medicinal plants: traditions of yesterday and drugs of tomorrow. **Molecular**

HARDING, Rachel Elizabeth. **Candomble and the alternative spaces of black being in nineteenth-century Bahia, Brazil.** A study of historical context and religious meaning.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Censo Demográfico. IBGE, Roraima.

_____. Censo agropecuário, 1995-1996.

_____. Dados estatísticos, 2002.

KLEINMAN, A. M. **Writing at the Margin:** discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press, 1995.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture.** Berkeley: University of Califórnia Press, 1980.

KLEINMAN, Arthur. 1978. “**Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems**”. IN: Social Science and Medicine, V. 2: 85-93.

LANGDON, E. J. M. **Introdução:** Xamanismo - Velhas e novas perspectivas. In: Xamanismo no Brasil: Novas perspectivas. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996. p. 9-39.

LANGDON, E. Jean. 1994. “**Breve histórico da Antropologia da Saúde**”. In: A Negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Étnico. Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC, 1994.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Marins Fontes, 2004.

LARAIA, R. de B. **Cultura:** um conceito antropológico. 24 ed .Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LEVI-STRAUSS, Claude. 2008 a. “**O feiticeiro e sua magia**” IN: LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia Estrutural. São Paulo: Cosac Naify.

LEVI-STRAUSS, Claude. 2008 b. “**A Eficacia simbolica**” .IN: LEVI-STRAUSS, Claude. Antropologia Estrutural. São Paulo: Cosac Naify.

LEVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIMA, Vivaldo da Costa. **A família de santo nos candomblés jeje-nagôs da Bahia:** um estudo de relações intragrupais. 1977. PÁGINA p. Dissertação (Mestrado em) – Universidade Federal da Bahia, LOCAL, 1977.

LODY, Raul. **O povo do santo**: religião, história e cultura dos orixás, voduns, inquices e caboclos. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006._____; PEREIRA, Wani F. **Introdução ao Xangô Umbanda e Mestria da Jurema**. Natal: Editora Universitária, 19994.

MACHADO, Ubiratan. 1997. **Os intelectuais e o Espiritismo** . Niterói: Publicações Lachâtre.

MACHADO, Vanda. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Descobrindo os caminhos do renascer**. Coordenador: Jose Marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.

MAFRA, Ana Amélia Campos. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: a importância dos terreiros na construção da identidade negra**. Coordenador: Jose marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do Maranhão. São Luís, 2003.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da **Nova Guiné Melanésia**. São Paulo: Abril Cultura, 1984._____. **Magic, science and religion and other essays**. Illinois: Waveland, 1992.

MALUF, Sônia. 1996. **Les enfants Du verseau au pays des terreiros**. Les cultures therapeutiques et spirituelle alternatives au sud Du Brésil. Tese de Doutorado, Ecole dês Hautes em Sciences Sociales.

MARCO, M. A. **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casapsi, 2010.

MATTOS, Regiane Augusto de. **História e cultura afro-brasileira**. São Paulo: Contexto, 2012.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MENEZES, Raquel Aisengart. **Em busca da boa norte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Garamond, 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1988.

MINTZ, Sidney W.; Price, Richard. **An anthropological approach to the Afro-american past**: a Caribbean perspective. Filadélfia: Ishi, 1976.

MONTERO, Paula. 2010. “**Religião: sistemas de crenças, feitiçaria e magia**”. IN: Sociologia: ensino médio. Coordenação Amaury César Moraes. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, Coleção Explorando o Ensino, v.15.

NOGUEIRA, Regina. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Terreiro: intenção e ação eficaz para o desenvolvimento de uma nova cidade**. Coordenador: Jose marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.

OLIVEIRA, Cristina Nascimento. 2012. **Discursos do sagrado:** o uso estratégico da linguagem em práticas do candomblé. Dissertação de mestrado- Programa de pós-graduação em Letras, Universidade Federal de Roraima. 153 f.

OLIVEIRA, David Eduardo de. **Cosmovisão africana no Brasil: elementos para uma filosofia afrodescendente.** Fortaleza: LCR, 2003.

OLIVEIRA, Fátima. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Uma reflexão sobre a saúde da população negra no Brasil.** Coordenador: Jose Marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.

OLIVEIRA, Kelly; BERQUÓ, Elza; NOELI, Pereira; PINHO, Maria Dirce; LOPES, Fernanda; LIMA, Luís Carlos. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Corpos fechados, protegidos e abençoados: um olhar para as religiões afro e sexualidades.** Coordenador: Jose Marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do Maranhão. São Luís, 2003.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O trabalho do antropólogo:** olhar, ouvir e escrever. São Paulo: Ed. Enesp, 1998.

PARÉS, Luis Nicolau. **A formação do candomblé: historia e ritual da nação jeje na Bahia.** 2.ed. Campinas: Unicamp, 2007.

PRANDI, Reginaldo. **As artes da adivinhação:** candomblé tecendo tradições no jogo de búzios. In: MOURA, Carlos Eugênio Marcondes (org.). As senhoras do pássaro da noite. São Paulo, Edusp, 1994.

PRANDI, Reginaldo. **Herdeiras do axé:** sociologia das religiões afro-brasileiras. São Paulo, Hucitec, 1996.

PRANDI, Reginaldo. **Mitologia dos orixás.** São Paulo: Companhia das letras, 2001.

PRANDI, Reginaldo. **Segredos guardados:** orixás na alma brasileira. São Paulo: Companhia das letras, 2005.

RABELO, Miriam C. M.; MOTTA, Sueli Ribeiro e NUNES, Juliana Rocha, 2002. “**Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo**”. IN: Religião e Sociedade Rio de Janeiro, 22 (1): 93-121.

REPETTO, M. **Movimientos indígenas e conflitos territoriais no Estado de Roraima.** Boa Vista: UFRR, 2008.

ROCHA, Agenor Miranda. **As nações Kêtu:** origens, ritos e crenças: os candomblés antigos do Rio de Janeiro. . 2. ed. Rio de janeiro: Mauad, 2000.

RODRIGUES, A. G.; DE SIMONI, C. **Plantas medicinais no contexto de políticas públicas.** Informe Agropecuário, Belo Horizonte, v. 31, n. 255, p. 7-12, mar./abr. 2010.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF).** Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 31-65.

RODRIGUES, Kátia Brandão, SOUZA, Carla M. **Migração Maranhense para Boa-Vista**. In: VIEIRA, Jaci Guilherme. (Org.) O Rio Branco se enche de História. Boa-Vista: Editora UFRR, 2008. pp. 309-326.

ROST, C. R. **Tecendo vidas, contando histórias**: o empoderamento de mulheres guianenses imigrantes em Boa Vista(RR). 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Roraima.

SACRAMENTO, Laércio; M. Livro: religiões afro-brasileiras e saúde. **Artigo: Candomblé e medicina tradicional: uma integração possível**. Coordenador: Jose Marmo da silva. Projeto ató-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luis, 2003.

SANTANA, Ursulina Maria Silva. **A festa e o candomblé**: sagrado vai à mesa. 2009. PÁGINA p. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade) - Universidade Ahembí Morumbi, São Paulo, 2009.

SANTOS, Deoscoredes Maximiliano dos (Mestre Didi). História de um terreiro nagô, 2 a. ed. São Paulo, Max Limonade, 1988.

SANTOS, Juana Elbein dos **Os nagôs e a morte**. Petrópolis, Vozes, 1977.

SANTOS, Maria Stella de Azevedo. **Meu tempo é agora**. São Paulo: Oduduwa, 1993. p. 108-123 p.

SOUZA, Gracy Ane Araujo de. **Ajeun odara: um estudo acerca da culinária do candomblé em Manaus**. IN: Culturas populares em meio urbano. Manaus, 2012.

STOCKING, George. **The ethographerr Magic and other essays in the history and anthropology**. Madison: the university of viscosin Press, 1992.Tese (Doutorado em História) - University of Colorado, 1997.

TAMBIAH, Stanley Jeyaraja. 1985. **“Magic, science, religion, and the scope of rationality”**: Cambridge: Cambridge University Press.

TEIXEIRA, Francisca Niédja Barros. 2009. “**Reiki: religião ou prática terapêutica?**”.IN: Horizonte, v. 7, n.15.

VALLADO Armando. O sacerdote em face da renovação do candomblé. In: CAROSO, Carlos e BARCELAR, Jeferson (orgs.). **Faces da tradição afro-brasileira**. Rio de Janeiro, Pallas e CEAO, 1999.

VAN VELSEN, Jan. **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.

VERGER, P. **Fluxo e refluxo do tráfico de escravos entre o Golfo do Benin a Bahia de Todos os Santos**-Dos Séculos XVII a XIX. São Paulo: Corrupcio, 1987.

VERGER, Pierre. **Orixás**. Salvador, Corrupcio, 1992.

WEBER, Max. “The social psychology of the world religions”. In: H.H.Gerth e C. Wright Mills (orgs.), **From Max Weber: essays in sociology**. Nova Iorque: Oxford University Press, 1975.

WILSON, E. O. A situação atual da diversidade biológica. In: **Biodiversidade**. Rio de Janeiro:????? ediciones SRL, 1998. OU Nova Fronteira, 1997. p. 3-24.

SOBRE OS AUTORES

KRISTIANE ALVES ARAÚJO - Professora no Curso de Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena/UFRR. Graduada em Fisioterapia e Licenciada em Ciências Biológicas. Especialista em Saúde da Família e especialista em Gestão em Saúde. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). Doutora em Biodiversidade e Conservação pela Universidade Estadual do Amazonas (UEA). Tem experiência nas áreas: Saúde da Família; Educação em saúde e na saúde e suas interfaces no campo da Saúde Coletiva; Promoção da Saúde.

MAXIM REPETTO - Professor Titular no Curso de Licenciatura Intercultural do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, na Universidade Federal de Roraima / UFRR, Brasil. Bacharel em Humanidades com menção em História, pela Universidade do Chile; Mestre e Doutor em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB); Pós-Doutorado no Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS, DF- México). Tem experiência nas áreas de história indígena e etnohistória; educação indígena e educação escolar indígena; educação e saúde nas religiões afro-brasileiras.

ANA PAULA BARBOSA ALVES - Professora de acadêmicos indígenas no Curso de Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena/UFRR. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (2001). Especialista em Saúde Indígena pela UNIFESP/EAD. Especialista em Redes de Atenção à Saúde pela Fiocruz/EAD. Especialista em Gestão em Saúde pela Fiocruz/EAD. Mestre em Ciências da Saúde pelo PROCISA/UFRR. Doutoranda em ciências ambientais com ênfase em recursos naturais pelo Programa de Pós-graduação em Recursos Naturais PRONAT/Universidade Federal de Roraima (UFRR). Tem experiência em docência em nível superior em saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde indígena, educação em saúde, promoção da saúde, saúde coletiva, epidemiologia, práticas de cuidados, modelos e práticas de atenção, saúde do trabalhador, vigilância sanitária.

JULIANA SOARES PONTES - Professora no Curso de Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva Indígena do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena/UFRR. Graduada em Enfermagem, especialista em Saúde da Família e especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), onde participou de grupos de pesquisa que se destinavam a pesquisar as Infecções Sexualmente Transmissíveis em populações consideradas de maior vulnerabilidade. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), possui artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos e palestras ministradas alinhadas à área de pesquisa e atuação.

Práticas de saúde:

Estratégias de cuidado e sentidos
nas religiões de matrizes africanas

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉️ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Práticas de saúde:

Estratégias de cuidado e sentidos
nas religiões de matrizes africanas

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉️ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br