



Universidade de Brasília
Graduação em Saúde Coletiva

Cauanne Morschbacher Pissurno

**SAÚDE E ESPIRITUALIDADE: A CAMINHADA DE COMUNIDADES
TRADICIONAIS DE TERREIRO DO DISTRITO FEDERAL DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19**

Brasília

2023

CAUANNE MORSCHBACHER PISSURNO

**SAÚDE E ESPIRITUALIDADE: A CAMINHADA DE COMUNIDADES
TRADICIONAIS DE TERREIRO DO DISTRITO FEDERAL DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Universidade de Brasília,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Brasília, ___ de ___ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Silvia Badim Marques

Universidade de Brasília (UnB) Campus Ceilândia (FCE)

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento

Departamento de Filosofia da Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Marcelo dos Santos Monteiro

Presidente Centro de Tradições Afro-Brasileiras – CETRAB
Diretor do Departamento de Estudo e Pesquisa do Instituto de Pesquisa e Memória
Pretos Novos

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmão;

A todos aqueles que mantêm seus pés firmes e descalços na terra, sustentados pela fé, em resistência a opressão e a invisibilidade, sem sequer um dia cogitar em deixar que se apague toda a tradição e os saberes milenares da ancestralidade que corre em nossas veias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente e sempre, a Òșùmàrè, por todo o amor e carinho, e a todos os Òrìșàs por terem me dado a força, a coragem e a resiliência que precisei para chegar até aqui.

Aos meus pais, Guy e Carlos, por todo o apoio e incentivo, por toda a luta para me ver aqui hoje. Minha base e meu sustento, de onde vim e para onde volto.

Ao meu irmão, Cauê, por todas as risadas madrugadas à fora, por ter ouvido e me acolhido em tantos momentos. Minha dupla sertaneja, meu pequeno grande caçula.

À minha família carnal próxima, por acreditarem em mim e pela preocupação em me ver bem.

Ao Babalorisà Raimundo de Osún, por tanto.

À minha família de santo, por terem me acolhido e me feito parte.

À minha orientadora, Silvia Badim, por toda a paciência e cuidado, por nunca ter me deixado na mão sequer uma vez, pelas trocas enriquecedoras, pela sua calma nos meus momentos de desespero, e por todo o caminho que traçamos.

A todos os professores e professoras do Departamento de Saúde Coletiva, por todo o ensinamento passado, por me fazerem enxergar o valor do profissional sanitário e do Sistema Único de Saúde.

A todas as amigas que cultivei ao longo desses anos, sejam hoje próximas ou não, por todos os momentos de companheirismo.

E, finalmente, aos membros participantes dessa pesquisa. Sem vocês esse trabalho não existiria.

“Dar ouvidos à preconceitos é renunciar à liberdade.”

(Frei Anselmo)

RESUMO

As comunidades tradicionais de matrizes africanas apresentam-se como importantes matrizes para a difusão de conhecimentos tradicionais em suas práticas culturais e espirituais. Em que pese o preconceito e o chamado racismo religioso existente em torno dessas comunidades há, por outro lado, uma importante interpenetração desses conhecimentos no dia a dia da população brasileira e, especificamente, do Distrito Federal, inclusive no que tange os cuidados com a saúde, no seu aspecto físico e mental. Neste sentido, este trabalho pretende compreender, através de uma abordagem qualitativa, de que forma a pandemia de COVID-19 afetou a rotina e o funcionamento de terreiros de candomblé do Distrito Federal e entorno, assim como o modo que essas comunidades e seus conhecimentos tradicionais puderam auxiliar a população durante a pandemia. Concluiu-se que o Estado peca ao desassistir os saberes tradicionais dessas comunidades como grande valia no cuidado à saúde de quem as venha procurar e que a fé e a religiosidade atuam como um pilar de sustentação no enfrentamento a tempos difíceis como os de uma pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: comunidades tradicionais de matrizes africanas; pandemia; candomblé; cuidado a saúde; saberes tradicionais.

ABSTRACT

Traditional communities of African origins are important matrices for the dissemination of traditional knowledge in their cultural and spiritual practices. Despite the prejudice and so-called religious racism existing around these communities, there is, on the other hand, an important interpretation of this knowledge in the daily lives of the Brazilian population and, specifically, in the Distrito Federal, including regard to health care, in its physical and mental aspect. In this sense, this work intends to understand, through a qualitative approach, how the COVID-19 pandemic affected the routine and functioning of terreiros de candomblé in the Distrito Federal and surroundings, as well as the way these communities and their traditional knowledge were able to help the population during the pandemic. It was concluded that there is a lack of assistance on the part of the State in relation to these communities, since They represent important points of social and spiritual support within the territory to which They belong, wich is

why they deserve attention and care through the production of studies about terreiros as spaces that promote health and formulate public policies that assist these communities.

KEYWORDS: traditional communities of African matrices; pandemic; candomblé; health care; traditional knowledge.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo Geral.....	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4. METODOLOGIA	13
5. MARCO TEÓRICO	16
5.1. Conceito de saúde e a promoção da saúde dentro do SUS.....	16
5.2. Saúde e religiosidade	20
5.3. Saúde e comunidades tradicionais de matriz africana	22
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6.1. Governo e Políticas Públicas.....	25
6.1.1.A distância do Estado	25
6.1.2.A não-laicidade do Estado quando se trata de Candomblé.	27
6.1.3.O abandono governamental durante a pandemia de Covid-19.....	29
6.2. Terreiros como espaços promotores de saúde	31
6.2.1.Além da religião: ações sociais e de saúde prestadas pelos terreiros	31
6.2.2.A liturgia do cuidado – rituais de assistência à saúde física e mental.....	33
6.2.3.A fé como pilar de sustentação no enfrentamento da pandemia de Covid-19.....	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICES	45

1. INTRODUÇÃO

Dentro de navios negreiros vindos do continente africano, as famílias negras trazidas para o Brasil para serem escravizadas trouxeram consigo uma infinidade de tradições culturais e religiosas que, apesar das tentativas incansáveis do regime escravocrata dos brancos europeus de apagar suas origens, criaram raízes e se fortaleceram (ARAÚJO, 2015). Com isso, o Candomblé, religião de matriz africana, surge nas terras brasileiras no século XIX, através de pequenas manifestações como os chamados “candomblés rurais”, onde se reuniam em espaços de culto e realizavam consultas para pessoas que sofriam com a carência da medicina e com a falta de recursos médicos para cuidados da saúde (MOTA; TRAD, 2011).

Como salienta Silveira (2015) “chamamos de tradições de matrizes africanas as manifestações civilizatórias africanas que foram transpostas às Américas durante o período do tráfico transatlântico de cativos para o trabalho compulsório nas Américas. Estas manifestações foram adaptadas à realidade da diáspora através de hibridizações, supressões e acréscimos de vários elementos” (p. 77).

Ainda de acordo com Silveira (2015), passamos a entender que “as tradições de matrizes africanas não são apenas religião, mas todo um complexo cultural carregado de axiomas e axiologias que criam e recriam a civilização africana nas Américas” (p. 78).

As tradições de matrizes africanas podem ser classificadas em dois tipos, ressaltando-se que no Brasil as chamamos de afro-brasileiras. As primeiras existem apenas no continente africano, há milênios, e são chamadas de tradicionais africanas. As demais são as afro-americanas, que foram ressignificadas na diáspora, e se formam em diferentes lugares das Américas. Nessas últimas temos as afro-caribenhas, como a Santería em Cuba e o Vodou no Haiti, e as afro-brasileiras, como o Batuque, Candomblé, Tambor de Mina, Nagô e Xambá (SILVEIRA, 2015).

Considera-se também, no Brasil, os interlaces que as tradições de matrizes africanas tiveram com diferentes costumes religiosos que se encontram em território brasileiro, que são chamados de sincretismos. Religiões como a umbanda, babaçuê, catimbó e a jurema “possuem elementos teológicos, filosóficos e ritualísticos que fundem o catolicismo, o espiritismo kardecista, a pajelança (religião indígena) e as tradições africanas em uma só expressão religiosa” (SILVEIRA, 2015, p. 79).

Mas, para o escopo dessa pesquisa, acolhe-se apenas a Umbanda, por representar uma religião muito difundida e presente com elementos e figuras em muitas comunidades tradicionais de matrizes africanas. Os “caboclos”, “exus” e “pombas-gira” perpassam o imaginário social e se encontram dentro de muitas comunidades tradicionais de berço africano que se denominam como de Candomblé. Ademais, como destaca Prandi (2004), o candomblé e a umbanda perfazem juntos o grande segmento das religiões afro-brasileiras no Brasil, configurando muitas comunidades tradicionais de origem africana em nosso país.

Dentre as nações de candomblé hoje cultuadas no Brasil (Jeje, Ketu e Angola), destaca-se a Nação Ketu, também podendo ser chamada de Nagô, uma vez que os negros iorubanos que aportaram em Salvador a partir do século XVIII assim eram chamados. Conforme apontado por Araújo (2015), surgiu em meados da década de 1830 a partir da fundação do Terreiro da Casa Branca do Engenho Velho (chamado *Ilê Axé Iyá Nassô Oká* e anteriormente nomeado como *Ilê Omi Axé Airá Intilé*). Desde então, o candomblé vem tomando cada vez mais força e ganhando mais espaço na sociedade, atraindo fiéis, praticantes e simpatizantes da religião.

O contato físico é uma prática muito presente na religião candomblecista (SANTOS, 2021). É comum que os filhos de santo troquem bênçãos entre si através de trocas de beijos nas mãos, bem como a bênção solicitada ao pai ou mãe de santo, seguido geralmente de um abraço em sinal de carinho e respeito, no entanto, essas práticas vão muito além disso. O corpo do indivíduo recebe tamanha atenção pois é tido como um elemento de ligação entre o humano e o sagrado, a morada de orixá, transmissor de *axé*¹ (MANDARINO e GOMBERG, 2013).

Como salienta Pinheiro (2017), no processo de formação das religiões afrodescendentes no Brasil, percebemos que a oralidade é algo inerente às práticas culturais dos povos da diáspora africana. “Oralidade que se manifesta não apenas pela fala, mas pelos gestos, sons e expressões do corpo. As expressões vocais e corporais estão aliadas às práticas da dança e da música, que nesse caso são parte das expressões e da comunicação dessas populações, não se resumindo a uma função artística, cuja finalidade flui para mera apreciação estética” (p. 80). Toda formação da oralidade nessas comunidades envolve mais que a fala. O corpo é

¹ Segundo o dicionário Michaelis, “entre os iorubas, a força vital que impregna todos os seres e todas as coisas.”

instrumento de perpetuação dos costumes, das vivências e faz parte da transmissão de conhecimentos sob a perspectiva não ocidentalizada.

As comunidades tradicionais de matrizes africanas têm importante papel no âmbito da preservação cultural e dos saberes tradicionais. Destacam-se os saberes a respeito de plantas medicinais e alimentícias para finalidades nutricionais e litúrgicas, não necessariamente havendo distinção de um ou de outro, uma vez que ambos se encontram no aspecto mítico-religioso na holística do cuidado (DE SILVA; DE CARVALHO; DE JESUS, 2021). Assim, o cuidado à saúde nos terreiros se fundamenta na integração do físico e do espiritual, baseada em uma noção de que o físico está ligado ao espiritual e, dessa forma, deve-se cuidar do espiritual para cuidar do físico.

No final de 2019, se manifestou na cidade de Wuhan, na província de Hubei, China, casos gravíssimos de pneumonia que, posteriormente, descobriu-se tratar de uma nova cepa ainda não identificada em humanos do coronavírus (OPAS/OMS). Meses depois, o vírus responsável por causar a doença Covid-19 chegou ao Brasil, tendo seu primeiro caso identificado em fevereiro de 2020. Declarado pela OMS como uma pandemia em março de 2020, o Covid-19 obrigou a população de todo o mundo a adotar mudanças de alta magnitude. Atividades sociais e culturais foram restringidas a fim de conter a expansão do vírus.

Logo ao início da então declarada pandemia, a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO Saúde) comunicou a suspensão de suas atividades e solicitou que todos tomassem cuidado e se atentassem às medidas de prevenção contra o novo vírus. Em 16 de março de 2020, a Federação das Religiões Afro-Brasileiras (AFROBRAS) veio a público pedir para que os zeladores de terreiros de matrizes africanas suspendessem suas atividades em prol de evitar aglomerações. (CALVO, 2021)

Diante desse cenário, pais e mães de santo tiveram que cancelar muitas atividades em seus calendários de festas e celebrações aos orixás e atendimentos à comunidade a fim de que pudessem zelar pela segurança da comunidade e se adequar às normas de distanciamento estabelecidas pelas autoridades de saúde. (SANTOS, 2021).

Devido à pandemia de Covid-19, hábitos e práticas tiveram de ser modificados e/ou interrompidos a fim de evitar que comunidades tradicionais de berço africano e

simpatizantes fossem diretamente afetadas pelo novo vírus, principalmente levando em consideração as condições socioeconômicas em que essa população está inserida, e nas dificuldades enfrentadas dentro e fora dos terreiros.

Desta forma, este trabalho pretende perseguir as seguintes perguntas de pesquisa: Como que essas comunidades enfrentaram a pandemia de COVID-19? Quais as dificuldades encontradas para a manutenção de sua cultura e subsistência? E, de outro lado, como esses espaços, que representam importantes pontos de apoio comunitário para cuidados espirituais, de saúde e alimentação, se colocaram frente à ajuda comunitária e o que representaram para a população?

Para tanto, foi feita uma pesquisa qualitativa utilizando a metodologia do discurso do sujeito coletivo nas comunidades tradicionais de terreiro no Distrito Federal, onde foram escutados treze entrevistados que, a partir de um questionário de perguntas abertas, puderam relatar suas vivências dentro da comunidade, a visão de saúde dentro dos terreiros, as ações do Estado quanto a essas comunidades, e seus métodos de cuidado durante a pandemia de Covid-19.

2. JUSTIFICATIVA

As religiões de matrizes africanas, hoje, representam grande parte da riqueza e identidade cultural do país, trazendo valores civilizatórios diretamente de África, que se perpetuam no acolhimento e no cooperativismo (BENITE, et al., 2019). Roças de candomblé e umbanda são frequentemente procuradas para realizarem tratamentos naturais advindos de seus saberes tradicionais a respeito de folhas, raízes, comidas e rezas como abordagem terapêutica no tratamento de doenças e/ou outras complicações de saúde física e mental (BADIM, 2022).

Indaga-se, a partir disso, como os líderes dessas comunidades cuidaram da saúde dos seus e de seus adeptos durante a pandemia de Covid-19 e, ainda, como o Estado atua frente às religiões de matrizes africanas no que diz respeito ao reconhecimento de suas práticas terapêuticas como práticas integrativas de saúde.

É importante ressaltar que um cenário que arrisque uma parte do Patrimônio Cultural do Brasil, bem como a saúde da comunidade ali presente, deve ser estudado e compreendido a fim de evitar que a vulnerabilidade desses povos se agrave e, ainda, auxiliar no combate de qualquer tipo de tentativa de apagamento gerada pelo preconceito religioso que venham a enfrentar.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

A partir da escuta da vivência das pessoas pertencentes às comunidades tradicionais de matrizes africanas, compreender de que forma a pandemia de COVID-19 afetou a rotina e o funcionamento das comunidades tradicionais de matrizes africanas no Distrito Federal e entorno, e, ainda, apontar de que forma essas comunidades puderam auxiliar a população durante a pandemia.

3.2. Objetivos Específicos

- Entender como se deram continuidade aos cultos e ritos dentro dos terreiros no contexto do isolamento social, e de que forma isso afetou a saúde de seus membros.
- Compreender em quais níveis (social, econômico, de saúde) a pandemia de Covid-19 afetou as comunidades tradicionais de terreiro no Distrito Federal e entorno.
- Entender de que forma essas comunidades ajudaram a comunidade a enfrentar a pandemia.
- Perceber de que modo esses conhecimentos tradicionais podem ajudar no alcance das políticas de saúde junto a essas comunidades e seus adeptos.

4. METODOLOGIA

Para entender de que forma de que forma a pandemia de COVID-19 afetou a rotina e o funcionamento das comunidades tradicionais de matrizes africanas e seu impacto também na comunidade que busca esses espaços como espaços capazes de oferecer cuidados à saúde, foram realizadas treze entrevistas com membros de comunidades de matrizes africanas, sendo sete zeladores de santo, líderes dessas

comunidades (babalorixás e ialorixás), quatro ebomes², um yawo³ e uma ekedi⁴, todos moradores do Distrito Federal e/ou entorno e frequentadores de terreiros nessa localidade. Estes foram recrutados via WhatsApp, sendo somente um remetente e um destinatário, e os terreiros foram escolhidos antecipadamente pelas pesquisadoras seguindo o método de amostragem não probabilística por conveniência. Tentou-se acolher a Umbanda neste trabalho, no entanto, nenhuma das pessoas adeptas à religião demonstrou interesse em participar do estudo, logo, ele foi realizado somente com pessoas do Candomblé.

Os entrevistados foram identificados com números de acordo com a ordem das entrevistas. Há, neste estudo, a identificação “Entrevistado 10.1” e “Entrevistado 10.2”, isso se dá ao fato de que ambos foram entrevistados juntos na décima entrevista realizada.

O questionário, construído especificamente para este estudo, continha questões abertas. O instrumento elaborado e os parâmetros de respostas (para categorização da resposta como adequada ou não) teve base na literatura e foi submetido à análise de profissionais especialistas na área, quanto a sua clareza e conteúdo, e foi testado, previamente, com um membro de comunidade tradicional de matriz africana, que não fez parte da pesquisa. As etapas não presenciais da pesquisa se referiram à coleta de dados que foi realizada em ambiente virtual, confortável e privativo, assim como a análise e discussão desses dados.

Os dados coletados foram armazenados na nuvem de armazenamento da Microsoft (OneDrive) e compartilhados somente entre as pesquisadoras, sendo as pastas relacionadas ao projeto protegidas com senha, a fim de aumentar a segurança dos dados e garantir a conservação e preservação da identidade dos participantes da pesquisa.

Por se tratar de um método qualitativo com uma população de difícil acesso e que urge de pesquisas para qualificação da assistência, amparado pela Resolução 510 da CNS e a Carta Circular nº110 da CONEP, no que tange o tamanho final e a previsão do número amostral para este estudo, se estimou no limite máximo de 50

² Filhos-de-santo iniciados na feitura de santo que já completaram o período de 7 anos da iniciação.

³ Segundo o Dicionário Informal, a palavra em iorubá é “a denominação dos filhos-de-santo já iniciados na feitura de santo, que ainda não completaram o período de 7 anos da iniciação”

⁴ Cargo feminino de hierarquia que atribui à mulher a responsabilidade de conduzir os Orixás incorporados e cuidar da sua “desincorporação” (Dicionário Informal)

participantes. Neste contexto, o cálculo estatístico não é prioritário, compreendendo que a necessidade maior é ampliarmos os estudos com esta população, para preencher uma lacuna científica que se desenvolveu historicamente no Brasil, e assim qualificar o cuidado. No critério qualitativo das respostas, estimou-se que com amostragem limite de 50 participantes, resultantes do contato prévio com a população central da pesquisa. No entanto, a pesquisa contou com critério de esgotamento proposto por repetição de respostas.

Para a análise e construção dessas entrevistas, visando obter a percepção desses líderes sobre o tema investigado, foram realizadas entrevistas com pessoas de comunidades tradicionais de terreiro, identificadas a partir de coletivos de comunidades tradicionais, além da técnica da “bola de neve”, onde os próprios entrevistados sugeriam nomes possíveis para a entrevista.

Para a análise dessas entrevistas foi utilizada a metodologia de análise de discurso, com abordagem focada na Metodologia do Discurso do Sujeito coletivo. Esta metodologia revela-se capaz de evidenciar o pensamento dessa coletividade acerca do tema, através da identificação das ideias centrais de seus discursos, capazes de compor um discurso coletivo em relação as ideias identificadas. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Como salientam Lefèvre e Lefèvre (2003), quando se busca, através de uma pesquisa social, resgatar o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema, é preciso “considerar que o pensamento ou a opinião dos indivíduos que compõem essa coletividade só podem ser vistos, legitimamente, como um depoimento discursivo, entendendo-se como tal a manifestação lingüística de um posicionamento diante de um dado tema” (p.13).

Desta forma, a partir da identificação das ideias centrais desses participantes, através da análise de suas respostas após a aplicação de questionário aberto, pretendemos resgatar o discurso coletivo destes, a fim de alcançar o objetivo proposto e averiguar sua percepção sobre o tema.

O presente trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília – UnB através do Parecer Consubstanciado nº 5.760.829 (Apêndice 1).

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Conceito de saúde e a promoção da saúde dentro do SUS

Fruto de intensos debates, em 1948 A Organização Mundial da Saúde definiu “saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades”, trazendo para a saúde uma visão avançada para a época em que foi realizada – fruto de intensos debates sobre direitos humanos e sociais. No entanto, setenta e quatro anos depois, percebe-se que essa definição não abrange o grande emaranhado de conceitos e noções que se faz a saúde atualmente, especialmente se tratando de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Segre e Ferraz (1997), o conceito apresentado pela OMS em 1960 é “irreal, ultrapassada e unilateral”, pois se trata de uma definição que traz um esmero que só pode ser alcançado se o indivíduo em questão, considerado saudável, existir em um ambiente de perfeição inatingível que ignora completamente os determinantes de saúde em que aquele ser está inserido.

Em 2005 a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, trazendo para o lugar de destaque das políticas de saúde o debate a respeito das iniquidades de saúde e formas para combatê-las (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2014). Com o impacto das discussões geradas pela ação da OMS, foi criada no Brasil pelo Presidente da República, em 2006, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), atribuindo ao governo e à sociedade civil a discussão e atuação “na prevenção e solução dos efeitos negativos de determinantes sociais da saúde” (BRASIL, 2006). A CNDSS apresenta os determinantes sociais de saúde como fatores sociais, comportamentais, psicológicos, culturais, étnico/raciais e econômicos que podem ser caracterizados como fatores de risco à saúde da população a eles exposta (BUSS; FILHO, 2007). As infinitas discussões sobre o assunto trouxeram ao campo a noção de que os determinantes sociais de saúde, ao invés de um elemento externo à saúde, são na verdade parte dela, em um sentido onde as condições sociais e a saúde estão diretamente relacionadas, construindo assim uma rede de fatores que influenciam e condicionam o processo saúde-doença na particularidade do indivíduo. (SANT’ANNA et al., 2010).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988, dispõe a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, assim assegurando o acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; em

seguida, no artigo 198, a Constituição Federal de 1988 estatui sobre as diretrizes básicas que organizam as ações e serviços públicos de saúde, são elas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Ainda, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde 8.080 no artigo 7º estabelece ao SUS os princípios da universalidade, equidade, e retorna com a integralidade da assistência como fortalecedor das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A descentralização do SUS entende o poder e a responsabilidade dos serviços de saúde distribuídos, de forma integrada, entre a União, estados e municípios – sendo as autoridades sanitárias, respectivamente, o Ministro da Saúde, o Secretário Estadual de Saúde e o Secretário Municipal de Saúde –, de forma a garantir uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade, além de endossar a fiscalização e o controle social (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). Em 2011, a partir do Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei 8.080/90, fica estabelecido que os serviços prestados devem permanecer organizados em unidades geográficas e populações específicas, mas a oferta desses serviços deverá se organizar a partir das regiões de saúde (BRASIL, 2011).

O atendimento integral, assim como o princípio da integralidade da assistência, está relacionado ao atendimento das condições do indivíduo de forma íntegra, considerando a assistência total ao cidadão levando em conta o seu contexto social, sem regrá-lo a doenças e aspectos biológicos (FONTOURA; MAYER, 2006). Nessa perspectiva, a integralidade busca um tratamento respeitoso, acolhedor e de qualidade, seguindo a Constituição Federal no que diz respeito ao atendimento “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988) e, ainda, deve compreender o processo saúde/doença seguindo um conjunto de fatores relacionados a ambiente, vivências, costumes e crenças nos mais diversos eixos dos determinantes físicos, mentais, sociais e espirituais (DE CASTILHO; CARDOSO, 2015).

A participação da comunidade, ou participação social, se destaca como uma das diretrizes mais relevantes social e politicamente, uma vez que ela permite que a população tenha participação direta no processo de planejamento e avaliação das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). Dessa forma, com incentivo governamental instituído pela Constituição Federal, a população pode e deve tomar parte das decisões em saúde em sua região, tendo controle sobre as

ações do Estado em relação à formulação de políticas que garantam a melhoria na qualidade do serviço – o controle social.

A Constituição dispõe do princípio da universalidade caracterizando a saúde como um direito à cidadania (BRASIL, 1988), determinando que toda a população brasileira, sem qualquer distinção ou discriminação, tenha acesso ao atendimento integral nos serviços de saúde e reflete a democratização da saúde como “um direito de todos e dever do Estado” (PONTES, et al., 2009). Antes da instituição do SUS, só poderiam dispor dos serviços públicos aqueles que tivessem vínculo formal de trabalho ou com a previdência social, os demais somente tinham a opção de pagar por serviços privados caso necessitassem de atendimento à saúde. Se mesclando com o princípio da universalidade existe, ainda, o princípio da equidade, que “implica na diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível” (PAIM; DA SILVA, 2010). Esse princípio procura diminuir as desigualdades geradas pelos determinantes sociais da saúde e reconhecer as necessidades do indivíduo, garantindo o seu direito a saúde de acordo com suas condições e atendendo às suas diversidades⁵.

No sentido das diretrizes e princípios apontados, Campos (2003) assegura que a garantia do princípio da integralidade, principalmente, endossa ao indivíduo a assistência dos mais diversos níveis de atenção e complexidade através de um atendimento organizado, humanitário e diversificado, visando a promoção e restauração da saúde, prevenção de doenças e agravos, e, ainda, a reabilitação do paciente.

O Sistema Único de Saúde hoje conta com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que são atendimentos baseados em conhecimentos tradicionais que fazem uso de recursos terapêuticos voltados para a prevenção de doenças e agravos à saúde, e, ainda, podem servir como cuidados paliativos em determinadas doenças crônicas⁶. Em 2006, o Ministério da Saúde publicou, por meio da Portaria nº 971/2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas, com o propósito de garantir a integralidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde, legitimando o uso de práticas como o uso de plantas medicinais para fitoterapia, terapia de florais, aromaterapia (RUELA, et al., 2019), e práticas da

⁵ <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>

⁶ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>

medicina tradicional complementar, que buscam cuidar da saúde física, mental e espiritual, promovendo assim o equilíbrio (MENDES, et al. 2019). É de suma importância salientar que as PICS são um complemento ao tratamento medicamentoso e são recomendadas por profissionais consoante as necessidades de cada paciente.

A Carta de Ottawa, apresentada em novembro de 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define promoção da saúde como:

(...) processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Dessa forma, a promoção da saúde fica sendo responsabilidade não somente do setor saúde, mas de todos os setores minimamente envolvidos na vivência do indivíduo a fim de garantir qualidade de vida saudável e bem-estar para toda a população. Lefèvre e Lefèvre (2007) apontam que a promoção da saúde deve ter o foco na doença, e não no doente, uma vez que dessa forma ela é vista como consequências da vivência do homem, e não somente como uma condição de doença.

Scliar (2007), defende que “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”, ou seja, ela depende de um conjunto de fatores (sociais, econômicos, científicos, religiosos) inerentes ao individual de cada ser, e, ainda, inerente à época, lugar e classe social em que se discute esse conceito. A noção de saúde é imprecisa pois reflete cenários políticos, econômicos, culturais e sociais de cada época e lugar que estão em constante mudança; assim, essas circunstâncias devem ser levadas em conta em todo o processo de planejamento, elaboração e execução de políticas e práticas (BATISTELLA, 2007).

A imprecisão que se aplica à definição de saúde é a mesma – se não maior – que se aplica à doença. Se trouxermos a visão crua da doença, é fácil dizer que “a doença é a ausência da saúde”, partindo do pressuposto da OMS de que, além de outras coisas, a “saúde é a ausência de doença” (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). Em uma análise um pouco mais densa, a doença varia de acordo com diversos cenários em que ela está incluída. O que antigamente era considerado uma doença,

hoje em dia pode não ser – ou, comprovadamente, não é – e vice-versa. Independente, é fato de que a doença sempre esteve presente na vida do ser humano, como apontam estudos paleontológicos que descobriram sinais de doenças nas múmias egípcias, ou estudos religiosos que trazem a visão de doença como um castigo divino diante dos pecados humanos (SCLIAR, 2007), relacionando diretamente doença e religiosidade.

5.2. Saúde e religiosidade

Em se tratando de saúde, doença e religiosidade, essa relação surge a partir do desconhecimento a respeito de determinadas enfermidades, o que leva a população a divinizar o desconhecido (FARIA; SEIDL, 2005), acreditando, assim, que deuses e/ou entidades celestiais possam causar e curar doenças naqueles que são desobedientes aos mandamentos divinos. Os autores defendem que as crenças religiosas um pilar importante no enfrentamento da doença, estando associadas ao bem-estar do indivíduo e servindo como suporte emocional no cuidado à saúde mental do paciente, no entanto, o modelo biomédico no setor saúde associa a doença somente ao corpo e ao físico, centralizando o processo de cuidado e de práticas de saúde somente no campo profissional médico e priorizando os determinantes biológicos acima de todos (CAMARGO JR, 2007) ignorando os condicionantes e determinantes físicos, mentais, sociais e espirituais (CASTILHO; CARDOSO, 2014) da saúde.

O sistema médico-jurídico no Brasil tende a enxergar práticas terapêuticas em geral que não sejam realizadas dentro de âmbito hospitalar como práticas ilegais de curandeirismo (PUTTINI, 2011), prevista no artigo 284 do Código Penal como crime passível de detenção e multa (BRASIL, 1940). Na atuação da Saúde Coletiva, esse conceito se encontra como um problema social, visto que a OMS estabelece os cuidados integrativos de saúde como

um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde baseado em teorias e experiências de diferentes culturas utilizadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação, levando em consideração o ser integral em todas as suas dimensões.⁷

⁷ <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>

É importante apontar que o Código Penal prevê o exercício ilegal da medicina e a prática do curandeirismo em artigos diferentes. O artigo 282 define o exercício ilegal da medicina como “exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites” (BRASIL, 1940), logo, as práticas de curandeirismo não devem ser vistas como o exercício ilegal da medicina pois não são a mesma coisa. Puttini (2008) afirma que o exercício da terapêutica não médica, se pensada em condições de autonomia do campo religioso livre de vínculos com o campo médico, transita como bem simbólico no campo da saúde. Nesse sentido, a tentativa de marginalizar o curandeirismo no contexto social do Brasil é assentir a hegemonia da medicina científica sobre os saberes tradicionais terapêuticos (p. 11).

Considera-se a medicina científica, ou a medicina ocidental moderna, como aquela que se sustenta substancialmente nas ciências exatas e biológicas, deixando as ciências humanas e os conhecimentos históricos e filosóficos apenas como uma lembrança que marca sua evolução de conhecimento (GALLIAN, 2000), valorizando o saber técnico do modelo biomédico hospitalar. Dessa forma, a ciência médica moderna, a partir do fim século XIX, passou a excluir qualquer debate sobre espiritualidade de seu contexto, adotando a visão engessada da existência somente de manifestações físicas na matéria do corpo humano, conceito que Setzer (2008) aponta como materialismo, “caracterizado por adotar aquela visão de mundo dentro de uma atitude estritamente científica” (p. 5), assim aderindo a uma conduta de abominação de qualquer tipo de ideia espiritual de saúde. Legitima-se a importância da ciência moderna nos seus avanços tecnológicos e sanitários, no entanto faz-se necessário a composição de saberes epistemológicos que insiram em sua base o que historicamente foi descartado (BADIM, 2022)

Visto que a medicina moderna condena qualquer prática não científica, urge o desafio e a necessidade de unir ciência e espiritualidade no cuidado à saúde. Essa relação conflituosa compromete a integralidade do atendimento quando ignora a abordagem holística através de modelos seculares de saberes tradicionais devido ao paradigma cartesiano-newtoniano que, segundo Teixeira (1996), presume que só se chega ao conhecimento através de meios racionais, objetivos e quantitativos. Em contrapartida, esse diálogo, se promovido de forma amistosa, a espiritualidade pode vir a enriquecer as práticas de saúde como aliadas à ciência na construção de

abordagens holísticas e terapêuticas de cuidado levando em conta o resultado de diversos estudos que revelam que essa relação se mostra benéfica na saúde física e mental do paciente em sofrimento de doenças e agravos (GUIMARÃES, AVEZUM, 2007)

5.3. Saúde e comunidades tradicionais de matriz africana

No contexto da afro-religiosidade no Brasil, os terreiros de matrizes africanas de candomblé e umbanda são procurados em busca de soluções de problemas de saúde. Segundo Silva (2007), nesses locais a saúde é vista em um conjunto de três variáveis: mental, físico e espiritual.

Seguindo essa lógica, Domingos (2014) aponta que doença é tida como um sinal de desequilíbrio do vigor do ser humano. Nessa crença, a linha que separa a doença na dimensão física e/ou mental da doença na dimensão espiritual é tênue (SILVEIRA, 2015), ou seja, o cuidado não é oferecido baseado em uma ideia do que é somente espiritual ou somente físico. Segundo Mello e Oliveira (2013), as pessoas que procuram esses locais com sintomas, agravos e doenças que sugerem enfermidades do corpo, enfermidades físicas, são orientadas a procurar profissionais de saúde adequados para realizarem o tratamento médico-científico em paralelo ao tratamento em dimensão espiritual.

Nesse sentido, como aponta Badim (2022), as comunidades de terreiro surgem na vida das pessoas que as buscam como pontos de apoio e resposta a problemas que a medicina convencional do ocidente não consegue explicar e resolver apenas com o tratamento medicamentoso. Assim, os terreiros de matrizes africanas – com sua detenção de saberes de saúde ancestrais a respeito de folhas, ervas, banhos e rituais – em conjunto com a medicina ocidental conseguem oferecer uma rede de cuidado extensa ao indivíduo, em especial ao indivíduo de baixa renda cuja medicina científica e o sistema oficial de saúde se mostra menos acessível (FERRETTI, 2003).

A acessibilidade aos serviços de saúde – ou a falta dela – se mostra um sério problema de equidade quando se discute o acesso da população afrodescendente aos serviços de saúde (SOUZA, 2013). Lopes (2005) identifica que, no Brasil, a população negra se encontra em situações vulneráveis em questões epidemiológicas e sociais, geradas pela dificuldade do acesso à saúde, causadas e reforçadas pelo

racismo institucional estruturado na sociedade. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, criada em 2009 através da Portaria GM/MS nº 992, visa combater a discriminação étnico racial nos serviços de saúde, promovendo assim a equidade na saúde da população negra (BRASIL, 2009). Os eixos institucional e religioso do racismo se encontram uma vez que a filiação religiosa se torna motivo de iniquidades no sistema. O estudo qualitativo de Trad, Castellanos e Guimarães (2012), indica que certos agentes comunitários de saúde de um bairro popular em Salvador-BA se recusavam a visitar locais onde funcionavam casas de santo, privando a comunidade tradicional ali residente do acesso a ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e atividades educativas que alcançam o conhecimento em saúde.

A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, instituída a partir do Decreto nº 6.040 de 7 de fevereiro de 2007, compreende os Povos e Comunidades Tradicionais como

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição.
(Decreto 6.040, art. 3º, § 1º)

Ela visa a legitimação, a proteção e a promoção de seus conhecimentos e práticas, a consolidação e a garantia dos direitos sociais, econômicos, ambientais, territoriais, organizacionais e culturais dessas comunidades, o respeito e valorização à sua identidade. Assim, sendo o corpo objeto de cuidado constante em religiões de matrizes africanas, a promoção de saúde se faz essencial para a preservação de suas tradições. Nesse sentido, a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO Saúde) vem com o objetivo de lutar pelo direito à saúde e valorizar o saber e os cuidados tradicionais de saúde dos terreiros. As ações da RENAFRO buscam expressar e fortalecer os saberes tradicionais dos líderes dessas comunidades a fim de que possam ter participação ativa no controle social de políticas públicas em saúde. Segundo Silva (2007) a RENAFRO, ao promover capacitações que sensibilizem os gestores e profissionais para lidar com agravos à saúde vivenciados pelas comunidades tradicionais, respeitando a particularidade da visão de mundo e da

tradição religiosa, podem vir a resultar no elo entre os serviços de saúde e as práticas tradicionais de cuidado, acarretando, principalmente, na melhoria da qualidade de vida dos adeptos às religiões de matrizes africanas e da comunidade próxima.

O direito a saúde nas comunidades de matrizes africanas precisa ser endossado na garantia de políticas públicas adequadas a lugares que são fonte de sabedorias antropológicas, sociais e sanitárias, fora dos moldes da ciência ocidental (BADIM, 2022), que promovem o acolhimento integral à saúde e a proteção ambiental e trazem elementos que devem ser incorporados nos cuidados de saúde de forma mais humana, integral, justa e sustentável. (p, 111-112).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas realizadas permitiu identificar dois grandes eixos, que chamamos de categorias, que cada qual traz algumas ideias centrais. Delinearemos a seguir as categorias encontradas nas entrevistas, e posteriormente, as respectivas ideias centrais e discursos contidos em cada ideia.

CATEGORIA A – Governo e Políticas Públicas: história da pessoa na religião de matriz africana e de seu terreiro, relação da comunidade interna com a comunidade adjacentes, vulnerabilidades, enfrentamento da intolerância e racismo religioso, acesso e conhecimento de políticas públicas que garantam sua existência e permanência como comunidade tradicional, acesso a serviços de saúde e sentimento de desassistência governamental voltada para os povos de terreiro durante a pandemia de Covid-19.

CATEGORIA B – Terreiros como espaços promotores de saúde: ações sociais e de caridade promovidas pelos terreiros, a fé como pilar de sustentação no enfrentamento de doenças, rituais litúrgicos de cuidado à saúde física e mental, enfrentamento da pandemia de Covid-19, cuidados, assistência e acolhimento durante o isolamento social.

Visto isso, passaremos a traçar e expor os resultados fruto da análise de falas que gritam cada vez mais alto no vácuo que se transformou a sociedade do homem branco ocidental, que insiste em tentar fazer dormir uma tradição milenar que se fez presente em cada troca que tivemos, carregando o peso da necessidade ancestral de ser ouvida.

6.1. Governo e Políticas Públicas

Esse tópico aborda as falas que trazem noções governamentais a partir das falas dos entrevistados, o reconhecimento da vulnerabilidade, a concepção de políticas públicas de assistência à saúde direcionadas a essas comunidades e o sentimento de abandono do Estado antes, durante e depois a pandemia de Covid-19.

Visto isso, a partir das ideias que os convidados do estudo trouxeram, passaremos a abordar e comentar criticamente os assuntos nesse eixo.

6.1.1. A distância do Estado

Percebeu-se, pela fala dos nossos condutores, o sentimento de que o Estado está distante de suas realidades. A ideia, segundo eles, se dá por dois fatores: por serem membros de uma comunidade tradicional de matriz africana, e por estarem inseridos em locais periféricos que apresentam um padrão de vulnerabilidade socioeconômica. Os terreiros, em todos os casos, se localizam em locais afastados do centro da cidade, alguns mais escondidos que outros. O Mapeamento dos Terreiros do Distrito Federal⁸ desenvolvida pelo Centro de Cartografia Aplicada da Universidade de Brasília, desenvolvido em 2018, ilustra em seu relatório técnico esse fato: a maioria dos terreiros de matrizes africanas do DF estão presentes em regiões administrativas consideradas “carentes”.

Clemente e Silva (2014) defendem que isso se dá pela semelhança entre os terreiros de matrizes africanas e os territórios negros e quilombolas, que só se diferem no sentido da sacralidade do terreno, mas atuam diariamente como espaços de resistência da cultura negra mesmo que invisibilizadas. A política se afasta dessas comunidades seguindo o modelo indiretamente imposto pelo Brasil Colonialista que perdura até hoje, aludindo ao segregacionismo que aparta negros dos brancos ricos nos centros das cidades.

Nossas conversas explicitam isso chamando atenção para a falta de políticas públicas efetivas na vivência dessas comunidades, como vemos nos relatos abaixo:

- *“O terreiro de candomblé, ele é um espaço de convivência, né? E de perpetuação de uma tradição milenar. Só que o governo em si, ele sempre nega essa questão (...),*

⁸ <https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/rel-tec-mapeamento-terreiros-df-1a-etapa-2018.pdf>

eles não têm muito apego a essa tradição. É igual eu falo, terreiro, ele é sempre lembrado em época de eleição, aí o os políticos chegam, fazem falas, defendendo que que tem que aquilo é cultural, que aquilo é tudo mais. Mas fora desse período, é sempre um local esquecido, entendeu? (...). É sempre meio difícil você buscar a qualquer órgão público, qualquer ajuda que venha a gente a necessitar, entendeu?” (Entrevistado 4).

- *“As políticas públicas direcionada para as casas de candomblé não existem. E as poucas que existem não são executadas. E não, a gente não tem essa assistência nenhuma.”* (Entrevistada 7).

- *“A gente luta muito, né? Agora, assistência nenhuma, né? Não tem uma política pública voltada para o povo de matriz africana. Então entra governo, sai governo, essa representação com o nosso povo fica sempre nas promessas, né?”* (Entrevistada 11).

- *“Eu sinto meio que um limbo, né? Eu não posso dizer assim que a gente não tem nenhuma assistência, mas a gente também não tem nem onde procurar, né? Assim, a gente sabe que tem a federação que eles fazem algumas ações e tudo, mas é muito tudo muito distante da gente, sabe? A gente sabe que tem, mas bem distante da nossa realidade.”* (Entrevistada 12).

- *“Nós temos, nós somos assistidos pela federação, né? É... qualquer questão que você tenha relacionada ao Ilê Axé. Ou então alguns preconceitos relacionados a religião, cor, raça, é, você consegue ter esse acesso junto a federação de umbanda e candomblé, tanto do DF, quanto do entorno, né?”* (Entrevistado 2).

Os Entrevistados 2 e 12 citaram a Federação de Umbanda e Candomblé de Brasília e Entorno como meio de assistência junto à comunidade do Ilê Axé. A Federação é uma Organização Não Governamental localizada em Brasília e fundada em 1977; suas atividades procuram prestar auxílio a essas comunidades a fim de garantir a preservação cultural e histórica. No entanto, o conhecimento a respeito dessa federação é quase nulo, e, segundo uma fala rápida do Entrevistado 2, se não houver conhecimento não há procura, e se não há procura, não há a prestação desse auxílio.

É imprescindível que esse sentimento de invisibilidade seja compreendido e credibilizado para que o direito à cidadania dessas comunidades seja garantido de forma plena, e para o planejamento de novas políticas que sejam efetivas na vida social dessas pessoas.

6.1.2. A não-laicidade do Estado quando se trata de Candomblé.

Da ausência do Estado parte-se para o racismo religioso. Essa ideia esteve tão presente na fala de nossos entrevistados quanto a ideia da distância do Estado. Nessa discussão, falar de intolerância religiosa não é suficiente para descrever a violência vivida diariamente pelas pessoas “do santo”. Para discutir essa problemática, todo o ódio e a hostilidade enfrentados pelas religiões de matrizes africanas – tais quais xingamentos, constrangimentos, perseguições, depredação do patrimônio, entre tantas outras – fazemos uso do termo “racismo religioso” frente à insuficiência destacada por Nascimento (2016; 2017) do termo em tratar da violência sofrida por um segmento religioso formado a partir de elementos africanos e indígenas e constituída por pessoas pretas e pardas.

A Constituição de 1988 garante a laicidade do Estado, mas na prática percebe-se uma certa inclinação a seguridade das religiões cristãs – arrisco-me a dizer, ainda, as religiões protestantes neopentecostais – em detrimento às religiões de matrizes africanas, de acordo com as colocações abaixo:

- *“As portas são muitas cerradas, não é? Para nós, de comunidades tradicionais (...). Existe ainda um preconceito muito grande, uma falta de conhecimento e de reconhecimento de nossos valores enquanto religião de informação desse país, né? Porque a cultura negra está inserida em tudo que realmente relacionado a cultura, né? A culinária, música, dança, né comida? Então a religião ela é muito pouco conhecida e valorizada.”* (Entrevistado 13).

- *“A nossa religião é uma religião escorraçada, né? A gente está sempre sendo massacrado pela grande sociedade. (...). A gente não tem uma Terra. Né? A gente chega na Terra, chega na Terra 50 anos, 40 anos atrás, a cidade vem para cima, te ‘arrodeia’, depois o governo vem pedir aquela Terra, aquela área porque a área é pública e ele quer área de volta, e aí? Mas regulariza os as igreja evangélica tudo.”* (Entrevistada 5).

- *“Oyá ‘tava’ em terra e aí começou, a gente achava que era chuva, mas não era, era caco de vidro, era caco de garrafa, era pau, era pedra em cima do barracão. (...) Nós chegamos aonde eu moro hoje, minha casa foi uma das primeiras né, que chegou aqui nesse condomínio no condomínio de chácaras em Sobradinho 2, e aí não tinha ninguém, então era muito, muito leve, né. E aí foi habitando, as pessoas vieram,*

vieram, vieram e as últimas que vieram elas tinham uma intolerância muito grande, principalmente à noite porque o som do funk, não perturba o vizinho, mas o som do atabaque perturba, né?” (Entrevistada 3).

Quando a violência vivida por essas pessoas passa a ser institucional, o racismo religioso toma uma forma ainda maior e se cruza com o racismo institucional. Esse quadro isola e estigmatiza esses povos em reflexo do crescimento exponencial do protestantismo neopentecostal no Brasil, em especial no Distrito Federal, e da presença em massa de adeptos a esse segmento em espaços de poder dentro do aparato do Estado durante anos, travando uma guerra contra a afro religiosidade e seus direitos básicos e sociais como saúde, moradia, cidadania e expressão religiosa. Nas falas trazidas, percebe-se a não-laicidade do Estado quando se trata de candomblé, Miranda (2020) salienta:

O agravamento desses conflitos ao longo dos anos revela como o Estado brasileiro trata, de forma assimétrica, o reconhecimento de direitos em relação aos grupos cristãos, que costumam ser beneficiados com diversos privilégios legais no Brasil, que não se aplicam, na prática, aos grupos minoritários, no caso, os pertencentes a religiões de matriz africana. Sem falar que em muitas situações o Estado é o agente que provoca a discriminação. (MIRANDA, 2020)

A relação dessas comunidades com delegacias e com agentes de segurança tem um histórico longo de violência, onde as delegacias que atendiam o povo de santo eram normais, sem nenhum tipo de especialização. Ao passo que liberavam autorizações para o acontecimento de eventos nas casas de santo, a repressão também partia de dentro desses locais, que deveriam ser sinônimo de segurança e apoio contra a violência sofrida por essas comunidades.

No Distrito Federal existe desde 2016 a Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou Orientação Sexual, ou contra a Pessoa Idosa ou com Deficiência⁹, e com relação a isso existe um dilema muito grande: as pessoas de santo não procuram esse lugar como forma de combater o racismo

⁹ <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2016-01/brasil-cria-delegacia-de-repressao-aos-crimes-de-discriminacao>

religioso porque sentem medo da represália, ou porque simplesmente deixaram de acreditar na efetividade de ações governamentais que cheguem e as atendam dentro de suas especificidades e necessidades?

6.1.3. O abandono governamental durante a pandemia de Covid-19

Em 2020, a chegada do novo coronavírus trazendo consigo a Covid-19 obrigou todos os templos religiosos a fecharem as portas para evitar aglomerações, e nos terreiros isso não poderia ser diferente. Foi possível perceber através da fala dos colaboradores o resquício do medo que o abandono do Estado agravou ainda mais a situação para as roças. Vejamos abaixo:

- *“Na pandemia, foram 8 meses fechado, né? Foram 8 meses que durou fechado, tudo fechado, e nesses 8 meses o governo, por exemplo, de Brasília, eu busquei cesta básica na LBV. Assistência social mesmo do governo, não deu essa cesta básica para a gente. (...) Isso aconteceu uma vez só. Quem vai ficar 8 meses com uma cesta básica que nela tinha um pacote de cinco quilos de arroz, dois quilos de feijão, meio quilo de pó de café, um pacote de dois quilos de açúcar, para uma família com três, quatro crianças?”* (Entrevistada 5)

- *“Os candomblés de Brasília ficaram totalmente sobrecarregados porque muitos dos filhos de santo que perderam seus aluguéis, suas casas, né, suas moradias, perderam seus empregos, por falta de grana, de dinheiro, eles foram para dentro desses candomblés.”* (Entrevistada 7)

- *“Eu falo por parte, governo, né, da gente não ter tido nenhum apoio para o nosso povo. Que toda casa de santo, a gente recebe muita pessoa. Mas assim, o governo nunca bateu na nossa porta para dizer, ‘você precisam de máscara para a comunidade?’ né? (...). ‘Tem alguém sem vacina?’, ‘Alguém com dificuldade de fazer cartão, alguma coisa?’ (...). Só acho que o nosso povo é sempre deixado para depois ou nunca visto”* (Entrevistada 11)

Em uma situação em que as áreas marginalizadas já não são plenamente assistidas dentro da normalidade, a precariedade aumenta quando a calamidade pública é decretada. Nessa discussão há uma problemática dupla de iniquidades do Estado: dentro de um regime regulado pela divisão das classes, a classe vulnerável é a menos assistida, e dentro de um sistema religiosamente racista, as comunidades de matrizes africanas são abandonadas.

Parte da renda dos terreiros cujas comunidades foram entrevistadas depende de doações informais por parte de clientes e amigos do babalorixá ou ialorixá e de mensalidade paga pelos filhos da casa que têm condições. Durante a pandemia, com a crise econômica batendo a porta de milhares de pessoas, essas doações deixaram de chegar. Desassistidos pelo governo e sem renda entrando, essas pessoas tiveram que se arriscar a dar um jeito de continuar arcando com as despesas das roças:

- *“A minha mãe trabalha com a marmita dela, ela vende marmita e aí foi para o delivery, né? Foi para, enfim, e foram fazendo e fazendo, é, online as coisas online. Foi o que, foi o que deu um suspiro assim.”* (Entrevistada 7).

Para amenizar os impactos da crise econômica, o governo federal implantou o Auxílio Emergencial, programa criado a fim de garantir uma renda mínima à população brasileira em situação de vulnerabilidade durante a pandemia. O valor do auxílio era de R\$600,000 mensais a trabalhadores informais, microempreendedores individuais, contribuintes individuais da previdência social e desempregados, mediante cadastro via aplicativo em parceria com a Caixa Econômica Federal ou cadastramento presencial no Centro de Referência em Assistência Social do município. Viana (2020) já apontava o caráter excludente da medida:

Sabe-se que na situação sensível que o país se encontra hoje, mostra-se inviável solicitar que as pessoas se desloquem aos Centros RAS para solicitar o cadastro. No entanto, a saída dada pelo governo não irá atingir grande parte da camada da população que precisa do auxílio, que não possuem acesso à internet ou têm dificuldades de acessar o aplicativo (VIANA 2020)

Esse cenário, apesar de necessário, acabou por ser ineficaz tanto quando analisamos os custos que uma moradia que abriga mais pessoas do que o considerado “comum” pelos defensores da “família tradicional brasileira”, de acordo com a fala da Entrevistada 5 logo acima, como quando olhamos pela ótica da inacessibilidade digital:

- *“Eu tenho meu celular que eu nem sei mexer.”* (Entrevistada 6)

- *“Os adeptos da nossa casa, eles não têm tanta familiaridade com esse tipo de ferramenta, né.”* (Entrevistado 10.2)

Durante a pandemia de Covid-19, populações que já eram excluídas e marginalizadas entraram em um poço de invisibilidade em praticamente todas as camadas da sociedade. Desassistidos pelo Estado, a lembrança do total abandono

marca a dor do sentimento de que apesar das portas das casas de candomblé estarem sempre abertas a quem chega, nem sempre as portas estão abertas para eles.

6.2. Terreiros como espaços promotores de saúde

Nessa segunda grande categoria do estudo, abordaremos as ideias trazidas pelos nossos entrevistados a respeito da sua visão de saúde dentro dos terreiros e como que a holística do cuidado atua na prevenção e promoção da saúde. A procura de cuidados de saúde por pessoas externas aos terreiros é frequente, e seus adeptos enxergam o espaço como um importante suporte na saúde física e mental.

6.2.1. Além da religião: ações sociais e de saúde prestadas pelos terreiros

Muito presente nas escutas estavam relatos a respeito das ações e serviços que os terreiros prestam para a população externa da casa e a quem mais venha procurar auxílio. Essas ações aproximam a população dos terreiros e contribuem com o enfretamento do racismo religioso discutido acima, vejamos:

- *“A gente que acolhe as pessoas e a gente que arrecada cestas básicas, roupas, é... Como é que fala? Remédios, né? Até mesmo pro cidadão existir nessa comunidade, porque a favelada muitos deles nem tem registro social, né? Não tem identidade, não tem documento nenhum. Então o candomblé se dispõe a fazer isso.”* (Entrevistada 7)

- *“A gente tem algumas ações em que a gente é tenta ajudar a comunidade ao redor, né? A gente fica localizada em Planaltina, na área rural, e ali a gente tem pessoas carentes, então a gente tinha pelo menos uma vez ao ano a gente tenta, né? É fazer doação de cesta básica.”* (Entrevistada 12)

- *“A casa ela fazia quinzenalmente ações sociais com a comunidade em volta, era oferecido, refeições e houveram é situações em que era distribuído kit de higiene, que é, enfim, kit para higiene bucal a algumas ações, de membros que tinham e ainda tem acesso ao Ministério da Saúde e a saúde diretamente que levava alguns kits, como de camisinha, e já houve, se eu não me engano, uma palestra para essas, para a comunidade é alertando e tentando prevenir, através da fala, algumas doenças, e etc.”* (Entrevistada 8)

- *“Nosso Babalorixá, ele costuma promover festas, ajudar pessoas com cestas básicas, é... mas não fica só nessa questão social também. Tem também a festa das crianças, que é um momento assim, que é o ápice da abertura das nossas portas para a comunidade, né? Onde as crianças vão pelos doces, pelas brincadeiras, mas também pelo acolhimento que esse alimento proporciona para as pessoas, né?”* (Entrevistado 2)

- *“O terreiro acolhe essa comunidade ao redor (...) como uma comunidade como um todo, que acaba dando uma ajuda à medida que pode ser dado.”* (Entrevistado 4)

- *“Outros vem “ai o senhor me leva no hospital para ganhar neném?”, outros vem “me ajude, me leva no hospital para eu consultar” e com isso a minha vida aqui dentro do axé é dando assistência à comunidade que envolve em volta de mim.”* (Entrevistado 9)

O acolhimento à comunidade que envolve os terreiros promove um cuidado que procura melhorar a qualidade de vida dessa população, mesmo que em baixa escala, e refletem na melhoria da saúde dessas pessoas, uma vez que esses recursos amenizam a desigualdade social existente no cotidiano dessa coletividade (GERHARDT, 2003). As casas de candomblé também são referências em cuidados com a saúde nessas comunidades que buscam esses locais atrás das práticas de cuidado que são realizadas por essas pessoas através de ebós (rituais de limpeza) e fazendo uso das folhas na manipulação de chás e banhos para esse cuidado:

- *“Tem uma entrevista do Zeca Pagodinho, né? Que ele fala que médico de pobre é Pai de Santo. (...). Então, muitas vezes se torna uma primeira ajuda das pessoas ou, em alguns casos, é uma última ajuda quando não consegue nenhuma ajuda em um hospital do governo, é precisa de um... Não tem um remédio, não tem médico, não tem nada. A pessoa volta para casa e acaba indo lá buscando alguma saída, entendeu?”* (Entrevistado 4)

- *“Digamos que 80% das pessoas que procuram uma casa de axé, elas procuram para curar algum mal, é, físico, né?”* (Entrevistado 2)

- *“Então a gente funciona de hospital, “estou passando mal”, um banho de ervas, um remédio natural, né? Um aconselhamento.”* (Entrevistada 12)

É importante salientar que todos os colaboradores ressaltaram que não são médicos e jamais pretendem passar por cima da medicina científica ocidental,

inclusive sempre procuram saber como anda o acompanhamento médico dessas pessoas e chegam a encaminhá-las para um serviço de saúde depois do ebó. Essas comunidades acreditam no poder do seu encontro com o Sistema Único de Saúde para cuidar integralmente das pessoas que os procuram, estreitando o diálogo entre os saberes tradicionais e os saberes médico-científicos a fim de caminharem juntos no cuidar da saúde.

6.2.2. A liturgia do cuidado – rituais de assistência à saúde física e mental

As comunidades de terreiro se mostram importantes pontos de apoio à saúde de seus adeptos e de quem as procura, como vimos no tópico anterior. Elas trazem resposta a dores e problemas que nem sempre aparecem e conseguem ser tratadas com um medicamento ou uma ida ao hospital. Mas como esses cuidados e essas repostas podem ser prestadas a essas pessoas? Nossos entrevistados respondem:

- *“Através de um jogo de búzios, né? Que o meu pai faz, que é que é um oráculo, que é usado no candomblé e ele no jogo sai a determinação de um banho, de um chá ou até mesmo desse ritual do ebó¹⁰, dessa limpeza usando é algumas coisas, entendeu?”* (Entrevistado 4)

- *“Agora, quando parte para o lado espiritual, muitas das vezes, meu amor, a doença maior está aqui, ó (aponta para a cabeça), ou se não, ela está aqui (aponta para o coração), você tá me entendendo? (...), nós cuidamos do espiritual, e do físico não. Do físico, eu não fiz medicina. (...) E aí a gente parte para as folhas, né? A mãe tem uma sabedoria imensa com relação a folhas, com relação a ervas (...).”* (Entrevistada 3)

- *“Todo dia bate atrás de ajuda que está com a saúde mental desastrada, né? (...) É doença, principalmente, né que a doença que o médico não consegue ver e aí o terreiro a gente vê e a doença, ela é espiritual.”* (Entrevistada 5)

Nas religiões de matrizes africanas, acredita-se muito na tríade da saúde mental, espiritual e física, onde a saúde e a mental trabalham juntas para manter a saúde física, conforme apontado no item 4.3 deste trabalho. Dessa forma, torna-se fundamental cuidar do *orí* (da cabeça), pois

¹⁰ Segundo o dicionário Yoruba, “feitiço para a limpeza do corpo espiritual, livramento de eguns e abertura de caminhos.”

A cabeça do ser humano é a sede dos sentidos, da inteligência, da memória, do consciente e do inconsciente. É a cabeça que nos move e nos governa. (DE JAGUN, 2022)

Fortalecer a cabeça é fortalecer o corpo, por isso em nossas entrevistas esteve tão presente as concepções de saúde mental a importância de cuidar dessa saúde:

- *“A saúde mental, ela, ela traz a saúde física, né? A saúde física depende da saúde mental, então no candomblé, se cuida da cabeça, da mente, do orí (...). Nós cuidamos através, né do borí¹¹, que é uma cerimônia que alimenta a cabeça para que a gente tenha a força necessária, né?”* (Entrevistado 13)

Silveira (2015), salienta o relacionamento entre o ebó, o borí e o uso do remédio prescrito por especialistas, as práticas conduzidas nos terreiros agem na potencialização do efeito do medicamento receitado, seja este o caso. Nenhum sacerdote jamais irá dizer para o consulente ou o próprio filho da casa abandonar o tratamento da prática médica moderna. A procura dessas práticas não exclui a importância dos recursos da medicina científica.

Percebe-se a natureza como uma base fortíssima no cuidado à saúde dentro dos terreiros, a prática do uso das folhas nos cuidados à saúde foi a mais presente em todos os relatos que obtivemos. Isso se dá, majoritariamente, devido ao culto a Ossaim, orixá das folhas e da saúde, detentor do conhecimento a respeito do poder curativo das folhas medicinais e litúrgicas (BOTELHO, 2011).

Com fé no poder deste Orixá, as comunidades de terreiro prestam o cuidado à saúde evocando o poder das folhas, as falas dos nossos entrevistados contam muito isso, vejamos:

- *“A saúde do terreiro vem através das folhas, das raízes, do talo, das plantas. (...) Quando a dor é espiritual, então nós temos também os nossos ebós, os nossos banhos, os nossos axézinhas preparados, que são os sabões, pilados e feitos através de raiz, de folha, de caule, de Terra, né?”* (Entrevistada 6).

- *“A medicina tradicional, ela tem aquela questão muito voltada para a questão das folhas, e esse é um elemento principal da nossa religião, sem folha não há candomblé,*

¹¹ Segundo o dicionário yorubá, “oferenda à cabeça. Ritual que, juntamente com a lavagem-de-contas, abre o ciclo iniciático. Fora deste ciclo, o rito pode ser terapêutico. Em ambos os casos, consistem em ‘dar de comer e beber a cabeça’.”

né? Então, a gente conhece a fundo o poder das folhas, o alcance delas, e também através do orixá regente disso a gente acredita na cura através dessas folhas, nem sempre somente por elas, mas não descartando a imensa importância que isso tem o nosso culto.” (Entrevistada 8).

- *“O conhecimento das folhas enquanto elemento principal nessa questão de tratar, né, certas mazelas, certas necessidades físicas, tá é, existe no candomblé um orixá chamado Ossaim, que é justamente quem contém, né, o poder (...) que aquela folha tem e trazer aquilo pra fazer um banho que vai com certeza né, trazer mais saúde é abrandar, né? Acalmar é resolver certas necessidades inclusive relacionadas à saúde.”* (Entrevistado 13).

- *“O Babalossaim ele (...) também é responsável por folhas e por dar este auxílio emergencial no que diz respeito à saúde, né? Muitas pessoas procuram a casa por problemas de pressão, então tem uma folha que é responsável para auxiliar nesse controle da pressão, dores de cabeça, dores no estômago, enfim, as mais diversas mazelas relacionadas ao físico, elas podem ser curadas, é... Não digo curadas, né? Que tem que também ter a questão do paralelo com a saúde médica, né? Mas que podem ser amenizadas com os recursos que nós temos dentro de uma casa de candomblé.”* (Entrevistado 2).

Há um ditado iorubá que diz *“Kosi ewé, kosi orisá”*, que significa “sem folha, não há Orixá. Isso significa que “sem folha não tem vida, sem folha não tem sombra, sem folha não tem Orixá. Sem natureza não tem continuidade da vida, e não tem horizonte possível.” (BADIM, 2022).

Não é de hoje que a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas ao processo de cuidado à saúde como fator de apoio ao enfrentamento de doenças e agravos à saúde. A fala de nossos entrevistados reconhece essa ideia, como podemos ver:

- *“(...) a fé, a religião, ela tem tanto artifícios para te auxiliar e para tornar isso mais possível, ou então, se não possível, menos doloroso, como ela pode só te servir de uma terceira perna, não é? (...), um apoio invisível para que a pessoa de repente é mesmo nesse processo, seja de adocimento ou seja, de cura, ela tenha um apoio mesmo, um pensamento positivo, enfim, um fortalecimento espiritual (...).”* (Entrevistada 8)

Estudos apontam que a fé desenvolve um papel único de apoio e confronto a situações (CARVALHO, 2021), especificamente falando de situações de saúde, a religiosidade e a espiritualidade promovem o cuidado à saúde mental frente ao processo doloroso de adoecimento e enfrentamento dessa doença.

6.2.3. A fé como pilar de sustentação no enfrentamento da pandemia de Covid-19

A chegada da Covid-19 gerou medo. A rotina dos terreiros foi afetada para que a saúde da comunidade fosse preservada, mas nas escutas é possível perceber o quão difícil e doloroso foi o processo de distanciamento nesse período:

- *“É o primeiro impacto ele foi realmente muito duro porque teve que fechar as portas, não tinha como encher. A gente fez diferente, né? Dos evangélicos, por exemplo, que queria aberto, queria as portas abertas, queria as igrejas cheias de gente e aí a gente entendeu que não podia mesmo, porque nós temos um orixá chamado Omolu e que pediu esse silêncio. O nosso orixá pediu que fizesse silêncio.”* (Entrevistada 5)

- *“O primeiro impacto e o que mais nos fez sofrer foi a distância. Ter que se distanciar dos filhos que não viviam dentro da comunidade.”* (Entrevistada 6)

- *“Assim, com notícia da pandemia já foi meio assustador, né da gente ter que fechar o ilê ou reduzir, né, essas pessoas até a gente procurar as medidas de nos proteger, né? Mas primeiro foi o susto, né?”* (Entrevistada 11)

- *“Ai, muita tristeza, muita tristeza mesmo”* (Entrevistado 9)

Percebeu-se o psicológico afetado da maioria dos entrevistados devido ao afastamento obrigatório de suas famílias de santo e dos seus orixás. A ideia de que as pessoas, mesmo se resguardando para preservar a saúde física da Covid-19, ainda assim enfrentaram um processo de adoecimento mental em massa também foi trazida para a conversa, como vemos abaixo:

- *“E essa distância com o nosso sagrado, com os nossos assentamentos, com a nossa representatividade afetou bastante, né? Você não podia ir ao axé ou quando ia, não tinha a presença das outras pessoas. Então isso mexeu bastante com o psicológico, né?”* (Entrevistado 2)

- (...) e a pandemia está aí e trouxe essa, né, a maioria das pessoas desenvolveu essas doenças psicossomáticas, (...) porque foi um momento pandêmico que as

“pessoas tiveram que voltar para dentro de casa (...) e isso mexeu com muita gente.”
(Entrevistada 7)

A pandemia impactou diretamente na saúde mental da população. Estudos indicam a incidência de doenças psicossomáticas durante o isolamento social (DIAS, et al., 2021). A depressão e a ansiedade estão no topo das estatísticas de agravo durante os tempos de pandemia, causado pelo pânico generalizado e pelo medo constante de contrair a doença, visto que o contágio da doença é extremamente fácil (MIRANDA, et al., 2020).

Nesse sentido, os terreiros tiveram que adaptar suas práticas de cuidado para seguir as orientações das autoridades de saúde e, ainda assim, não desassistir nenhum de seus filhos e adeptos, como vemos nas falas a seguir:

- *“(...) então a gente fez o atendimento via telefone, né? Fiz muitos atendimentos por telefone, fiz muitos atendimentos por vídeo, vídeo chamada, né? (...)Muita gente pegou a doença, foi para o hospital, mas a gente fazia nossas firmezas no terreiro, né? Nos pés do nosso orixá, que foi atendido.”* (Entrevistada 5)

- *“(...) e eu adotei uma rotina de todos os dias, ir na porteira de minha casa, do meu Ilê, e rezar. Fazer um vídeozinho e em áudio, né? É eu gravava os áudios e dizia, né, o que eu pedia a Exú, né? “Koba Laroyê Esu Mojubá¹² nos dê a saúde, nos aproxime, tira essa doença do meio do nosso povo, não distancie, quem está lá fora, proteja, e quem está aqui dentro esteja protegido (...)”* (Entrevistada 6)

- *“(...) aí eu adotei a forma de preparar os ebós no sabão. O sabão da Costa (...) então ali eu identificava, traçava a energia de cada um que nós tirávamos ali, o odu que prevalece na vida do filho e essa sabedoria, esse saber, (...) então a gente transformou no sabão, né? O ebó do dia a dia.”* (Entrevistada 6)

- *“(...) Atendi, mas através de telefone ou sempre, estava indicando alguma coisa, mas você passa uma folha, um banho, chá, alguma coisa para se tomar, está entendendo? Sempre colaborando pelo lado espiritual das pessoas.”* (Entrevistado 9)

Apesar da presença de práticas de cuidado à distância, através da emanção de boas energias e rezas para aqueles que necessitavam, foi interessante escutar sobre as experiências de duas entrevistadas sobre avisos que suas entidades e guias espirituais deram a respeito da chegada da pandemia:

¹² Saudação ao Orixá Esu (ou Exu).

- *“Olha, antes de estourar a pandemia, pelo menos, o caboclo da casa já havia nos avisado que nós teremos tempos difíceis, muito difíceis. (...) a gente não sabia do que se tratava, mas sabia que seria uma coisa com uma proporção muito grande (...)”* (Entrevistada 3)

- *“(...) nós tivemos, antes da pandemia, a nossa preta velha, Vovó Maria Conga ensinou para todos nós um remédio, um chá, que nós deveríamos tomar. (...) Aí ela disse “a partir de hoje, todos vocês, de noite antes de dormir, vão tomar esse chá, não pergunte para quê, mas vai chegar o tempo que vocês vão entender. Mas a partir de hoje, plante Capim Santo, plante erva cidreira, limão e laranja, casca de laranja, não se joga fora, ponha para secar”. E assim foi uma grande obediência. Nós preparávamos esse chá, colocávamos na porteira, os filhos levavam para casa, outros levavam os elementos para se preparar em casa. E assim eu cuidava dos filhos dentro e dos filhos que estavam fora da comunidade.”* (Entrevistada 6)

Além de se apegarem muito aos recados e cuidados que essas entidades passaram, as comunidades de terreiro se apegaram muito em dois Orixás específicos: Omolu e Ossaim, dois Orixás ligados à saúde. Ossaim é o responsável pelo poder das folhas que trazem os medicamentos naturais e Omolu é o Orixá ligado às doenças, responsável por levar a peste embora, para debaixo da terra.

- *“O candomblé ele não negou a ciência, pelo contrário, a gente apostou na ciência através da nossa fé. Igual eu falei, todo mundo começou a se apegar a Ossaim, a Omolu, pedindo que Ossaim e Omolu ajudar os cientistas a desenvolver uma cura para que curasse a gente, entendeu? Que não deixasse a gente morrer, que não deixasse a gente pegar esse vírus e que os irmãos que pegaram, que intercedesse e que curassem essas pessoas para que elas não viessem a falecer, né?”* (Entrevistado 4).

A interpretação de “fé” no contexto desse trabalho se relaciona aos conhecimentos que são adquiridos e passados dentro dos terreiros. Conhecimentos esses a respeito de fundamentos e ritualísticas baseados na sabedoria ancestral difundida com o passar dos séculos. Não se trata de uma fé “cega”. Nesse contexto, “fé” se relaciona muito mais à emissão de energias positivas nos rituais e nas práticas e à crença nos saberes tradicionais do que em algo que não se explica.

O apego aos Orixás e guias espirituais permitiu que os povos de terreiro conseguissem, com muito esforço em um processo dolorido, passar pelo período da

pandemia, mesmo sem poder estar com os pés na terra e com a cabeça aos pés de Orixá, o povo de santo enfrentou o horror e o medo alimentando seu orí, alimentando seu corpo, evocando o poder das folhas para banhos e chás e, mesmo distantes, prezando pela saúde de seus irmãos, irmãs, pais e mães de santo em uma rede de cuidado estabelecidos pela fé nos conhecimentos tradicionais trazidos há tanto pelos ancestrais e permeados através de seu culto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluo esse trabalho com a provocação que uma das colaboradoras da pesquisa me fez enquanto acadêmica: como trazer as religiões de matrizes africanas para dentro da política, para dentro do SUS, para dentro da Universidade? Eu gostaria de dizer que a resposta é simples, mas não é.

É necessário que a Universidade entre nos terreiros livres das amarras acadêmicas, livre de concepções eurocêntricas de saber, e pratiquem a escuta acolhedora. Para que possamos trazer os terreiros para a Universidade, a Universidade precisa estar acessível a esses povos. É imprescindível que a nova gestão do Governo Federal continue trazendo visibilidade para esses povos, mas não é suficiente; esses povos também precisam ser enxergados pelos governos estaduais, municipais, prefeituras, administradores, gestores, porque é ali naquele recorte geográfico que os terreiros e as pessoas estão inseridos.

O controle social é uma diretriz do Sistema Único de Saúde, responsável por democratizar a saúde através da participação da sociedade. No entanto, para além da participação e controle social por parte da comunidade de terreiro, é preciso deixar essas pessoas entrarem e falarem. As práticas com folhas e ervas medicinais existem e devem ser integralizadas às práticas integrativas de saúde no SUS, que em nada querem tomar o posto das práticas científicas, mas vêm para agregar no cuidado e garantir o direito integral e universal à saúde.

A chegada da Covid-19 e sua imposição de que todos voltassem para dentro de casa e desacelerassem nos fez enxergar muita coisa por outros ângulos; a fragilidade do ser humano e de suas relações, a importância da vida em comunidade, o cuidar do próximo, a valorização da cultura e do meio ambiente. As comunidades de matrizes africanas nos revelam inúmeras formas de pensarmos os paradigmas em que estamos inseridos. Precisamos voltar o olhar ao saber tradicional de cuidar da

saúde do ser humano de forma integral, e quebrar a concepção ocidental branca de que o desenvolvimento econômico é mais importante e deve ser priorizado acima de qualquer coisa. Afinal, saúde não é apenas a ausência de doenças, e a integralidade não pode ser trabalhada sem considerar, em todas as suas vertentes, as diferentes realidades culturais, étnicas, raciais e religiosas que envolvem a população brasileira.

Nesse sentido, fica evidente a necessidade da produção de mais estudos sobre atenção à saúde a povos de terreiro e terreiros como espaços promotores de saúde. A graduação em Saúde Coletiva forma profissionais capacitados multidisciplinarmente e interdisciplinarmente para, entre outras atividades, lidar com populações de difícil acesso e levar a política a essas pessoas. O caminho a seguir é longo e há muito a ser enfrentado, mas o profissional sanitário é quem pode conduzir esse diálogo e contribuir para o reconhecimento de terreiros como espaços de cuidado à saúde através de seu olhar e abordagem estratégica garantindo a participação desses povos no planejamento, implementação, avaliação e gestão do cuidado frente a esses espaços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Carlos; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, 2002.

ARAÚJO, Thales Felipe. **Axé Oxum Nidé: A perpetuação do Candomblé Ketu no Planalto Central**. [s.l: s.n.]

BADIM, Sílvia. DIREITO À SAÚDE E DIÁLOGOS INTERCULTURAIS: ESTADO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE A PARTIR DA ESCUTA DAS COMUNIDADES TRADICIONAIS DE MATRIZES AFRICANAS NO DISTRITO FEDERAL E NO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Novos Olhares Sociais**, v. 5, n. 2, p. 229-246, 2022.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1).

BENITE, Anna MC et al. Dai-me agô (licença) para falar de saberes tradicionais de matriz africana no ensino de química. **Química Nova**, v. 42, n. 5, p. 570-579, 2019.

BOTELHO, Pedro Freire. Ewé awo: o segredo das folhas no candomblé da Bahia. **Educação, Gestão e Sociedade: revista da Faculdade Eça de Queiros**, 2011, v. 1.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgação em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

BRASIL. Decreto, de 13 março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>>

BRASIL. Decreto, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 fev. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>

BRASIL. Decreto, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 jun, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. As armadilhas da " concepção positiva de saúde". **PHYSIS: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 63-76, 2007.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, Patrícia Paiva et al. Acolhimento da religiosidade/espiritualidade em intervenções psicológicas no hospital: Relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e520101321606-e520101321606, 2021.

CLEMENTE, Claudelir Correa; SILVA, José Carlos Gomes da. Dos quilombos à periferia: reflexões sobre territorialidades e sociabilidades negras urbanas na contemporaneidade. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**, v. 4, n. 1, p. 2237-0579, 2014.

DE CASTILHO, Carolina Nantes; CARDOSO, Paula Tatiana. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, n. 1, 2015.

DA SILVA, Alex Sander Lopes; DE CARVALHO, Maria Luiza Silveira; DE JESUS, Clícia Maria. Saberes tradicionais das comunidades de matriz africana e estudos etnodirigidos: potencialidades e desafios. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 93373-93383, 2021.

DE JAGUN, Márcio. **Orí: A Cabeça Como Divindade: História, Cultura, Filosofia e Religiosidade Africana**. Litteris, 2022.

DIAS, Isadora Correia et al. Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 30, p. e8218-e8218, 2021.

DOS SANTOS, Erisvaldo Pereira. COMUNIDADES RELIGIOSAS MATRIZES AFRICANAS E A PANDEMIA DO COVID-19 NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE. **Farol-Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, v. 8, n. 21, p. 43-65, 2021.

DOMINGOS, Luís Tomás. A complexidade da dimensão religiosa da medicina Africana tradicional. **Mneme-Revista de Humanidades**, v. 15, n. 34, p. 167-189, 2014.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, p. 381-389, 2005.

FERRETTI, Mundicarmo. **Religiões Afro-Brasileiras e Saúde: diversidade e semelhanças**. 2003.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. Sobre os candomblés como modo de vida: Imagens filosóficas entre Áfricas e Brasis. **Ensaio Filosóficos**, v. 13, p. 153-170, 2016.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. Olhares sobre os Candomblés na encruzilhada. **Revista Calundu**, v. 1, n. 1, p. 21-36, 2017.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 532-536, 2006.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A (re) humanização da medicina. **Psiquiatria na prática médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o "social" em questão. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1173-1182, 2014.

GERHARDT, Tatiana Engel. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 713-726, 2003.

GOMES, Sócrates Belém et al. Avaliação da influência da espiritualidade e religiosidade no processo saúde doença. **Saúde em foco**, v. 3, p. 115-128, 2018.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 88-94, 2007.

LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcante. **A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação**. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.234-240, jul.-dez, 2007

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1595-1601, 2005.

MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. Candomblé, corpos e poderes. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 43, 2013.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013.

MENDES, Dayana Senger et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem/Benefits of integrative and complementary practices in nursing care/Beneficios de las prácticas integrativas y complementarias en el cuidado de enfermería. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 1, p. 302-318, 2019.

MIRANDA, Ana Paula Mendes de. A “política dos terreiros” contra o racismo religioso e as políticas “cristofascistas”. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 17, 2020.

MIRANDA, Tainara Sales et al. Incidência dos casos de transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 17, p. e4873-e4873, 2020.

MOTA, Clarice Santos; TRAD, Leny Alves Bomfim. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 325-337, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PINHEIRO, Lisandra Barbosa Macedo. **Tradição oral e memória dos povos de religiões afro-brasileiras: possibilidades de pesquisa em história**. Cadernos do Tempo Presente, São Cristóvão-SE, v. 08 (4): 79- 92; 2017

PINTO, Anderson Nunes; FALCÃO, Eliane Brígida Moraes. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, p. 38-46, 2014.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 500-507, 2009.

PUTTINI, Rodolfo Franco. Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 87-106, 2008.

PUTTINI, Rodolfo Franco. Curandeirismo, curandeirices, práticas e saberes terapêuticos: reflexões sobre o poder médico no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, p. 32-49, 2011.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

RUELA, Ludmila de Oliveira et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4239-4250, 2019.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 92-99, 2010.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**, v. 31, p. 538-542, 1997.

SETZER, Valdemar W. Ciência, religião e espiritualidade. 2008.

SILVA, José Marmo da. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 171-177, 2007.

SILVEIRA, Hendrix Alessandro Anzorena. Tradições de matriz africana e saúde: o cuidar nos terreiros. **identidade!**, v. 19, n. 2, p. 75-88, 2015.

SOUZA, Marcos Teixeira de. Saúde da população negra. **Revista Angolana de Sociologia**, n. 12, p. 165-166, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, p. 286-290, 1996.

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 1007-1013, 2012.

RENAFRO SAÚDE. **Wordpress**, 2018. Quem somos? Disponível em: <
<https://renafrosaudecom.wordpress.com/sobre/>>

VIANA, Ana Cristina Aguiar. Aplicativo utilizado para cadastro do auxílio emergencial pode ser excludente. **Justificando**, abr, 2020.

APÊNDICES

Apêndice 1. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, novembro de 2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.