

Miriam Cristiane Alves

Nedio Seminotti

Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro

Health care in a community of followers of traditional African-Brazilian religions

RESUMO

OBJETIVO: Compreender a concepção de saúde e a origem do sofrimento psíquico por adeptos de uma comunidade tradicional de terreiro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo de caso qualitativo realizado em uma comunidade tradicional de terreiro na cidade de Porto Alegre (RS), entre 2007 e 2008. Foram participantes o sacerdote/Babalorixá e seis adeptos do terreiro. Para a coleta dos dados e construção do *corpus* de análise, foram realizadas entrevistas abertas, gravadas e transcritas. A categorização dos depoimentos, a partir do enfoque sistêmico complexo, possibilitou a construção de dois eixos temáticos: 1) terreiro e concepção de saúde e 2) origem do sofrimento psíquico e identidade cultural.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Na comunidade de terreiro, as terapêuticas tradicionais em saúde, como o uso de ervas, banhos, dietas e/ou ritos de iniciação foram associados a terapêuticas convencionais propostas pelo Sistema Único de Saúde. Consideram em sua concepção etiológica do sofrimento psíquico e em sua concepção de saúde os vínculos e a pertença a um território, as relações entre os sujeitos e a relação entre suas dimensões física, psíquica e espiritual.

CONCLUSÕES: O modo de compreender e agir no mundo, vivido no terreiro, com seus mitos e ritos, crenças e valores, constitui um conjunto de saberes legítimos em seu contexto que, muitas vezes, se contrapõe e escapa aos saberes e verdades técnico-científicas dos profissionais. O terreiro é um espaço marcado pelo acolhimento, aconselhamento e tratamento de seus adeptos, integrando nessas práticas as dimensões física, psíquica e espiritual. Quanto à saúde da população negra, põem-se em evidência que o sofrimento psíquico é resultante do desenraizamento das culturas negro-africanas.

DESCRITORES: Religião e Psicologia. Atenção Primária à Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pesquisa Qualitativa. Comunidade Tradicional de Terreiro.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Miriam Cristiane Alves

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

R. Carlos Estevão, 460/305 – Protásio Alves

91240-000 Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: oba.olorioba@gmail.com

Recebido: 19/11/2008

Revisado: 04/05/2009

Aprovado: 13/05/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the concept of health and the source of psychological distress among followers of a traditional African-Brazilian religion.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Qualitative study performed in a community of followers of a traditional African-Brazilian religion, in the city of Porto Alegre, Southern Brazil, between 2007 and 2008. The priest/*Babalorixá* and six followers of this community participated in the study. Open interviews, which were recorded and subsequently transcribed, were conducted to collect data and construct the corpus of analysis. Report categorization, based on the complex systemic approach, enabled the construction of two main themes: 1) religious community and concept of health, and 2) origin of psychological distress and cultural identity.

ANALYSIS OF RESULTS: In this religious community, traditional health therapies, such as the use of herbs, baths, diets and/or initiation rites, were associated with conventional therapies proposed by the *Sistema Único de Saúde* (SUS – Unified Health System). Bonds with and belonging to a territory, the relationships among individuals, and the relationship among their spiritual, psychological and physical dimensions are considered in their concepts of psychological distress and health.

CONCLUSIONS: The way to understand and act in the world, as experienced in this community, with its myths, rites, beliefs and values, constitutes a set of legitimate types of knowledge in its context, which oftentimes opposes and goes beyond professionals' technical-scientific knowledge and truths. This community is a space marked by welcoming, counseling and treatment of followers, where the physical, psychological and spiritual dimensions are integrated in these practices. As regards the black population health, psychological distress results from their having been uprooted from African black cultures.

DESCRIPTORS: Religion and Psychology. Primary Health Care. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Qualitative Research. Community of Followers of African-Brazilian Traditional Religion.

INTRODUÇÃO

As comunidades tradicionais de terreiro – territórios comunitários de preservação e culto das religiões de matriz africanas e afro-brasileiras – são espaços de acolhimento e aconselhamento de grupos historicamente excluídos,¹⁷ dentre os quais a população negra. Para Silva,¹⁷ as práticas rituais e as relações interpessoais produzidas no terreiro possibilitam o acolhimento, as trocas afetivas, a construção de conhecimento, a promoção e prevenção à saúde e a renovação de tradições, como o uso terapêutico de plantas.

O Ministério da Saúde considera que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens, como as terapêuticas tradicionais, são prioridades na atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pois disponibilizam opções preventivas e terapêuticas, aumentando o

acesso à saúde.³ Assim, a Portaria nº 971/MS aprovada em 2006 resolve sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS,⁴ atendendo às orientações da Organização Mundial da Saúde¹⁵ (OMS) quanto à valorização da medicina tradicional e complementar/alternativa. Entre estas estão terapias medicamentosas (uso de fitoterapia, parte de animais e/ou minerais) e não-medicamentosas (terapias manuais e/ou espirituais).

Na perspectiva dessa política, uma proposta de atenção à saúde da população negra no Brasil necessita considerar o resgate, a desestigmatização e a valorização dos saberes e práticas terapêuticas de matriz africana,¹⁴ bem como o diálogo entre os conhecimentos tradicionais presentes no terreiro e os técnico-científicos propostos pelo SUS. Lopes⁸ aponta a necessidade de recompor os

³ Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. 4 maio 2006;Seção 1:20-5

elos que unem os sujeitos^a a sua ancestralidade negro-africana, recuperando a identidade cultural por meio do conhecimento de sua realidade passada e presente, o que necessariamente produz saúde.

A proposta de construção de uma política para a saúde da população negra possui uma história recente no Brasil, tendo como marcos a 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul, em 2001, e o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra, realizado em Brasília (DF), em 2004.⁹ Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra,^b que traz em suas diretrizes a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas em saúde preservadas pelos terreiros.

Na prática profissional, é notório o conhecimento de que as pessoas, antes de buscarem atendimento no SUS, procuram acolhimento, aconselhamento e cuidado nos terreiros. Todavia, há um desconhecimento acadêmico sobre como essas práticas são fundadas e realizadas, o que, muitas vezes, leva a uma interpretação psicopatológica e estigmatizadora dos fenômenos religiosos afro-brasileiros, impedindo o diálogo entre profissionais e lideranças de terreiro. Este desconhecimento é resultado da escassa produção acadêmica sobre essas práticas. Em pesquisa realizada nos principais bancos de dados indexados na literatura científica mundial, foi encontrado apenas um estudo realizado no País sobre o tema.¹⁷

Face ao exposto, o objetivo do presente estudo foi compreender a concepção de saúde e a origem do sofrimento psíquico por adeptos de uma comunidade tradicional de terreiro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado a partir de pressupostos teórico-metodológicos qualitativos do estudo de caso¹⁹ e de princípios do pensamento sistêmico complexo.¹⁰⁻¹² Os participantes foram o sacerdote/Babalorixá e seis adeptos de uma comunidade tradicional de terreiro de Porto Alegre (RS).

A escolha da comunidade de terreiro investigada foi por conveniência. Trata-se de um terreiro de batuque com 80 anos de história, de tradição Jeje-Nago, com cerca de 150 adeptos, localizado em uma comunidade majoritariamente negra em situação de vulnerabilidade social. A liderança dessa comunidade de terreiro possui, nos últimos dez anos, significativa inserção e protagonismo no movimento social negro e de religiosos de matriz africana. O Babalorixá foi selecionado

como participante-referência para a coleta e validação do estudo por ser a autoridade máxima do terreiro, pertencer à comunidade e conhecer o assunto pesquisado. Conforme Yin,¹⁹ uma estratégia de validação dos dados é encaminhar o rascunho do relatório para revisão do informante-chave, nomeado participante-referência. Três sujeitos foram indicados pelo participante-referência e três selecionados por conveniência, tendo como critério frequentar o terreiro há dez anos ou mais e disponibilidade para participar. Para coleta dos dados e construção do *corpus* de análise, foram realizadas entrevistas abertas, focadas no tema da pesquisa, gravadas e transcritas após a anuência dos participantes e a garantia de sigilo e anonimato. Foram feitas duas entrevistas com o Babalorixá e uma com cada um dos demais participantes, num total de oito entrevistas, no período de janeiro de 2007 a maio de 2008, realizadas em locais indicados pelos entrevistados.

A análise das entrevistas foi realizada em duas etapas:

1. Após a transcrição da primeira entrevista realizada com o participante-referência, seus depoimentos foram categorizados em dois eixos temáticos: terreiro e concepção de saúde e origem do sofrimento psíquico e identidade cultural. Os eixos foram construídos de modo inter-relacionado e possibilitaram o processo interpretativo a partir do enfoque sistêmico complexo^{1,2} que propõe um diálogo entre material empírico, participantes, pesquisador e conhecimento teórico. Dessa forma, o pesquisador analisa o material segundo um ponto de vista que deve ser esclarecido ao participante.

Após a categorização dos eixos, uma segunda entrevista foi realizada com o participante-referência para conferir a validade e fidedignidade dos dois eixos e produzir informações complementares.

Concluídas as duas primeiras entrevistas, produziu-se um texto articulando o material empírico e os conhecimentos teóricos, que foi levado ao participante-referência para que realizasse uma leitura minuciosa e novamente conferisse a fidedignidade e validação interna das análises.

2. Após transcrição das seis entrevistas realizadas com os demais participantes, os depoimentos foram articulados aos eixos produzidos na etapa anterior. Os resultados foram novamente levados ao conhecimento do participante-referência para que fossem conferidas a fidedignidade e a validação interna das análises, como na etapa 1.

Consoante ao pensamento sistêmico complexo de Morin,^{10,12} o diálogo constante entre pesquisadores e o participante-referência foi imprescindível para a análise

^a Noção de sujeito em Morin (2003)¹¹ que parte de uma base bio-lógica, correspondendo à lógica própria do ser vivo. Refere-se a um sujeito que depende do meio biológico, social e cultural para tornar-se autônomo – sujeito auto-eco-organizado.

^b Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política nacional de saúde integral da população negra. Brasília; 2007.

dos dados. Adotou-se o pressuposto da dialógica, da hologramaticidade (relação entre partes e todo) e da recursividade organizacional entre os saberes dos pesquisadores e dos participantes.^{10,11} Buscou-se dar visibilidade acadêmica ao conhecimento tradicional, sem descaracterizá-lo e descontextualizá-lo.^{1,2}

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e seguiu os procedimentos éticos do Conselho Federal de Psicologia, que dispõem sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terreiro e concepção de saúde

No terreiro são produzidas práticas terapêuticas com ações de prevenção e promoção da saúde fundamentadas em uma cosmologia que integra o mundo físico e o espiritual. Portanto, acredita-se que tais mundos coexistem, são interdependentes e se complementam, constituindo uma unidade cósmica na qual todos os elementos ou entes estão conectados. O mundo físico é visível e palpável, e o espiritual invisível, imaterial. Trata-se de um modo de compreender o mundo e, conseqüentemente, o processo saúde-doença, com base em uma cosmovisão mítico-religiosa e, ao mesmo tempo, no campo da visão sistêmica complexa, na medida em que concebe a dialógica entre os mundos físico e espiritual:

“(...) O sistema nervoso está interligado à parte espiritual (...)” (participante-referência)

As civilizações antigas possuem dois modos de conhecimento e de ação: um “simbólico/mitológico/mágico” e outro “empírico/técnico/racional”.¹² Embora distintos, são complementares e estão imbricados na complexidade de seu contexto, sem que um atenua ou degrade o outro.¹² É nessa perspectiva que os terreiros conhecem e agem sobre o processo saúde-doença. Um exemplo disso são os relatos de banhos de ervas associados a orações.

No terreiro, trabalha-se com uma concepção de saúde que é pensada e produzida na relação entre o simbólico e o concreto, o natural e o tecnológico, o mítico e o empírico que se complementam e constituem o sentido de integralidade vivido nessa comunidade. Enquanto o SUS compreende a integralidade como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada

caso em todos os níveis de complexidade do sistema”,^a no terreiro, a integralidade pressupõe a relação entre as dimensões espiritual e física que constituem os sujeitos. Essa concepção de saúde parte de uma noção de sujeito integral:

“A medicina convencional concebe o homem como uma máquina (...). Não fazem o que na religião afro se faz, enxergar a pessoa como um todo, como um complexo.” (participante-referência)

Mattos^b refere que a integralidade é um princípio orientador das práticas profissionais, da organização dos serviços e da construção das políticas de saúde, devendo implicar a recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo entre elas. No entanto, entende-se que a “abertura para o diálogo” necessita ser tomada como o organizador de toda e qualquer ação, serviço e política em saúde para que, dessa forma, o diálogo entre terreiro e SUS não fique apenas sob a responsabilidade do sujeito, atribuindo importância e necessidade tanto à terapêutica tradicional quanto à convencional:

“Vou continuar tomando o medicamento, trabalhar as duas coisas juntas, a ciência e a religião (...)” (participante A)

Conforme a OMS,¹⁵ as diferentes abordagens em medicina tradicional e complementar/alternativa estimulam recursos naturais de prevenção e promoção à saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no estabelecimento de vínculo e na integração do sujeito no contexto em que vive. No terreiro, há um modo de produzir saúde que põe em prática uma proposta do “Humaniza SUS”:^c os sujeitos têm seu lugar de pertencimento e vínculos estabelecidos, associados ao estar com o outro numa relação sujeito-sujeito, construindo uma rede de apoio que produz saúde no seu sentido ampliado. Tal rede é produto das ações dos sujeitos em relação, sendo produtora de saúde.² No terreiro os adeptos sabem que há espaço para cuidar e ser cuidado, ouvir e ser ouvido:

“Aquela família buscou o terreiro para ter (...) orientação de como lidar com aquele ser, como inserir aquele ser dentro da sociedade (...)” (participante D)

O terreiro, com suas regras e valores, possibilita a construção de relações coletivas e interpessoais na busca pela escuta, cuidado e acolhimento do outro, o que, por semelhanças e diferenças, remete à Política Nacional de Humanização do SUS^b e a uma de suas diretrizes de relevância “ética/estética/política”, o acolhimento.^d Ambas pressupõem a valorização dos

^a Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Diário Oficial União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

^b Mattos RA, Mattos RP, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

^c Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004.

^d Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

sujeitos na produção de saúde, o estabelecimento de vínculos, a identificação das necessidades sociais de saúde e o estar em relação com o outro numa atitude sujeito-sujeito:

“A humanização do SUS (...) é um termo extremamente de matriz africana, pois (...) a gente se concebe como parte de um todo, nós somos seres coletivos. (...) A pessoa tem todo acolhimento. A gente diz ‘fica aqui no terreiro, não vai embora, dorme aí, toma um café, vamos conversar (...)’, além de toda a assistência espiritual (...). Temos que saber ouvir, porque as pessoas têm necessidade de falar, se comunicar, de expor a problemática.” (participante-referência)

A rede de apoio construída no terreiro, as relações coletivas e interpessoais, os vínculos estabelecidos adquirem sentido e significado para cada um de seus adeptos. Estes constituem um grupo, que produz um caminho/método auto-organizado, objetivando ser o lugar para a solidariedade, para o acolhimento, para a produção de saúde.¹⁶

“Eu fui tomando gosto de ir [no terreiro] e fui descobrindo que ali estava encontrando respostas para uma série de inquietações. Quando eu tinha alguma dúvida, tinha quem me escutasse. Se tinha algum problema (...) começava a discutir sobre este problema com alguém, que tinha sempre alguma coisa para me dizer (...).” (participante D)

Origem do sofrimento psíquico e identidade cultural

Quanto à origem do sofrimento psíquico, no terreiro, compreende-se que espíritos, chamados de *Egun*, foram mal transportados para o mundo espiritual no momento da morte, permanecendo no mundo físico, causando um desequilíbrio entre os sujeitos e o cosmos. Tal desequilíbrio manifesta-se em distúrbios e sofrimentos, conforme ilustrado no relato:

“Quando tu começa a sofrer influências de espíritos que não estão numa situação muito boa, eles acabam passando tudo o que sentem para ti. Então vem a depressão, a pessoa começa a chorar, vem a ansiedade (...). Uma série de coisas que, se a pessoa for fazer exames, não vão aparecer, e (...) é classificado como sistema nervoso, e às vezes a pessoa é dada como louca (...).” (participante-referência)

Conforme Lopes,⁷ a restauração do equilíbrio é possível mediante a conveniente e “correta” manipulação das forças presentes no cosmos. No terreiro, o mediador dessa “manipulação das forças” é o Babalorixá que, por meio de uma consulta ao oráculo, encaminha as terapêuticas para os distúrbios e sofrimentos advindos

do desequilíbrio entre o sujeito e os mundos que o cercam. Dentre as terapêuticas tradicionais indicadas, estão os *ebós*, os banhos de ervas, as dietas, os ritos de iniciação:

“Ebó é tudo aquilo que a gente oferece para a divindade, para os orixás (...). Bori é dar comida à cabeça. Quando a gente faz esse ritual, estamos ordenando a cabeça do indivíduo, estamos colocando todas as coisas nos seus devidos lugares.” (participante-referência)

A conceituação “dar comida à cabeça” expressa a função e o que tem de essencial nessa cerimônia, ou seja, o “alimentar a cabeça”, fortalecendo-a, pode ter uma virtude terapêutica e curativa:³ *“Depois que eu fiz o chão [Bori], me enchi de energia de novo (...), sentindo muita vitalidade. Resolvi voltar e enfrentar tudo (...).”* (participante B)

Os ritos de iniciação constituem um processo de regeneração da vida, de continuidade de um ciclo, considerando-se o que deve morrer para renascer.^{4,5} O ritual *Bori* é uma terapêutica tradicional incondicionalmente aceita pelos adeptos, realizada de forma sistemática e frequentemente associada às terapêuticas convencionais:

“Eles [os médicos] falam que é uma doença que não tem cura, vai amenizar com os remédios. O Baba disse que é uma questão de ancestralidade. (...) Eu acho que a primeira coisa a fazer é Bori, (...) para assentar minha cabeça. (...) E vou continuar tomando o medicamento.” (participante A)

Na perspectiva do terreiro, na maioria das vezes as terapêuticas tradicionais não concorrem com os tratamentos do SUS, tampouco entram em conflito. Essas práticas são entendidas por seus adeptos como complementares, implicando-os e co-responsabilizando-os no cuidado à saúde. São práticas que corroboram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS no que se refere à racionalização de ações em saúde, estimulando alternativas inovadoras que contribuam ao desenvolvimento sustentável de comunidades.^a

O outro modo de compreender a origem do sofrimento psíquico está relacionado à aniquilação da identidade cultural dos africanos e de seus descendentes durante e após a escravização, pela negação das suas culturas, valores éticos, estéticos e cosmológicos, sofrida durante a integração compulsória ao modelo ocidental branco, supostamente universal. Segundo Nascimento,¹³ a estratégia de reduzir o africano e seus descendentes à condição de simplesmente “negros” retirou-lhes seu referencial histórico-cultural e sua identificação com a coletividade a qual pertenciam, reduzindo sua identidade étnica à cor da pele, sinônimo de inferioridade, submissão, subserviência e escravidão:

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília (DF); 2006.

“A partir da inserção dos nossos ancestrais no mundo ocidental através da violência, do seqüestro de África, muitos problemas psicológicos foram deflagrados, como o processo de desidentidade (...)”. (participante-referência).

“(...) Quero tirar uma consulta, com uma entidade, para me auxiliar, porque eu estou me sentindo doente. (...) Ela me disse: existe um caminho na tua vida que não começou por ti. Começou pelos teus ancestrais. É um legado, uma história, um tributo, a própria vida que tu ainda não te deu conta de como conduzir. Mas tu vais conseguir resgatar.” (participante D)

Tal aniquilação da identidade cultural dos africanos em território brasileiro passou a provocar uma nostalgia mortal, o chamado “banzo”, que tinha como conseqüências a tristeza profunda e a apatia.⁶ Sofrimento psíquico que ainda hoje produz efeitos negativos na saúde da população negra brasileira. Conforme estudo realizado por Souza,¹⁸ os sentimentos de culpa e inferioridade, insegurança e angústia, autodesvalorização e conformismo, atitude eufórica, submissa e contemporizadora são experiências vividas por sujeitos negros brasileiros, que se sentem decepcionados consigo por não responderem às expectativas impostas por um processo ideológico que traz a figura do sujeito branco como um ideal a ser atingido.

Com o intuito de atender a essa demanda, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz, em suas estratégias de gestão, o fortalecimento da atenção à saúde mental da população negra, visando à prevenção de sofrimentos psíquicos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.⁹ Nessa direção, estudos apontam a necessidade do resgate de referenciais históricos, culturais e identitários que permitam à população negra construir uma identidade cultural positiva^{8,13} e, conseqüentemente, produzir saúde:

“Este período me deu condições de pensar, avaliar, ter opiniões mais formadas (...) com relação a alguns aspectos dessa religiosidade: questão da identidade, da autonomia, de princípios éticos (...)” (participante C)

A aproximação e o convívio com a cosmologia do terreiro tende a levar o sujeito a um processo relativo à própria iniciação que terá continuidade nas ações em rede da comunidade:

“A minha iniciação foi um resgate, porque eu me deparei comigo mesma (...). Chegou um momento

na minha vida em que eu sentia que faltava alguma coisa (...). Eu não dormia direito, tinha crises de choro intenso, (...). Durante um ano, tive um sonho que se repetiu por muitas noites (...). Eu me perguntava: mas será que isso é depressão? (...) Eu fui ao médico (...), fizeram exames de sangue, urina, e estava tudo bem. (...) Eu já estava visitando este terreiro. E, um dia, disse (...): quero tirar uma consulta com uma entidade, porque estou me sentindo doente (...)” (participante D)

Ao trabalhar com a tríade físico-espiritual-cultural, o terreiro, com sua auto-organização, tem um modo de produzir saúde que extrapola as verdades técnico-científicas das práticas convencionais. Atua a partir de uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença, corroborando diferentes abordagens terapêuticas tradicionais contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que atuam na perspectiva da prevenção, promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado contínuo, humanizado e integral.^b

Do seu modo, o terreiro se auto-organiza para lidar com questões pertinentes à sua coletividade a partir do rearranjo e potencialização de recursos pautados, fundamentalmente, nas relações coletivas e interpessoais. Estas relações sugerem o trabalho com grupos nos serviços de saúde, assim como disposto na Portaria n.º 224/MS, que estabelece normas para o atendimento nos serviços do SUS.^c Grupo/método, portanto, que se mostra eficaz na atenção à saúde, constituindo-se em uma tecnologia não-material de cuidado em saúde.^d

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na comunidade de terreiro, consideram-se fundamentais para as concepções etiológica do sofrimento psíquico e de saúde os vínculos e a pertença a um território, as relações entre os sujeitos e as relações entre as dimensões física, psíquica e espiritual.

Quanto à saúde da população negra, enfatizamos que o sofrimento psíquico é resultante do desenraizamento das culturas negro-africana e que há necessidade do resgate da história coletiva, não prioritariamente da história individual, para conquistar a saúde em seu sentido ampliado.

O modo de compreender e agir no mundo, vivido no terreiro, com seus mitos e ritos, suas crenças e valores, constitui um conjunto de saberes e verdades legítimas

^a Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política nacional de saúde integral da população negra. Brasília (DF); 2007.

^b Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília; 2006.

^c Ministério da Saúde. Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. Diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial/hospitalar em saúde mental. *Diário Oficial Uniao*. 30 jan 1992;Seção 1:1168.

^d Seminotti N, Guareschi N, Pelliccioli E, Alves M, Oliveira C, Baldi M. Projeto Acolhimento: sensibilização de trabalhadores da rede básica de saúde através de intervenções em grupos. In: Ortiz JN, Bordignoi MO, Gralha R, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos e para todos. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre; 2004. p. 64-6.

em seu contexto e que, muitas vezes, se contrapõe e escapa aos saberes e verdades técnico-científicas dos profissionais. Assim, sugere-se uma reflexão sobre as verdades que constroem as práticas e os serviços do SUS no sentido de abrir-se para outras verdades, numa postura dialógica. É necessária uma abertura para a interlocução entre SUS e terreiro para que novas redes de apoio e cuidado à saúde possam se constituir, possibilitando a otimização de recursos humanos e a potencialização de equipamentos sociais. Trata-se de um modo de produzir saúde que dá ênfase para a

abundância, e não para a carência de recursos, o que leva ao aumento da resolatividade e do acesso à saúde, além de possibilitar à população negra, identificada com os terreiros, uma atenção integral à saúde.

Os conhecimentos advindos de nosso estudo, além de reconhecerem a importância acadêmica das práticas em saúde tradicionais de matriz africana, constituirão uma fonte potencial de informações aos profissionais que trabalham com populações negras e não-negras que associam as terapêuticas do SUS às oferecidas pelos terreiros.

REFERÊNCIAS

1. Alves MC, Seminotti N. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. *Psicol USP*. 2006;17(2):113-33.
2. Alves MC, Seminotti NA. O pequeno grupo "Oficina de Capoeira" no contexto da reforma psiquiátrica. *Saude Soc*. 2006;15(1):58-72. DOI: 10.1590/S0104-12902006000100007
3. Bastide R. O Candomblé da Bahia. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
4. Cassirer E. O mito do Estado. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
5. Cassirer E. A filosofia das formas simbólicas: o pensamento mítico. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
6. Lopes N. Novo dicionário Banto do Brasil. Rio de Janeiro: Pallas; 2003.
7. Lopes N. Kitábu: o livro do saber e do espírito negro-africanos. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio; 2005.
8. Lopes N. Bantos, malês e identidade negra. Belo Horizonte: Autêntica; 2006.
9. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso de 'saúde da população negra' no Brasil. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2005;12(2): 419-46. DOI: 10.1590/S0104-59702005000200010
10. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
11. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2007.
12. Morin E. O método: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina; 2008.
13. Nascimento EL. Sankofa: matrizes africanas da cultura brasileira. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1996.
14. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra; 2002.
16. Seminotti N. Los pequeños grupos: el tránsito del individuo/sujeto entre los subgrupos. *Clin Anal Grupal*. 2007;29(1):45-56.
17. Silva JM. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro e Saúde. *Saude Soc*. 2007;16(2):171-7. DOI: 10.1590/S0104-12902007000200017
18. Souza NS. Tornar-se Negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1983.
19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Proc. nº: 409689/06-8).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.