

ARTIGO

A BUSCA POR SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS EM TERREIROS DE CANDOMBLÉ NA
CIDADE DE BOA VISTA/RR

Resumo

O presente estudo faz uma reflexão sobre alguns dos principais conceitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, em perspectiva transdisciplinar, envolvendo o debate de religião, terapias de cura e itinerários terapêuticos, no âmbito das redes de relações sociais que se constroem em um terreiro de candomblé na Cidade de Boa Vista / RR. Identificamos assim diversas concepções sobre saúde e doença, diagnóstico e cuidado, contrastando os discursos e as práticas das pessoas que frequentam um terreiro de candomblé e as reflexões sobre os serviços oferecidos pelo sistema público de saúde e os dilemas e complexidades que enfrenta a biomedicina.

Palavras-Chave: Processo saúde-doença-cuidado; itinerários terapêuticos; Candomblé; Biomedicina.

Abstract

The present study reflects about some of the main concepts involved in the health-disease-care process, in a transdisciplinary perspective, involving the debate of religion, healing therapies and therapeutic itineraries, within the scope of social networks that are built in Candomblé's yard (terreiro de Candomblé) in the City of Boa Vista, Roraima. We thus identify diverse conceptions about health and disease, diagnosis and care, contrasting the discourses and the practices of the people that frequent a Candomblé's yard and the reflections about the services offered by the public health system and the dilemmas and complexities which biomedicine confronts.

Keywords: Health-Disease-Care Process. Therapeutic Itineraries. Candomblé. Biomedicine.

* Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PROCISA/ UFRR). E-mail: kristianefisioterapia@hotmail.com.br.

** Professor do PPGSOF – PROCISA / UFRR e do Curso Licenciatura Intercultural, Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena / UFRR; coordenador programa PET Intercultural/UFRR (2011-2016). E-mail: maxim.repetto@yahoo.com.br.

O conceito de saúde e o processo saúde-doença-cuidado¹

O presente texto reflete sobre o processo saúde-doença-cuidado, na perspectiva do estudo dos itinerários terapêuticos junto de pessoas que procuram atenção e cuidados à saúde em terreiros de candomblé na cidade de Boa Vista. É um processo, pois saúde ou doença não podem ser considerados de forma isolada, pois além da construção social destes conceitos, existe um contínuo desde o estado de saúde, passando pela doença até a procura de formas de cuidado para o reestabelecimento da saúde. O lugar e o tipo de moradia, a ocupação e o nível de renda, a qualidade e o acesso à educação, a qualidade da alimentação e o estilo de vida, também exercem influências no processo saúde-doença-cuidado (OLIVEIRA, 2003).

Outros fatores influenciam mais diretamente na atenção à doença, como restrições e/ou oportunidades de acesso aos serviços de saúde, a qualidade dessa atenção, as possíveis discriminações derivadas de uma certa classe social, a participação em diversas situações de gênero e orientação sexual, de raça/etnia, de faixa etária (geração), tanto desde a perspectiva de quem procura ajuda, como da perspectiva das 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. Nesta perspectiva a saúde passou, 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 isto se reflete no funcionamento da comunidade.

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. Já na Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), (1986), o termo saúde ganhou uma concepção mais ampliada, sendo resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso à serviços de saúde, resultado de formas de organização social de produção, às quais podem gerar profundas desigualdades no acesso ao cuidado dos diferentes níveis de saúde e das condições de vida.

¹ Apresentamos aqui algumas ideias desenvolvidas na dissertação de mestrado intitulada: Concepção de saúde-doença-cuidado relacionada às práticas do candomblé em Boa Vista, defendida por Kristiane Alves Araújo sob orientação do Prof. Maxim Repetto, no Programa de Pós- graduação em Ciências da Saúde (PROCISA / UFRR, 2013).

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, precisam ser revisados.

No Brasil, na última década, vem se incorporando progressivamente, na vida social e na legislação, a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado (Constituição de 1988). Entretanto, as políticas públicas e a ação concreta para o setor favorecem a ideia 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, desatendendo a necessidade de prevenção e cuidados prévios e contínuos. Neste contexto infelizmente o modelo médico hegemônico se impõe e se desvincula dos modelos populares de cura, muitas vezes discriminando-os e não os aceitando como formas válidas de cuidados e de conhecimentos.

No entanto podemos considerar outras formas de classificar e compreender a saúde e a doença. Neste sentido Langdon (1994), seguindo a classificação proposta por Kleinman (1978, 1980), 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 (biomedicina, acupuntura). 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), como os 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 e cujos conhecimentos relacionados à saúde, adquiridos socialmente, são acionados nos primeiros momentos de identificação da doença.

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.

A doença é parte de um sistema de representações e funciona com lógicas construídas historicamente, mediadas pelas ações e as crenças. Nos casos em exame, uma vez fracassada a intervenção médica ou medicamentosa, os doentes passaram a explicar a doença utilizando recursos exteriores ao saber médico. Prova disto é o fato de que, a despeito dos equipamentos, da medicação e das 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 VACONCELLOS, 2012).

Em Boa Vista os adeptos às religiões de origem africana ainda enfrentam o preconceito de ser uma religião de origem escrava e continuam invisibilizadas. Segundo o IBGE (2010), a população de Boa Vista é de 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. Embora através da ASSOCIACAO DE UMBANDA, AMERINDIOS E CULTOS AFRO-BRASILEIROS DE RORAIMA – ASUAER (fundada em 2012), podemos apreciar que os números podem ser bem maiores, uma vez que confirma um total de 110 terreiros no município de Boa Vista, embora estes sejam de diferentes origens, os que podem agregar diretamente mais de um milhão de pessoas, e indiretamente, muitos mais.

O processo e percurso em busca de cura é conhecido como itinerário terapêutico. E refere-se à procura e percurso por auxílio nos diferentes lugares ao alcance da pessoa. Assim percorre um caminho que vai sendo construído e alimentado por diferentes saberes, passa por vários setores, seja ele familiar ou profissional ou até mesmo outros tipos de medicina popular, para depois chegar ao terreiro de candomblé. Este foi o último lugar procurado por alguns de nossos entrevistados, no entanto muitas vezes mesmo conseguindo bons resultados precisavam voltar ao setor profissional para a confirmação da cura ou para realização de novos tratamentos, que somente se mostraram eficazes depois do procedimento espiritual.

Desse modo adota-se como definição de itinerários terapêuticos 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.

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, ou seja, das causas de uma doença, dificilmente podem ser isoladas das condições sociais em que se inscrevem, tanto ao nível da interpretação etiológica da doença quanto da resposta terapêutica. (LAPLANTINE, 2004).

Os modos ocidentais de diagnosticar e tratar os problemas psicossociais podem ser inadequados se não consideram os diversos aspectos sociais e culturais das pessoas envolvidas (HELMAN, 2009). Estas 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, e talvez esse seja o motivo da eficácia de um tratamento pela medicina popular ou não científica.

Pela cura realiza-se o reordenamento do desequilíbrio produzido pela doença para tornar o 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, uma interpretação, para traduzir em termos dizíveis uma metalinguagem indizível. É necessário 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, e dar sentido a uma 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, e a realidade torna-se angustiante e insuportável dada a 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 “estar doente”, procurando de acordo com a sua cultura formas possíveis para solucionar o que está causando o desequilíbrio, seja físico, mental ou espiritual.

Isso aponta que qualquer que seja a resposta terapêutica, a doença é um fator manifesto de 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 Levi-Strauss (1975) de *consensus* coletivo.

Segundo Menendez (2009), nas sociedades européias e americanas 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 tratamentos 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 do sistema de saúde oficial. Para tanto, discorre sobre o conceito de auto-atenção, 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”.

Contudo, a interpretação das doenças recorre a um contexto pluridimensional: natural, sobrenatural, psicossocial e sócio-econômico. 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.

Segundo Minayo (1988), no caso da medicina oficial e da visão de grande parte dos médicos, há uma perda da dimensão subjetiva da doença em contra partida 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 sócio-cultural, psicossocial, e espiritual que permeia qualquer doença (MINAYO, 1988, p. 10).

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 alo-

pática, 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, indígenas ou afrodescendentes.

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 eficaz para resolução dos problemas, acreditando eles, que a causa do infortúnio se restringe tão somente à parte biológica do nosso corpo.

Os Itinerários Terapêuticos em um terreiro de Candomblé

Para desenvolver este estudo, focamos a pesquisa em uma comunidade religiosa de Candomblé localizada na cidade de Boa Vista, terreiro *Ilé Axé Yeye Olomin Olá*, junto do pai de santo Josenir de Oxum, localizado no bairro Nova Cidade. Foram também realizadas visitas, entrevistas e participação em eventos em mais três terreiros² do município de Boa Vista.

Segundo Ferretti (1988), os adeptos das religiões afro-brasileiras classificavam a doença em duas grandes categorias. A doença física (como erisipela, congestão), tratada por médico (medicina oficial) e pela medicina alternativa, exercida por muitas pessoas com funções religiosas, como padres, pastores, pais e mães de santo; e a doença espiritual, tratada no terreiro, que pode se manifestar por desmaios, insônia, dor de cabeça, paralisias, perdas de voz ou de visão, nervosismo, loucura, violência, alcoolismo, vadiagem, etc.

Algumas das doenças que integram essa categoria são, às vezes, tratadas pela medicina, psicologia, psicanálise, como neurose, psicose, depressão ou são encaradas pela sociedade mais ampla como criminalidade. As doenças interpretadas como manifestação mediúnica (encosto, quebranto, mau-olhado, malefício ou feitiço) são tratadas nos terreiros por rezadeiras, benzedadeiras, pajés ou curadores, que, muitas vezes, são também pais-de-santo.

² Terreiros: *Abassá Dangola Tata Bokulê* (pai de santo Bokulê), no bairro São Vicente; *Ilé Axé Obá Agodó* (mãe de santo Sílvia) no bairro Caraná; *Iwo-lé Dá Ori Obé Ti-niti Olorum* (mãe de santo Luciana), no bairro Jóquei Clube.

Como as doenças nunca são consideradas exclusivamente físicas ou espirituais, os doentes que procuram os terreiros de religiões afro-brasileiras podem ser tratados ao mesmo tempo por clínicos e por especialistas religiosos. Por essa razão, também os pais-de-santo e curadores ou pajés fazem uso de orações, benzimentos, passes e de remédios caseiros e, não raramente, de medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica. Embora alguns pais-de-santo sejam formados em cursos da área biomédica ou trabalhem em instituições oficiais de saúde, a maioria tem grandes conhecimentos de medicina popular (fitoterápica, por exemplo) e percebem claramente a necessidade de articulação entre ambas formas de cuidado.

Apesar da existência de conflitos entre a medicina biomédica e a popular, nos terreiros as duas são geralmente encaradas como complementares. Não raramente os pais-de-santo, depois de cuidarem dos problemas espirituais e de receitarem ou prepararem algum remédio, encaminham os pacientes a médicos ou a postos de saúde. O caminho inverso, dificilmente acontece, mas de acordo com Ferretti (2003), embora com menor frequência, alguns médiuns informam que foram encaminhados a terreiros por médicos ou que foram apoiados por eles na sua decisão de procurar também tratamento espiritual para se libertarem de certas doenças e perturbações.

Os terreiros são instituições religiosas (casas de culto) e não instituições da área de saúde, embora os pais de santo e outros iniciados costumam atuar no campo da medicina popular ou alternativa, tal como ocorre com sacerdotes e pastores da igreja católica, de igrejas evangélicas e de outras, essa prática é comum, e ressalta a relação da medicina, saúde e religião.

Segundo Guimarães (2003), 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. Esses universais de matriz africana compõem categorias simbólicas que organizam o mundo, constroem e mantêm subjetividades.

Os terreiros, embora procurados para a cura de enfermidades muitas vezes tratadas por médicos, são considerados muito importantes na prevenção de doenças, uma vez que sabem como aumentar a proteção do “anjo de guarda” (protetor espiritual) das pessoas.

As terapias realizadas nos terreiros são muito variadas, pois, além dos problemas trazidos aos pais-de-santo serem muito diversos, as formas de diagnóstico e de

tratamento variam de uma tradição religiosa para outra. Muitos dos procedimentos terapêuticos utilizados nos terreiros envolvem não apenas uma ação física contra a doença, mas também ações no campo da espiritualidade, aumentando a autoconfiança da pessoa, ajudando no seu restabelecimento e possibilitando uma melhor resposta a tratamentos médicos.

A partir de nosso diálogo com os membros das casas de santo visitadas, compreendemos que o diagnóstico no candomblé é conduzido pelo *Babalorixá* ou sacerdote e se dá através do jogo de *búzios*, no qual um conjunto de 16 conchas marinhas são arremessadas sobre um tabuleiro ou mesa, sendo que dependendo da forma em que caem, abertos ou fechados, são interpretados como as respostas e orientações de *Orunmila*, o orixá da determinação, benfeitor dos homens e conselheiro. Ele estava presente na criação do mundo o que lhe permitiu ter conhecimento dos segredos do ser humano e da natureza, assim como ver de primeira mão o conhecimento acumulado pela humanidade. Dessa forma os *Oduns* falam por *Orunmilá* e manifestam o que deve ser realizado.

As interpretações dadas pelo *Babalorixá*, no candomblé, ou pelo *Babalaó*, no *Ifá* ou sistema divinatório regido por *Orunmilá*, são apresentados aos pacientes em forma de conselhos ou histórias. Cada paciente vai realizando perguntas e os *orixás* respondem, de forma que o paciente pode interpretar livremente os sinais que cada jogo apresenta e levar as conclusões para sua vida, interpretando segundo suas vivências e concepções. Dessa forma o diagnóstico e o tratamento são prescritos no jogo divinatório. É *Orunmilá* quem identifica o problema e a causa das mazelas e propõe o tratamento para a cura.

Posteriormente ao diagnóstico, as terapias realizadas nos terreiros são muito variadas, pois, além dos problemas trazidos aos pais-de-santo serem muito diversos, as formas de diagnóstico e de tratamento variam de uma tradição religiosa para outra e de terreiro para terreiro. É importante destacar que o mundo afro-brasileiro não é homogêneo, esta categoria genérica esconde uma diversidade de origens étnicas e geográficas na África, e por tanto, tradições diferentes no Brasil, embora mantenham aspectos comuns, registrados nos diferentes mitos dos *orixás*, os quais relatam problemas e formas de resolução dos mesmos em um tempo mítico, as quais servem de exemplo para vida atual na visão cíclica do mundo afroreligioso de origem *Yoruba*.

Embora muitos dos atendimentos realizados nos terreiros sejam feitos por encantados, isto é, por médiuns em transe, e cada um deles ou cada categoria de encantado tenha a sua forma tradicional de trabalhar, introduzem remédios novos. Alguns

encantados curam mais com passes ou vibrações, outros com banhos ou garrafadas (FERRETTI, 2003).

Ainda alguns *Orixas* têm incumbência específica e direta nos tratamentos de saúde. A saber, *Ossaim*, o *orixá* das plantas nas matas, das plantas medicinais, e *Obaluaiê*, *orixá* das doenças e da cura. Diferentes rituais e conjuntos de rezas e cantos são invocados nas cerimônias de tratamento, envolvendo comidas sagradas de preferência destes *orixás*, ofertados como oferendas ou agradados, assim como orientações e prescrições que devem ser guardadas pelos pacientes, num sentido sacrificial.

A preparação e aplicação dos tratamentos nos terreiros exige todo um ritual e carrega muita energia, e acredita-se que através de banhos de ervas (ervaterapia) o poder da cura pode ser potencializado, ficando horas no quarto de santo, submetidos a dieta especial, acompanhados de rezas ou cantos durante a sua preparação, buscando o axé, ou energia vital que restaurará o equilíbrio da saúde na pessoa. Os tratamentos realizados nos terreiros usualmente exigem alguma atividade posterior, como oferendas aos *orixás*, em retribuição pelo auxílio concedido, e ou resguardos, alimentícios e sexuais, os quais devem ser respeitados sob pena de retorno das aflições (FERRETTI, 1988).

Muito dos procedimentos terapêuticos utilizados nos terreiros não tem ação direta sobre o organismo, como é o caso das preces, das luzes acendidas para um santo ou anjo de guarda ou das obrigações dadas pelos médiuns aos donos de suas cabeças ou aos seus guias espirituais, dentre outros. Mas aumentam a autoconfiança do paciente, ajudam no seu restabelecimento e possibilitam uma melhor resposta a tratamentos da biomedicina, como maior absorção dos medicamentos, por exemplo (FERRETTI, 1988).

No terreiro *Ilê Axé Yeye Olomin Olá* são oferecidas diversas formas de tratamento não biomédicos a pacientes com as mais variadas patologias, principalmente depressão, alcoolismo e doenças de pele, mas apareceram também pacientes com câncer e hidrocefalia. Boa parte da clientela que buscava os serviços não se constituía em uma parcela populacional desprivilegiada economicamente ou sem acesso aos sistemas médicos oficiais, mas pessoas que buscaram vários profissionais da área biomédica e não conseguiam resultados. Muitos relatavam que nem conseguiam um diagnóstico claro, mas somente após o tratamento espiritual foi que tiveram sucesso no tratamento médico.

No terreiro *Abassá Dangola Tata Bokule* do Pai-de-Santo Bokulê, este nos explicava assim a relação entre saúde e doença:

Na verdade, não sei se eu tô errado: mente sã, corpo são. Se a mente está sã, a saúde do corpo deve gozar de perfeita saúde. Nós cremos num raio que nos rege. E esse raio, ele traz positividade e negatividade. Se você está propício à positividade, vem alegria, se você está propício à negatividade, vem tristeza. Oramos entre estas duas causas: entre a tristeza e a alegria. E nós cremos que as ervas em si, elas nos trazem uma positividade de alegria. Agora, quando a gente fala em saúde corporal, ela é real da parte médica. Pra isso foi criado o raio X, o eletrocardiograma, a tomografia, pra ver a parte corporal. Muitas vezes, nós já passamos por situações onde conseguimos, através da mediunidade, a parte espiritual, curar a parte corporal. Mas não descartamos que a necessidade médica é muito forte. É o diagnóstico. Talvez sejamos a cura, mas não somos os donos da verdade.

A religião também pode ser pensada enquanto sistema terapêutico, não em função de práticas específicas e intencionais definidas enquanto terapias, mas a partir do modo como os sujeitos as utilizam na busca por conforto e alívio para o sofrimento

A Mãe de santo Silvia de Xangô, que combina candomblé e umbanda, *orixás*, *caboclos* e *santos*, potencializa os tratamentos, num exercício de sincretismo religioso e cultural muito interessante, reflete sobre as doenças e seus tratamentos, que passam desde um diagnóstico mágico, no jogo de *búzios*, a *Ebós* ou banhos com ervas consideradas sagradas utilizadas para limpezas corporais e espirituais, banhos de descarrego, oferendas e trabalhos segundo a gravidade do assunto:

O Ebó é muito pela energia que a pessoa carrega... muitas vezes energia negativa... e na parte de Caboclos, de curadores, mestres de cura, já se faz os banhos, os banhos de descarga, as garrafadas com ervas, com raízes, sementes de plantas, mas [também] a cura propriamente da doença física, como problema no estômago, úlcera, gastrite, colesterol, diabetes, triglicérides e rins

Nesta perspectiva do candomblé e do sincretismo das religiões afro-brasileiras, podemos dizer que a saúde está associada a um equilíbrio, físico e espiritual, e que os desequilíbrios se originam por energias ruins, dos outros ou muitas vezes da gente mesma, que se canalizam de forma errada e viram um peso para a própria pessoa que os origina. Contudo todos os líderes espirituais ou pais e mães de santo destes terreiros insistiram, em que esta atenção à saúde não substitui o atendimento médico, mas bem o complementa. Assim, entre a atenção do espírito e do corpo se desenvolve a percepção do candomblé sobre saúde e doença, assim como seus diagnósticos e diversos percursos de tratamento.

Contudo, os tratamentos nos terreiros exigem uma série de cuidados e regras, para não quebrar os trabalhos realizados, resguardos, retiros espirituais, dietas especiais, proibição de bebidas e alguns alimentos, dependendo o processo de diag-

nóstico e a linha de cura seguida. São sistemas flexíveis na compreensão cultural do fenômeno social da doença, mas tem regras, algumas bem rígidas, pois exigem um compromisso espiritual do paciente, quem deve estar disposto a fazer sacrifícios para alcançar a cura.

Considerações finais

Como vimos, existem diversas formas de pensar o processo- saúde-doença-cuidado. Os terreiros são detentores de um saber no campo religioso e da saúde, recebido de ancestrais africanos e atualizado e reinventado pelas gerações afrodescendentes no Brasil a partir de diferentes sincretismos.

Em termos da reflexão no campo da antropologia da saúde é importante compreender os processos de manutenção dos conhecimentos e da língua *Yoruba*, assim como a pluralidade cultural existente entre os terreiros, uma vez que estas práticas são marginalizadas e estigmatizadas por amplos setores da sociedade, por exemplo quando os terreiros são associados a “macumba”, palavra que algumas vezes, dependendo de quem e como a pronuncie, desprezia e tergiversa o sentido da religião e da tradição destas religiões.

Desde o ponto de vista da biomedicina e do atendimento à saúde por parte dos profissionais e do sistema único de saúde, há uma necessidade de buscar o diálogo transcultural e transcientífico no entendimento das doenças e dos cuidados, no sentido de formar e sensibilizar os profissionais de saúde (DIAS; GONÇALVES, 2007).

Vimos nos terreiros como a busca por saúde pode levar às pessoas por diferentes itinerários terapêuticos, muitas vezes iniciando a busca junto do sistema biomédico e alternando com formas de medicina popular, como é a que oferecem os terreiros, onde se combinam a cura espiritual com o tratamento físico, em uma perspectiva de complementariedade.

Esse mesmo terreiro que se apresenta como espaço de afirmação, também oferece equilíbrio e proporciona saúde, demonstrando que a saúde não é feita somente nos espaços de domínio da medicina hegemônica.

Os terreiros podem ser grandes colaboradores do sistema oficial de saúde, divulgando informações científicas e adotando medidas preventivas orientadas pela medicina biomédica. Neste sentido percebemos a necessidade da articulação dos saberes biomédicos com os tradicionais ou populares para alcançar uma eficácia duradoura nos tratamentos.

Esta percepção de saúde, como um equilíbrio entre corpo e espírito, modela os caminhos de uma parcela da população na busca de atendimento, do médico ao pai do santo, dos banhos de ervas para os scanners computarizados e os tratamentos alopáticos. As pessoas que buscam atendimento e os pais de santo se mostraram mais abertos a reconhecer a complementaridade de sistemas, do que os autores reconhecem no próprio sistema de saúde dominante em relação a sistemas alternativos ou populares.

Ficam assim colocadas algumas questões importantes para a reflexão acadêmica sobre os cuidados à saúde, para buscarmos compreender a experiência humana no sentido mais amplo possível, para não restringir a vida apenas a relações físicas de causa e efeito. Nesta procura por até ainda temos muito por aprender.

Referências bibliográficas

AUGÉ, Marc. **Por uma Antropologia dos mundos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1997.

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

BORGES, Carlos Alberto da Silva; VASCONCELLOS, Maria da Penha. **Da doença ao milagre: etnografia de soluções terapêuticas entre evangélicos na cidade de Boa Vista, Roraima**, 2013.

DIAS, S; GONÇALVES, A. Migração e Saúde. **Revista do Observatório da Imigração**, Lisboa, 2007.

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

FERRETTI, Mundicarmo M. R. Religiões afro-brasileiras e saúde: diversidade e semelhanças. In: Jose Marmo da Silva. **Religiões afro-brasileiras e saúde**. Projeto até-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003

GUIMARÃES, M. A.C. Tradição religiosa afro-brasileira como espaço de equilíbrio. In: Jose Marmo da Silva. **Religiões afro-brasileiras e saúde**. Projeto até-ire: centro de cultura negra do maranhão. São Luís, 2003.

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

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 California 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

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

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

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.

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

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