

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AMANDA ANTERO BATISTA DA SILVA

**SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:** aproximações dialógicas nas práticas populares  
em saúde numa comunidade tradicional de terreiro em Juazeiro do Norte-Ceará

JUAZEIRO DO NORTE - CE

2018

AMANDA ANTERO BATISTA DA SILVA

**SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:** aproximações dialógicas nas práticas populares em saúde numa comunidade tradicional de terreiro em Juazeiro do Norte-Ceará

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito total para à obtenção do título de graduada no curso de Psicologia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

**Orientadora:** Moema Alves Macedo

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2018

AMANDA ANTERO BATISTA DA SILVA

**SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: APROXIMAÇÕES DIALÓGICAS NAS  
PRÁTICAS POPULARES EM SAÚDE NUMA COMUNIDADE TRADICIONAL  
DE TERREIRO EM JUAZEIRO DO NORTE-CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do curso de  
Psicologia do Centro Universitário Dr.  
Leão Sampaio, como requisito para  
obtenção de grau de Bacharelado em  
Psicologia.

Aprovado em: 12 / 11 / 2018.

BANCA EXAMINADORA



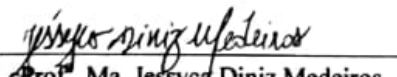
Prof. Ma. Moema Alves Macedo

Orientador(a)



Prof. Esp. Marcos Teles do Nascimento

Avaliador(a)



Prof. Ma. Jessyca Diniz Medeiros

Avaliador(a)

## SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: aproximações dialógicas nas práticas populares em saúde numa comunidade tradicional de terreiro em Juazeiro do Norte- Ceará

Amanda Antero Batista da Silva<sup>1</sup>  
Moema Alves Macedo<sup>2</sup>

### RESUMO

A saúde da população negra é um campo no ramo da saúde que através da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN), inclui-se enquanto especificidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política propõe a valorização e reconhecimento dos saberes e práticas em saúde não convencionais, incluindo-se aqueles preservados no cerne de religiões de matriz africana. Frente aos modelos biomédicos de produção em saúde, em consonância com estas práticas populares em saúde, preservadas pelas comunidades de terreiro, tal pesquisa se propõe a compreender os modos de produção em saúde da comunidade de terreiro Ilê Axé Omimdandereci e Mutalegí, na cidade de Juazeiro do Norte - Ceará, objetivando apreender e articular estas práticas à luz da PNSIPN. Para tanto utilizou-se a pesquisa participante e o método de roda de conversa para apreensão dos sentidos em saúde providos da comunidade. Enquanto resultados têm-se que as práticas populares contribuem de diferentes formas para a produção em saúde dessa população, e que as produções de sentidos e significados perpassam a noção de comunidade no terreiro.

**Palavras-chave:** Saúde da população negra; Povos de Terreiro; Práticas Populares em Saúde.

### ABSTRACT

The black population health is an area of work in the health sector that is included as a specificity of the National Health System (SUS) through the National Policy of Integral to Black Population Health (PNSIPN). This policy proposes the appreciation and recognition of unconventional knowledge and practices in health, including those preserved by Afro-brazilian religions. Faced with the biomedical models of health production and in line with these popular health practices - preserved by the temple communities - the research aims to understand the ways of producing health in the temple community of "Ilê Axé Omimdandereci and Mutalegí", in Juazeiro do Norte - Ceará, with the objective of articulating these practical questions from the PNSIPN vision. For that, the participant research and the conversation wheel method for apprehending the senses in health provided by the community were used. As a result, it is observed that popular practices contribute in different ways to the health production of this population and the productions of meanings and senses includes the notion of community of the *terreiros*.

**Keywords:** Black Population's Health; Terreiro people; Popular Health Practices.

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde da População Negra (SPN) paulatinamente vem se inscrevendo enquanto campo teórico-metodológico de especificidade em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

---

<sup>1</sup> Aluna Graduanda do Curso de Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.  
amandaanterobs@gmail.com

<sup>2</sup> Professora Especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, Professora do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. moema@leaosampaio.edu.br

(SUS) com o propósito de garantir a equidade em saúde, na operacionalização desta política o reconhecimento das práticas populares em saúde mantidas por religiões de matriz africana constitui um ponto principal para a garantia dos princípios doutrinários do SUS. O presente trabalho objetiva compreender os modos de promoção e cuidado à saúde na comunidade tradicional de terreiro O.N.G. Ilê Axé Omimdandereci e Mutalegí<sup>3</sup>, localizada em Juazeiro do Norte-Ceará.

Estes princípios, através da Lei 8080/90, estão sistematizados enquanto a noção de universalidade, que coloca o direito à saúde como de acesso a todos, de integralidade, que pressupõe o sujeito seja assistido como um todo e suas necessidades e equidade: que propõe o acesso à saúde de modo a diminuir as disparidades, assistindo de modo diferente determinadas demandas/necessidades em saúde (BRASIL, 1988).

Na oferta em saúde, surgem apontamentos no que tange as marcações de gênero, sexo, faixa etária, etnia/raça, condições de moradia, renda, e outros, apresentando que estas categorias possuem especificidades no cuidado em saúde da população.

Têm-se apontado a produção de desigualdades em saúde, principalmente no que se refere à grupos étnicos que, na construção da saúde, são margeados historicamente como a população negra e indígena (KALCKMANN, 2007). Tal contexto coloca no cerne da saúde pública, a necessidade de um olhar para o cuidado em saúde de determinadas populações no Brasil.

Dados oficiais reiteram essa compreensão ao ser apresentado que 50,2% de pessoas entrevistadas autodeclaram-se pretas ou pardas, tal pesquisa ainda apontou que no âmbito da saúde, a população negra (pretos e pardos) são mais atingidos por disparidades no asseguramento de direitos básicos, como saúde, moradia, trabalho, escolaridade (IBGE, 2012).

A partir dessas constatações, e graças aos movimentos sociais promovidos pela população negra em busca da melhoria das condições de vida frente ao Estado, foi que a área em SPN emergiu enquanto campo em saúde. Tal proposição colocou como centralidade as discussões sobre políticas públicas que devem considerar o recorte racial, na busca de promover e garantir o princípio de equidade bem como combater as desigualdades em saúde (LAGES et al., 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (Portaria nº 992/2009), constitui um marco no campo das políticas públicas, no que tange considerar os modos de produção de saúde para além do olhar da medicina moderna para este processo, pode-se

---

<sup>3</sup> No decorrer do texto, ao ser referir a comunidade em questão, utilizar-se-á o primeiro nome, Ilê.

perceber que esta política adota a saúde numa percepção ampliada, considerando que esta também ser produzida através de saberes e práticas populares, inclusive aqueles preservados através das religiões de matriz africana.

No reconhecimento que as perspectivas de saúde da população negra estão sendo produzidas não somente através das instituições de saúde, leia-se Sistema Único de Saúde (SUS), mas também em comunidades onde essa população insere-se, como exemplo as comunidades tradicionais (rurais, ribeirinhas e de terreiro) é possível compreender as práticas preservadas em saúde destas como integrativas e complementares à saúde, uma vez que têm-se a concepção ampliada de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A PNSIPN, soma no sentido de considerar a especificidade da saúde dessa população no âmbito do SUS através da diretriz de equidade em saúde, buscando promover o combate ao racismo institucional, um dos fatores que corroboram para desigualdade na produção de saúde, e levando em conta as diferentes práticas de cuidado promovidas por essa população.

As comunidades tradicionais de terreiro, enquanto espaços comunitários de preservação de religiões de matriz africana e afro brasileiras, representam espaços crenças e práticas religiosas que possuem diferentes representações, são estes a Umbanda, o Candomblé, o Tambor de Mina do Maranhão, o Xangô do Pernambuco, o Terecô, o Batuque, o Nagô, a Encantaria, entre outros, que, difundidos pelo país, são espaços permeados pelo acolhimento, atendimento e cuidado de grupos historicamente excluídos, inclusive a população negra (PRANDI, 2003).

Nesse sentido, também são espaços que promovem o cuidado em saúde dos seus adeptos, através de rituais, práticas e trocas de saberes que, por sua vez, possibilitam o encontro de acolhimento e conhecimentos nos terreiros, contribuindo para uma concepção de promoção e prevenção à saúde, por meio do uso de plantas medicinais e práticas curativas (SILVA, 2007).

Reconhecendo as diferentes naturezas que perpassam o cuidado em saúde, tanto nos terreiros, quanto no próprio SUS, e ainda com respaldo numa política pública que se propõe a vislumbrar a população negra, considera-se então refletir sobre quais práticas populares em saúde são mantidas por comunidades de terreiro que podem contribuir para a promoção da saúde da população negra.

Para isto, esta pesquisa buscou, ancorada no viés de pesquisa participante, por meio da metodologia de roda de conversa e uso de diário de campo, apreender as produções de sentido no cotidiano do cuidado em saúde na comunidade tradicional, no intuito de através da proposta dialógica, compreender estes modos de produção em saúde não convencionais preservadas pelos povos de terreiro.

## **2 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: Um campo em questão**

O princípio de seguridade social engloba ações destinadas a assegurar saúde, previdência e assistência social, logo pode-se compreender enquanto conjunto de ações integradas voltadas para a população nos três âmbitos em questão. Construída no cerne da Constituição Cidadã, esta promove a garantia de direitos com o intuito de diminuir desequilíbrios econômicos e sociais, e se define como um conceito organizador da proteção social (DELGADO et al., 2009).

Introduzindo este aspecto, a saúde é um direito assegurado pela Constituição Federal, e é definida como responsabilidade do Estado no que tange o tripé da Seguridade Social, suas ações são articuladas nas três instâncias federativas e para tal consideram, enquanto preceito organizativo, a participação popular no fomento às políticas públicas (BRASIL, 1988).

Para tal estruturação de direito social, a organização da saúde transformou-se em um sistema público. O Sistema Único de saúde (SUS), através da Lei 8080/90 integra-se através de princípios doutrinários: universalidade, que coloca o direito à saúde como de acesso à todos, integralidade, que pressupõe o sujeito seja assistido como um todo e suas necessidades e equidade, que propõe o acesso à saúde de modo a diminuir as disparidades, assistindo de modo diferente determinadas demandas/ necessidades em saúde (BRASIL, 1988).

Através dessa compreensão, entende-se que os processos de produção promoção e prevenção em saúde como institucionalizados nesse sistema único de oferta de serviços. Nessa proposta, os apontamentos no que tange o gênero, sexo, faixa etária, raça/etnia, espaço geográfico, condições de vida, emprego e renda, etc., podem ser lidos como indicadores sociais que apresentam especificidades na oferta de saúde (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

Nesta perspectiva, é possível compreender que desigualdades em saúde e assistência sanitária em grupos étnicos-raciais, como a população negra e indígena que encontram-se historicamente margeados dos processos de produção em saúde, são variáveis para a produção das disparidades, apresentando-se enquanto problemática na oferta em saúde (KALCKMANN et al., 2007).

O último Censo, demonstrou que 50,2% da população no Brasil autodeclara-se preta ou parda, e ainda apontou que tal população é acometida por uma série de disparidades quando comparada à população branca, em que condições sociais mínimas como acesso à moradia,

escolaridade, e aos serviços de saúde estão presentes num patamar de desigualdade para esta população (IBGE, 2012).

Dados estatísticos e estudos apontam para o marco desigual em saúde para determinadas populações, diante disso foi que paulatinamente emergiu uma área específica com a proposta de reflexão e intervenções tida como Saúde da População Negra, tão logo que, no Brasil iniciasse discussões sobre políticas públicas que consideram o recorte racial, na busca de promover e garantir o princípio de equidade bem como combater as desigualdades em saúde (LAGES, 2012).

Tal articulação trouxe enquanto pontapé inicial, anos depois, a inserção do quesito cor/raça no preenchimento dos formulários em saúde, que possibilitou apurar detalhadamente a situação em saúde da população negra (BRASIL, 2017). E ainda no mesmo ano a elaboração de um plano operativo da PNSIPN, que busca promover referências de atuação nas três esferas de governo sobre essa área em saúde (BRASIL, 2017).

Dada a questão da saúde da população negra e as políticas públicas, a questão social muito pode contribuir ao refletir sobre essas propostas, inicialmente por considerar que os sujeitos estão imbricados por processos diferentes na produção da saúde, e que fatores da dinâmica social surgem nos processos de oferta de serviços, como o racismo institucional em meio ao sistema de saúde, sendo um reflexo da realidade vivenciada pela população negra na sociedade (LÓPEZ, 2012).

Neste meandro, surge a proposta da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN) que embasa-se nos princípios de saúde e cidadania como um direito universal, tendo em vista os processos de desigualdades étnico-raciais produzidos socialmente e através do racismo institucional e considerando estes como determinantes sociais de condições de saúde da população, busca promover o princípio de equidade em saúde (BRASIL, 2009).

Tal política, instituída graças à constante luta do Movimento Social Negro junto à Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), tem como objetivos “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2013, p.19).

Ampliada em suas diretrizes, e possuindo como reconhecimento, a importância de produzir e conhecer os modos de saúde para a população negra, a PNSIPN ainda tem em sua diretriz, face à outras prioridades, o reconhecimento saberes e práticas populares em saúde, no que diz respeito ainda àqueles preservados no cerne das religiões de matriz africana (BRASIL, 2009).



## 2.1 DETERMINANTES E CONDICIONANTES EM SAÚDE

No que tange a produção em saúde da população brasileira, esta coloca-se como um ponto de partida para reflexão quando apresenta-se através determinantes e condições de vida. Desse modo, ela está mais relacionada com tais condições, que com a oferta de serviços em saúde, logo a compreensão da saúde perpassa os fenômenos sociais, culturais e políticos (LOPES, 2005).

Oliveira e Figueiredo (2004) apontam as demarcações étnico-raciais no Brasil como constantes espaços de produção de desigualdades sociais e em saúde para a população negra. A ausência de marcadores que identificam tais dificuldades de acesso, para os autores, acaba por reiterar produções e reproduções dessas desigualdades.

O Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010 que tem como base a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008, aponta dados para a diminuição da expectativa e qualidade de vida da população negra, no que diz respeito a morbimortalidade dessa população, sendo mais acometida por exemplo, por hipertensão, tuberculose e outros agravos à saúde predominantemente, em relação à população branca (PAIXÃO et al., 2010).

Tal documento ainda denota que as diferenças em escolaridade em pessoas pretas e pardas são duas vezes maiores que em pessoas brancas no que tange o analfabetismo, a taxa de homicídios para homens pretos e pardos coloca-se superior em todas as regiões do país, e as desigualdades na percepção da saúde apresenta-se ainda para essa população como superiores, possuindo a prevalência de resultados entre ruim e regular (CNDSS, 2008).

A partir de tais constatações coloca-se enquanto campo de análise, os determinantes e condicionantes sociais em saúde como possibilidade conceitual de compreensão das relações entre sujeitos e saúde.

Os determinantes sociais em saúde (DSS) estão, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), intimamente vinculados aos modos de vida e trabalho dos sujeitos, podendo ser compreendidos enquanto características “sociais, econômicas, culturais, étnicos/raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007, p.2). Compreender estes processos implica ultrapassar relações de causa e efeito, faz-se necessário apreender a complexidade e interações que produz incidências em saúde na população, e que coexistem em determinadas pessoas e/ou grupos sociais, inclusive os vinculados aos processos de racismo e sexismo enquanto fatores que também produzem vulnerabilidades para dada população.

No Brasil, ao se pensar sobre as condições de saúde da população negra, faz-se pertinente o recorte histórico, donde percebe-se que as marcas do período da escravidão ainda perpetuam-se na atualidade para este povo, as dimensões étnico-raciais nesse sentido, colocam-se como um peso maior ao tratarmos dessas questões pois, o racismo enquanto prática discriminatória e as desigualdades raciais podem ser fatores que tangenciam e operam à oferta de saúde para esta população (KALCKMANN et al., 2007).

Carneiro (2005) utiliza-se do conceito foucaultiano de dispositivo, para analisar e compreender o racismo enquanto estruturante de desigualdades sociais e raciais à população negra, as práticas racistas e de discriminação racial desse modo, atuam de forma a articular-se no seio social enquanto campo determinado e de objetivos estratégicos.

O racismo institucional, configura-se como um fracasso organizacional em ofertar um serviço de qualidade e com profissionalismo por conta da cor, origem étnica ou cultura do usuário, podendo ser diluído em ações, atitudes e processos que demonstram discriminação por preconceito e negligência, provocando desvantagens nas pessoas de determinada cor, origem ou cultura (SAMPAIO, 2003 apud KALCKMANN et al., 2007).

Para Lopes (2005, p. 2), nessa linha de raciocínio, a oferta em saúde e direitos para a população negra podem ser considerados enquanto assimétricos, uma vez observada a interação deste grupo com instituições públicas, nota-se relações diretas e indiretamente com as condições “socioeconômica, condições de vida e de desenvolvimento humano, participação no mercado de trabalho, acesso aos bens e equipamentos sociais”.

Embora sejam descritos por diferentes autores (KALCKMANN, 2007; LÓPEZ, 2012; LAGES, 2017;) que há produções em saúde acarretados por processos institucionalizados de preconceito e racismo no âmbito do SUS, este sistema continua sendo central para atendimento da população negra no acesso à saúde, uma vez que esta está majoritariamente representada nos atendimentos dos equipamentos de saúde.

## 2.2 PERSPECTIVAS EM SAÚDE: povos de terreiro e à Política Nacional de Educação Popular em Saúde

A importância de considerar processos e práticas de saúde não convencionais no âmbito do SUS, surge como uma proposta de complementaridade às práticas da medicina moderna, que por muito tempo foram predominantes na área saúde. São a partir dessas práticas, produzidas no seio cultural e originadas popularmente, que se propõe pensar no âmbito da saúde

da população negra (SPN) a reflexão sobre como esse conceito emerge em comunidades tradicionais de terreiro (SILVA, 2003).

As religiões de matriz africana constituem marcos de resistência da população negra ao passo que integram uma cultura própria e disseminada nos diferentes lugares do país, há uma década, estimava-se existir cerca de 30.000 terreiros ativos no território brasileiro, demarcando diversas expressões dessas religiões no Brasil (SILVA, 2007).

Nestes, as práticas rituais e as relações interpessoais possibilitam trocas de afeto, conhecimento, o acolhimento e a promoção à saúde, utilizando-se principalmente de práticas milenares, como o uso de plantas medicinais na prevenção de doenças e agravos (SILVA, 2007). Pode-se denotar de tais práticas que a promoção da saúde é vivenciada pelos adeptos como uma forma de equilibrar os elos de conexão com as entidades cultuadas nos terreiros, bem como uma forma de preservação da tradição religiosa.

Os terreiros constituem um campo significativo para seus adeptos, propiciando também um modelo de cuidado dotado de sentidos e significados em saúde, bem como estes espaços se colocam como promotores de alternativas em saúde e educação através dos saberes repassados de geração para geração (MANDARINO et al., 2012).

Nesse sentido, Silva (2007) aponta como práticas de encontro entre os saberes do modelo biomédico e as práticas populares em saúde a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras em Saúde (RENAFRO), que desenvolve atividades e projetos junto à comunidades de terreiro no objetivo de valorizar e potencializar os saberes destes, bem como promover troca de experiências entre estes e o SUS, objetivando desenvolver ações em saúde para as comunidades, em parceria e consonância com os princípios do Sistema Único.

Nisto, pode-se perceber que tais práticas em saúde, tanto sistematizadas quanto populares, encontram-se à medida que é considerado o aspecto de complementaridade, ou seja, nesse âmbito uma prática não anula a outra, sendo uma forma de buscar o olhar integral frente às questões de saúde dos povos de terreiro.

Em consonância com Camargo (1976 apud FRANÇA et al., 2016), as práticas em medicina popular constituem um espaço histórico dentro da construção do país, principalmente no que tange considerar os elementos étnicos aqui presentes, em que as populações negra e indígena e os saberes e cultura disseminados por estes, são partes de um processo de produção no cotidiano em saúde.

Para os povos de terreiro, a concepção de saúde envolve aspectos físicos e espirituais, em que os cuidados, nesse sentido, são de práticas que promovam ambas ou mais categorias,

podendo utilizar-se de ervas medicinais para banhos, chás, bem como atividades ritualísticas para o cuidado com o que se concebe como força vital (FRANÇA et al., 2016).

Sodré (2002), compreende que terreiro constitui um espaço para além de delimitações geográficas, onde são estabelecidas formas de trocas de saberes e informações que incrementam possibilidades de ser e partilhar em comunidade, sendo ainda lugar de resistência da cultura negra frente às formas dominantes de conhecimento.

Nesse raciocínio, é possível conceber que as comunidades tradicionais de terreiro propiciam um encontro, além das fronteiras físicas, possibilitando o compartilhamento e ideias, concepções e práticas tanto religiosas quanto um modelo em saúde que repercute positivamente sobre a vida de seus adeptos.

Para Silva (2007, p. 177)

Os terreiros reúnem um repertório simbólico e real de alternativas de informação/ educação/ atendimento na prática de lidar com a saúde e com a educação, podendo tornar-se importante instrumento estratégico para o enfrentamento de várias doenças e para a promoção da saúde (SILVA, 2007, p. 177).

A noção de território dentro do SUS abrange sentidos e significados diferentes, numa primeira leitura, este é lido como um espaço ocupado por sujeitos, famílias e comunidades à qual produzem-no numa dimensão interativa. Tomando esta primeira delimitação, são nos territórios que os sujeitos constroem e reconstróem suas vidas, atuando enquanto seres sociais nesse território-espaço vivo, desse modo esta relação diz respeito ainda às identidades ali produzidas (GONDIM et al., 2008).

Ao considerar os diferentes modos de produção em saúde dentro e fora do SUS, a Educação Popular em Saúde, busca valorizar tais práticas e saberes advindos do seio popular, numa tentativa de troca e diálogo entre as instâncias de produção em saúde de forma a aproximar diferentes atores e níveis de gestão, definindo-se enquanto um política pública orientada pelos princípios de diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada de conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013).

Para Vasconcelos (1997), a educação em saúde é um campo concebido a partir das práticas comunitárias e sociais para o enfrentamento de doenças que assimila, a partir da população, modos de compreensão de adoecimentos, e articula nesse escopo formas de superação de adversidades através de diferentes ações com e na comunidade.

Logo a educação popular em saúde, considera como passo prévio para a construção do cuidado, os saberes da população, sendo uma aposta pedagógica entre os saberes e fazeres dos

sujeitos em sua história de vida, construídos na realidade sob inúmeras formas de superar adversidades, inclusive em saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Nesse sentido, para a educação popular, a produção desta coloca-se como centralizado nas relações sociais e comunitárias, enquanto prática social, permeada por diferentes agentes, engajados ético-politicamente, através de movimentos sociais, possibilitando ainda nessa produção, uma análise apurada da realidade, com vistas à sua transformação (FALKENBERG et al., 2014).

Portanto, dentro dessas constatações elenca-se como um trabalho da PNSIPN e da PNEPS o desafio de tratar da especificidade dos povos de terreiros, isto é, no nível das três esferas de gestão em saúde, buscando reconhecer e desestigmatizar as práticas e saberes terapêuticos preservados por religiões de matriz africana, promovendo um elo entre as práticas tradicionais e técnicas no âmbito do SUS através de trocas dialógicas de saberes, fortalecendo o princípio de integralidade através da valorização das práticas populares no que tange à saúde (OLIVEIRA, 2003).

### **3 METODOLOGIA**

Esta pesquisa, em termos de finalidade, caracteriza-se como uma pesquisa aplicada, visto que possui ampliar o conhecimento do lócus de estudo frente à produção de conhecimento dentro das práticas populares em saúde, produzidas na comunidade de terreiro Ilê Axé Omimdandereci e Mutalegí. Classifica-se ainda enquanto exploratória, donde objetiva-se proporcionar maior conhecimento sobre o assunto e maior familiaridade com o tema, e de caráter qualitativo (GIL, 2017).

O campo de pesquisa foi buscado junto ao Núcleo de Educação para a Promoção da Igualdade Racial (NEPIR), enquanto setor do departamento da Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho (SEDEST- Juazeiro do Norte), inserido na Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do referido município, que tem como objetivo promover a igualdade étnica e o combate às desigualdades sociais, e buscando ainda estimular ações afirmativas.

Utilizou-se da proposta metodológica em pesquisa participante, a relação dialética, que neste caso, surge entre pelos preâmbulos da PNSIPN e às práticas populares em saúde, cabendo neste sentido captar a realidade com vistas também na reflexão da mesma pelos participantes.

A pesquisa participante tem como elemento, um modelo em que participantes/comunidades envolvidas não são agentes passivos durante o processo, possuindo

como intuito a proposta de emancipação destes através da reflexão da própria realidade em que estão inseridos. Constata-se também desse tipo de pesquisa, a horizontalidade nas relações estabelecidas entre pesquisador e informante de forma a considerar que a condução do processo não se mantém engessado no papel do pesquisador (GIL, 2017).

Nesse sentido, apoia-se numa leitura base construcionista, em que buscou-se compreender o modo como as pessoas, pertencentes a comunidade de tradicional de terreiro, compreendem/dão conta, das práticas populares em saúde desenvolvidas, de forma a refletir sobre como nesse espaço, estas também se organizam, utilizando-se da roda de conversa.

Para Spink e Medrado (2013), a roda de conversa propicia a produção de sentidos em coletividade, e que nesse método é possibilitado trocas dialógicas num sentido dinâmico no qual pode surgir de diversos atores.

Para tanto, no campo em questão, inicialmente foram explanadas questões sobre a proposta da roda de conversa, seguido da leitura dos termos de consentimento livre esclarecido, pós-esclarecido e de uso de imagem e voz, e assegurado o sigilo e uso restrito para a pesquisa. Após isto, buscou-se desenvolver o diálogo através de perguntas norteadoras de práticas em saúde, que foram: 1) Quando falamos em saúde, quais são as primeiras impressões que surgem para vocês? 2) Como vocês vêm as questões de saúde no terreiro? 2) Falem um pouco sobre as formas de cuidado em saúde que são praticadas no terreiro.

Nesse sentido, compreende-se que as rodas de conversa, são espaços que se denotam como práticas ativas nas produções de conhecimento e negociações de sentido, autores as consideram como permeadas pelos diferentes modos de interação social, e que implicam uma posição protagonista dos integrantes nesta forma de produção de conhecimento (BATISTA et. al., 2014; MENEGON, 2013).

Tal momento foi acompanhado por diário de campo, este instrumento para Neves (2006), busca o registro minucioso das atividades realizadas e ainda os acontecimentos e impressões subjetivas que advém do lócus de pesquisa, bem como contemplam as observações teóricas que contribuem para o entendimento de determinado fenômeno.

Medrado, Spink e Mélo (2014) apresentam o diário de campo, enquanto uma também produção discursiva, uma vez que são uma forma de produção de linguagem na ação dada, não ficando apenas no campo do registro, mas para o delineamento em questão, são tidas enquanto práticas do discurso, que possibilitam a análise e o diálogo, na medida do desenvolvimento da pesquisa, possibilitando ainda a construção de relatos, e funcionando como espaço para dúvidas e impressões da pesquisa. Tal ferramenta possibilitou a convergência de percepções e impressões vivenciadas na roda de conversa.

Os critérios de participação deram-se por pessoas que possuem a maioridade legal, que estavam participando das ações/atividades na comunidade tradicional de terreiro, e disposição a participar livremente da roda de conversa. Os participantes da pesquisa contabilizaram um total de seis, sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino, possuindo enquanto perfil racial quatro pessoas pretas e duas brancas. Como uma forma de garantir a ética, as identificações destes delimitaram-se ao uso de nomes de plantas e ervas medicinais, preservando a ética da pesquisa.

Para tanto o momento da roda de conversa foi acompanhado por gravador de voz, do qual posteriormente realizou-se a transcrição na íntegra dos diálogos. O modelo utilizado de interpretação de informações foi o mapa dialógico, que como apontado por Spink e Lima (2013), que possibilita a visibilidade sobre as inter-relações dos repertórios interpretativos, as alocações de sentidos, negociações e jogos nas eminências dialógicas.

O meio de análise das informações deu-se a partir da leitura destas práticas discursivas, que possibilitaram o estabelecimento e produção de enunciados em dado espaço (MELLO et al., 2007). Estas colocam-se no eixo central das pesquisas de base construcionista, e estão implicadas na variedade das produções sociais, possibilitando melhor compreensão das produções de sentido no cotidiano (SPINK; FREZZA, 2013).

Nesse aspecto, utilizou-se da ferramenta Excel Word, para organizar os sentidos das práticas discursivas em categorias de análise, estas são: Políticas Públicas, Intolerância Religiosa e o processo de adoecimento, e Cuidados e sentidos em Saúde. Após sistematização de informações através dessa ferramenta, os resultados e discussões estão apresentados a seguir.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

As religiões de matriz africana são representadas pelo enraizamento cultural e étnico de diferentes povos africanos que aqui trabalhavam no período escravocrata, constituindo um berço de religiosidade propagadas por diferentes povos como os Jejê, Congo e Angola. O candomblé e suas nações, representação maior da herança do povo negro no Brasil, demonstram a preservação da religiosidade através de sua ritualidade, crenças, dogmas e símbolos mantidos por meio da tradição oral (PRADI, 2003).

Nessas práticas, a concepção de homem e mundo são tidas a partir da visão que seus adeptos possuem enquanto cosmologia religiosa<sup>4</sup>, donde partem olhares para sujeito e seu espaço enquanto marcados pela divisão entre os homens e os orixás. Para Mota e Trad (2011), essas concepções são fundamentais para compreender os sentidos dados à saúde, uma vez que são as relações estabelecidas com o sagrado, seja por intermédio da música, da dança, do culto e do uso de plantas e ervas medicinais, nos quais as religiões de matriz africana preservam e constroem significados próprios para a vida e suas decorrências.

No contexto dessas produções, na categoria de análise “Políticas Públicas”, são exploradas as inferências sobre a PNSIPN em sua diretriz IV, a PNEPS e seus princípios, e Atendimento e cuidado no SUS sendo estas, subcategorias de discussão.

#### 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: Caminhos na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)

As práticas populares em saúde preservadas no cerne das religiões de matriz africana, constituem um campo de saberes e conhecimentos que perpetuam-se através da tradição, estas são formas de cuidado ora próprias, ora complementares à outras práticas convencionais que situam o campo da saúde (SILVA, 2003).

Enquanto proposta em educação popular, os diálogos entre esses campos de saberes integram os processos de produção em saúde individuais e coletivos através de trocas e aproximações entre os diferentes protagonistas que, comunitariamente, enfrentam e compreendem o adoecimento enquanto processo a ser trabalho a partir do cuidado coletivo por meio de saberes e fazeres construídos na realidade (GOMES; MERHY, 2011).

Tal leitura pode ser denotada através da produção de sentido abaixo trazido por Manjerição ao tratar dos processos de cuidado no terreiro:

[...] é você enxergar várias possibilidades, e essas várias possibilidades não é só para você... você consegue muito mais trabalhar sua saúde quando você ajudar o outro. Então você perceber o outro enquanto ser, enquanto pertencente a uma mesma causa e se solidarizar com isso, você consegue promover essa saúde do seu grupo.  
(Manjerição)

No diário de campo, tal ideia suscitou a compreensão de que no terreiro, a construção de conhecimento é sempre partilhada. As experiências dos mais velhos integram às dos mais novos e assim produzem sentidos e significados daquele universo. Tal qual apresentada por

---

<sup>4</sup> Conceito apresentado por Bastide (2001) ao argumentar sobre o Candomblé e sua representação na Bahia, que designa o conjunto de saberes sobre o universo e o cosmos aos quais esta religião possui enquanto firmamento.



Sodré (2002), as delimitações geográficas não dão conta dessas formas de trocas e saberes, que por sua vez possibilitam o habitar e partilhar no viés de comunidade.

Góis (2008) apresenta a construção comunitária em saúde como um primeiro passo para o processo de emancipação, em comunidade as pessoas constroem-se enquanto sujeitos que colaboram mutuamente na partilha da vida comunitária, nessa vivência abre-se possibilidades para compreender o cotidiano e construir sentidos e significados. Para o autor, é imprescindível compreender a saúde a partir dos sujeitos comunitários em seus dramas cotidianos, ou seja, na sua realidade com percalços e sonhos sobre o viver e o lugar.

Para Daron (2014), o cuidado comunitário como fator preponderante para pensar saúde e coletividade, é uma leitura essencial enquanto contexto da educação popular em saúde, logo, a valorização e consolidação de vínculos no cotidiano de pensar e fazer saúde são pontos que estão presentes na comunidade tradicional.

É perceptível esse aspecto quando é trazido que a população valoriza não só a melhora em um quadro de saúde, mas os vínculos, partilhas e compreensões como anteriormente citado (MANDARINO et al., 2012). A dimensão afetiva estabelecida pelos processos de cuidado é definida em:

[...] esse atendimento que o terreiro presta para uma comunidade, não é um de curandeirismo, mas sim de tratamento por que não se é vendido uma cura, não se é vendido, como eu posso dizer... não se é vendido um exame, não se é vendido uma cirurgia, mas sim é dialogado com as pessoas que aqui se encontram presentes possíveis métodos para que a pessoa consiga se encontrar dentro do que ela achar que está doente. (Eucalipto)

Nisto nota-se que a demonstração de sentido sobre o que seja saúde, é permeado por significados dentro da própria religião, recorrendo ainda a práticas como o diálogo para a construção deste. O cuidado em saúde enquanto relações comunitárias, contribui para pensar os processos em saúde que perpassam o Ilê, estes numa leitura em Psicologia Social Comunitária implicam o reconhecimento de cada sujeito no processo, suas diferenças, seu lugar, sua voz e singularidade, essas características fundem-se no sentido comunitário vislumbrando a autonomia dos sujeitos frente aos seus processos, inclusive os em saúde, como apresentado por Eucalipto (GUARESCHI, 2012).

O princípio de diálogo da PNEPS permeia os sentidos produzidos sobre saúde para as pessoas dessa comunidade, a política apresenta este conceito enquanto

encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade (BRASIL, 2013, parag. 1).

Por sua vez, é trazido no contexto do terreiro que essa possibilidade de encontro através do diálogo é base da religiosidade:

a gente faz parte de uma religião que tem como princípio de cultura essa tradição voltada pra oralidade, então o diálogo ele é essencial dentro de uma comunidade de terreiro ele é essencial... [...] e é isso, acho que o princípio, o princípio da saúde dentro dos terreiros é o diálogo. (Eucalipto)

Esses conhecimentos trazidos pelos povos de terreiro suscitam inferências sobre o processo de construção deste, que muito assemelham-se à proposta dialógica da PNEPS, e remete-se ainda ao princípio de construção compartilhada de conhecimento. Nesse sentido, é possível compreender tais práticas enquanto valorizadas popularmente, bem como está explícito que esta política torna-se congruente ao enxergar e valorizar essas práticas populares também mantidas por comunidades tradicionais.

Sicari (et. al., 2014) nos possibilita perceber que a proposta de educação em saúde perpassa pensar o sujeito que, a partir das relações sociais, constrói a realidade, a estratégia educativa por sua vez se coloca como alavanca para os processos de relação entre sujeito-realidade e os sentidos produzidos nesta. Nesse sentido, a leitura da PNEPS converge-se a perspectiva em psicologia comunitária, ao trazer o sujeito enquanto potencialidades e experiência que constituem sua realidade e singularidade.

Num outro aspecto, o princípio de amorosidade enquanto possibilidade de ampliação do conhecimento através da ação educativa, seja sensível ao diálogo e diferentes formas de compreensão e cuidado (BRASIL, 2013), aparece nas reflexões discursivas quando Eucalipto trata da sua inserção na religião:

Então foi isso que me motivou a querer ainda mais fazer parte daquilo ali, porque era ali onde tinha pessoa que eram parecidas comigo, era ali onde tinham pessoas que gostavam de mim e era ali onde tinham pessoas que me entendiam... (Eucalipto)

Tal colocação dá margem para compreender a partir de Mandarino et al., (2012) que as comunidades de terreiro são campos que produzem sentidos e significados para os praticantes, e estes abarcam as noções de comunidade, religiosidade e cuidado. Logo, pode-se perceber que os sentidos comunitários de acolhimento apresentado pelas comunidades tradicionais dão forma aos vínculos construídos ali.

Isto também reitera a perspectiva trazida por Góis (2008) sobre a saúde enquanto concebida pelos laços comunitários, para o autor, a afetividade é um ponto de partida do sentido em comunidade.

Trazendo essa leitura para o âmbito das comunidades tradicionais, essa questão reverbera para as possíveis compreensões em saúde advindas dos povos de terreiro, percebe-se que essa contextualização sobre afetividade faz-se presente nos sentidos produzidos no cotidiano pelos povos de terreiro do Ilê Axé Omimdandereci e Mutalegí.

#### 4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS: a diretriz IV da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN)

A manutenção e preservação dos saberes e fazeres mantidos pelos povos de terreiro, é uma premissa da PNSIPN (BRASIL, 2013), esse entendimento coloca-se enquanto ponte para este processo, ou seja, o reconhecimento dessas práticas sedimenta a política ao passo que a valorização dos modos de produção em saúde das comunidades de terreiro constitui um modo de cuidado em saúde da população negra.

No cotidiano em saúde as práticas do Ilê estão conservadas pelo uso de ervas e plantas medicinais, enquanto conhecimento repassado pela tradição religiosa como elenca Eucalipto:

[...] a gente sempre opta primeiramente por se tratar de uma comunidade de terreiro, a gente pensa sempre em primeira instância no quesito espiritual, em seguida também dentro dos conhecimentos ancestrais, sim é passado algum tipo de cuidado que eu poderia chamar de medicina popular onde através da utilização de ervas, da utilização de frutas, de legumes, do que a terra pode nos propor. (Eucalipto)

Para Silva (2007), tais práticas e trocas de saberes em saúde, religiosidade e comunidade contribuem para a noção de cuidado, pois são tomadas enquanto práticas que buscam a revitalização do sujeito através dos encontros entre espiritualidade e cotidiano, esse modo de cuidar coloca-se enquanto uma premissa para equilibrar os elos com o sagrado para as comunidades tradicionais de terreiro.

Neste ponto, a proposta da PNSIPN contempla o conceito dialógico na produção em saúde, colocando como pontos de confluência os saberes populares das comunidades e os técnico-científicos conceituados pelo SUS (BRASIL, 2009).

Para Lopes (2006 apud ALVES; SEMINOTTI, 2009), é fundamental na compreensão da saúde para os povos de terreiro, considerar a noção de temporalidade nas religiões de matriz africana, uma vez que há diversas leituras sobre as práticas ancestrais em saúde e religiosidade, estas constroem a realidade e permeiam a identidade dos sujeitos praticantes.

Se tratando da Saúde da População Negra, as constantes reivindicações sociais para o poder público reconhecer as produções em desigualdade vivenciadas por esta população, propiciaram perceber as diferentes vulnerabilidades sociais e em saúde vivenciadas por estes, como anteriormente apontado (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013; LÓPEZ, 2012).

Para Sawaia (2008 apud LAGES et al., 2014) os processos de desigualdade e exclusão sociais, proporcionam para os sujeitos sofrimentos psíquicos, e nesse processo, a capacidade de organização, resistência e luta são fragilizadas em determinado grupo social que estão atingidos por estes processos.

A atual conjuntura política que surge no discurso de Camomila corrobora para compreender estes processos de adoecimento psíquico e o impacto destes nas ações de fortalecimento dos povos de terreiro

E isso se torna pior diante dessa situação que a gente tá vivendo hoje, com a nova gestão aí 2019, a dor só vem a aumentar, porque a gente sabe que a batalha que a gente vê pela frente, e que embora somos maioria, mas essa maioria não se faz maioria porque muitos se calam, aceitam ficar em seus cantinhos, em seus fundos de quintais e realmente, a nossa dor só vai aumentar... (Camomila)

O tema elencado pela participante pode ser lido como um fundo para o conteúdo sobre o sofrimento, os processos de desigualdade vivenciados pela população, inclusive proporcionados pelo racismo, colocam os povos de terreiro enquanto principais alvos de vulnerabilidades. Para Fanon (2008) o racismo enquanto um fator social, produz grandes impactos na subjetividade da população negra, e para a negritude enquanto marca na pele, resta para essa população o agir na luta antirracista.

Retomando Sawaia (2008), esta discute o sofrimento ético-político enquanto processo de negação de identidades e exclusão, e nisto compreende o sofrimento psíquico como advindos de um espectro social. Tal leitura é imprescindível para compreender os impactos dessas relações étnico-raciais nas subjetividades dos sujeitos, como em questão, a da população negra.

Nessa esfera, também cabe a compreensão trazida por Lages (2014) em tratar do compromisso ético-político da Psicologia contra as diferentes formas de discriminação e racismo, possibilitando a abertura para a visibilidade das desigualdades no sentido de combater diferentes formas de opressão, e em sua atuação priorizar a interface com as políticas públicas na luta pela garantia de direitos.

De outro modo, o apontamento trazido por Camomila, dialoga com os sentidos produzidos no diário de campo enquanto também importante a necessidade do Controle Social e dos movimentos sociais para monitoramento das políticas públicas para a população negra. Isto vai de encontro ao proposto pela PNSIPN que toma enquanto direcionamento a “ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde”, tendo como base de discussão a gestão participativa no Sistema Único (BRASIL, 2013, diretriz II).

É pertinente ressaltar para esse fortalecimento, o viés da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), que agrega a garantia de direitos ao acesso às políticas públicas sociais, buscando o reconhecimento das formas próprias de organização dessas comunidades e representação dessa população no âmbito do controle social (BRASIL, 2007).

#### 4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: atendimento e cuidado em saúde

A oferta em saúde para a população negra como apresentado por diferentes autores (KALCKMANN, et al., 2007; LÓPEZ, 2012; LAGES, 2012) possui enquanto campo institucionalizado no SUS, barreiras nesse processo. Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) colaboram no trabalho de compreender de que forma esta população vem sendo atingida por desigualdades que interagem no processo de margeamento dessa população nos espaços de saúde.

As demarcações étnico-raciais são um ponto de partida para compreender as condições em saúde de determinada população, nesse sentido Oliveira e Figueiredo (2004) denotam que a população negra, num recorte histórico, tem sido mais atravessada por vulnerabilidades sociais, inclusive em saúde. Corrobora a essa questão quando é discutido a noção de saúde por Camomila que trata:

A falta de auxílio que nós temos... porque quando se fala em saúde da população negra, se bem observado, a gente não tem o atendimento necessário, não tem voz nos equipamentos. Tem vários exemplos de equipamentos aqui por perto que se um negro, eu negra, for atrás a procura de atendimento eu não vou ter o atendimento igualitário aos de cor branca, ou seja nós não temos o auxílio necessário... (Camomila)

Werneck (2016) compreende que a produção de vulnerabilidades está intimamente associada aos processos de racismo experienciados por adultos, jovens, crianças e idosos, mulheres e homens negros, que têm no SUS barreiras para além da sua própria condição de saúde. A discriminação racial nos serviços de saúde coloca-se enquanto barreira para os povos de terreiro, uma vez que este deixa de ofertar a integralidade em saúde.

A imposição de barreiras no atendimento à população negra é caracterizada pelo conceito de racismo institucional, que revela-se na incapacidade de equipamentos e ou/ serviços em atender com qualidade seus usuários por conta de sua origem étnico/racial (KALCKMANN et al., 2007).

Em estudo Tavares, Oliveira e Lages (2013), constaram que os profissionais em saúde, principalmente em psicologia na sua atuação, frequentemente não percebem as implicações do racismo no atendimento em saúde, logo coloca-se como significativo refletir tais práticas alinhadas as orientações do Código de Ética da Profissão, juntamente às Referências Técnicas de atuação no âmbito das relações étnico-raciais, bem como da Resolução nº 18/2002 do CFP.

Emerge ainda do diário de campo a reflexão sobre a efetivação das Políticas Públicas no cuidado em saúde, não somente restritas à SPN, mas no viés de humanização em saúde e modos de oferta e procura. Cruz (p. 7, 2016) nos aponta que uma das dificuldades para a

o encontro clínico e oferta de cuidado na perspectiva da PNSIPN são os “estereótipos e generalizações étnico-raciais sobre o usuário”.

Coloca-se presente a percepção do usuário do SUS quando Alfazema aponta uma realidade nos equipamentos de saúde que conhece

Quer dizer, eu acho assim, na maioria das pessoas que nos postos né essa área de saúde, a maioria das pessoas são mal recebidas por não vestir, não ir com uma roupa adequada bem elegante não ter uma bolsa bem bonita, tom de pele também né, não falar direito, não se expressar direito então para eles ali essa pessoa passa a ser um nada, um nada. É um zero à esquerda ou então não existe aquela pessoa, eu acho muito errado isso. (Alfazema)

É possível olhar esse fenômeno a partir do conceito de Desencontro Clínico que agrega enquanto consequência, o racismo institucional que pode estar presente na oferta em saúde, como apontado existem ainda barreiras outras neste processo, como a vulnerabilidade social que esta população encontra-se suscetível, colocadas enquanto empecilho no acesso ao cuidado (CRUZ, 2016).

Sabendo que as implicações sociais reverberam efeitos na produção em saúde, e que na perspectiva em saúde comunitária os sujeitos são atravessados por sentidos e significados coletivos, faz-se importante revisitar o papel dos profissionais em saúde mental em apropriar-se dessa leitura da realidade, no sentido de analisar as diferentes formas de vulnerabilidade e opressão vivenciadas pelos povos de terreiro e pela população negra na oferta em saúde, e abrir mão de um enfoque meramente de práticas clínicas tradicionais para ampliar a sua dimensão de ação com enfoque comunitário (GÓIS, 2008).

#### 4.4 INTOLERÂNCIA RELIGIOSA E O PROCESSO DE ADOECIMENTO

Enquanto segunda categoria de imersão de sentidos, a temática de intolerância religiosa e seu impacto no processo de adoecimento colocou-se enquanto pauta de discussão na roda de conversa, propiciando que nesse espaço os envolvidos pudessem nesse momento compartilhar e compreender aspectos da relação religiosidade e sociedade na realidade do terreiro.

Por sua vez, a região do Cariri, é berço de cultura e religiosidade marcada pela figura de Padre Cícero, apresenta-se também na região um número elevado de comunidades de terreiro de diferentes religiões e nações. Como marco desta presença na região, anualmente a articulação dessas comunidades promove a caminhada pelo combate à intolerância religiosa, que possui diversas edições, essa presença na esfera social dos terreiros também se denota na realização do Congresso de Tradições de Matrizes Africana e Indígenas no Cariri, que neste ano contou com sua terceira edição (RODRIGUES, 2017).

A intolerância religiosa possui diversas facetas, tal fenômeno acomete as religiões de matriz africana tendo em seu cerne o racismo como principal causa. Acrescenta-se que o olhar da sociedade para essas religiões está permeado por imaginários sociais e representações de cunho negativo do que sejam os dogmas, ritos e celebrações cultuados pelos povos de terreiro, sem necessariamente corresponderem à realidade concebida pelas diferentes religiões afro (OLIVEIRA, 2007).

Para Silva (2007), no Brasil este fenômeno passa desde a atos sutis até ataques nas comunidades de terreiro, e de acordo com o autor, essas violências, num panorama geral, advém de igrejas neopentecostais e seus adeptos.

Para Eucalipto, o imaginário social sobre os terreiros e religiões de matriz africana são uma questão para a perpetuação de casos de intolerância

Eu acho que elas não conseguem enxergar muita coisa ao redor não, é como se... é uma religião vinda da África, “poxa é uma religião de preto, então é uma religião que não presta, não é uma religião que faz coisa boa...”, como é que você sabe? Você já foi a um terreiro? “não, mas é porque minha mãe me contou...” E ela já foi no terreiro? “não, mas a mãe dela contou... ou o pastor, ou ela viu na TV”, e a gente nunca vê um argumento concreto das pessoas do porquê tanto ódio e tanta intolerância em cima da nossa fé, e dói... (Eucalipto)

Como apresentado durante o texto, as práticas religiosas estão intimamente ligadas com a promoção de saúde para os povos de terreiro, alguns autores (PANZINI; BANDEIRA, 2007; MURAKAMI; CAMPOS, 2012) apontam para a importância que a religiosidade tem sobre seus adeptos podendo ter impactos na saúde mental destes.

Para Oliveira e Junges (2012) aspectos de qualidade de vida surgem na interface com a religiosidade, propiciando graus de saúde mental quando elencados ao suporte social, práticas religiosas e sistema de crenças e dogmas. Ambos os espaços, saúde mental e espiritualidade surgem como apontadores de percepções de sentidos e significados para a vida.

Por sua vez, Vasconcelos (2006) nos apresenta que a dimensão da religiosidade e espiritualidade na vida das pessoas constituem diferentes processos de interação social e subjetividades, produzindo movimentos na concepção de mundo, de sujeito e de vida.

Tais considerações sobre, direitos, intolerância e produção em saúde são apresentados por Aroeira quando elenca que:

Minha doença é essa... chega aqui “a senhora tá doente?” “a senhora tá doente?”, não, é porque o meu vizinho me proibiu de tocar. (...) Pra mim é uma doença que nem o médico, o melhor médico do mundo não vai curar, a doença tá dentro de mim, a dor é dentro de mim né... (Aroeira)

Através do diário de campo, na leitura desse momento, pode-se perceber que esse sentido atribuído à saúde desta integrante mobilizou diferentes aspectos nas pessoas que estavam ali, e a partir daí foi-se trazido o sentido de saúde/ adoecimento como parte da relação estabelecida através dos vínculos no terreiro. Esta compreensão pode ser lida como algo que

atravessa todas as religiões, mas não necessariamente é diluído em todas elas, reafirmando que as religiões de matriz africana são mais fortemente atingidas por preconceitos e intolerância religiosa, como os autores citados discutem.

Tal articulação é reiterada ao ser trazido que:

[...] a vizinhança contribui para essa saúde ou para o adoecimento? E aí quando contribui para esse adoecimento é quando você tem que lidar com uma vizinhança que você não pode bater seu tambor que ela liga pra polícia dizendo que você está fazendo baderna, é um adoecimento, quando você por exemplo não pode tocar porque você vai ser apedrejado isso constitui um adoecimento mental (...) de repente aqui dentro eu tenho, eu sou o Iyawô, mas lá fora quando eu sou um profissional, eu não posso ter esse papel social, ser esse religioso, então quando tira esse direito se ser religioso também constitui um adoecimento. (Manjerição)

E se causa um adoecimento em um, esse adoecimento é causado na comunidade toda porque nós vivemos em comunidade, o que um passa, o outro passa junto, o que um sente o outro sente junto... Esse é o sentido amplo do ser de terreiro, do ser de Candomblé do ser de Umbanda, do ser de Jurema do ser de Quimbanda, do ser de qualquer um tipo de religião de matriz africana, ou de matriz afroindígena, ou que tenha esse conceito de comunidade como princípio (Eucalipto)

Este espaço possibilitou reflexão, em registro, sobre de que forma a sociedade, os movimentos sociais e os profissionais de saúde podem atuar quando há a cronificação de situações de adoecimento da população negra, que estão sendo provocados pela violação de direitos constitucionais. Surge como questão o trazido pela PNSIPN, que referencia na organização da política, a atuação e a possibilidade de trabalhar com ações afirmativas que promovam a igualdade racial (BRASIL, 2009).

O senso de comunidade dos povos de terreiro, como trazido por Eucalipto os possibilita compartilhar e compreender também a vivência de situações desconfortáveis, logo, apresentam também uma noção de saúde enquanto vínculos e laços ali estabelecidos que podem funcionar como uma rede de apoio.

Em consonância com Falkenberg et al., (2014), é possível compreender este aspecto como característico das comunidades de terreiro através do olhar ampliado em saúde-adoecimento, que por sua vez que se propõe a perceber os diferentes determinantes, inclusive sociais, que possibilitam pensar para além da articulação técnica em saúde, abrangendo os movimentos de enfrentamento que pessoas, comunidade e território possuem.

Em pesquisa Alves e Seminotti (2009) constataram que a noção vínculos comunitários e território está fortemente associada aos processos de saúde para os povos de terreiro, por sua vez, as relações construídas nos terreiros são fontes de ações, conhecimento e saúde mental tanto individual quanto coletivamente, o fortalecimento da atenção nessa área contribui para a prerrogativa da PNSIPN no que tange a articular ações visando a prevenção de adoecimentos psíquicos acarretados por fatores de discriminação racial e exclusão possivelmente vivenciados pela população negra.



Para Ximenes et al. (2011), a saúde mental na perspectiva comunitária perpassa uma leitura em rede, na qual existem diferentes formas de pensar e fazer a realidade, mediado por crenças e valores individuais e coletivos que engendram o sentido de comunidade no caminho para a autonomia.

Góis (2008) define a saúde mental enquanto uma prática desenvolvida entre sujeitos-diálogo-ação, compreendendo a saúde enquanto responsabilidade social e da própria comunidade. Nesse sentido o autor proporciona pensar que os sentidos produzidos em comunidades de terreiro, os vínculos estabelecidos e os cuidados em saúde convergem-se na produção de saúde mental das pessoas que ali pertencem enquanto grupo/ território.

Soma-se ainda a relevância de pensar a saúde dos povos de terreiro como um fazer continuado em saúde, que não se realiza sozinho. As diferentes dimensões que atravessam os povos de terreiro, direitos, unidade, saúde, comunidade e fé possibilitam perceber que as atuais perspectivas em saúde não dão conta de todos esses processos, e é importante que isso aconteça para tais dimensões serem valorizadas e percebidas na construção em saúde.

A laicidade também é um ponto em questão trazido pelos povos de terreiro, assegurada pela Constituição, a liberdade religiosa e de crença apresenta-se como uma constante no direito destes povos que, em meio à intolerância são afetados em sua saúde (BRASIL, 1988).

Os direitos eles precisam ser iguais, ambos os lugares eles são ambientes religiosos... então entende o quanto é doloroso e causa adoecimento, porque, a gente sabe que tá vivendo, a gente sabe que tá no mesmo espaço, tem os mesmos direitos, mas as pessoas querem impor como se a gente fosse menor, como se a gente não importasse, como se a nossa religião não existisse. (Eucalipto)

Morais (2012), considera que na promoção de políticas que reiterem o Estado laico, há uma relação dual que por um lado quer representar a diversidade étnico-cultural do país, e de outro deve atender as demandas dos movimentos sociais que buscam a valorização da identidade negra culturalmente, nesse espectro é imprescindível amparar-se na dinâmica de valorização cultural e ações afirmativas para as comunidades tradicionais de terreiro.

Pode-se apreender que a produção em saúde nos terreiros perpassa a garantia de direitos desses povos, como reiterado pelas políticas de saúde da população negra e de desenvolvimento sustentável às comunidades de terreiro. Fica enquanto questionamento o papel do poder público em suas diferentes instâncias na caminhada pela garantia de respeito às diferentes formas de religiões e crenças, assegurando o combate e promovendo ações e diálogo no intuito de superar a intolerância religiosa.

#### 4.5 CUIDADOS E SENTIDOS EM SAÚDE: segurando o Alá de Oxalá<sup>5</sup>

Silva (2007) nos apresenta através da experiência com Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO) que as possibilidades de leitura sobre a produção de saúde em comunidades de terreiro são inúmeras, principalmente se vistas enquanto práticas parceiras do SUS, nas comunidades cada qual a seu modo, são alocados e estabelecidos processos de autogerenciamento da saúde.

Como apresentado anteriormente, os diálogos para essas comunidades são bases para a promoção do cuidado das pessoas, em consonância a isto, Eucalipto elenca:

quando a gente fala de oralidade, a gente fala justamente desse contato dessa troca de energias, a troca de axé, o axé é toda essa energia que é entre duas pessoas boas, todas essas energias saudáveis, essas energias de cura, faz tudo.. até um diálogo, um bom dia é essa troca de axé. Nós somos filhos, netos e descendentes de um geração de tradição oral, então a saúde dentro do terreiro assim como qualquer outra coisa é tratada através da oralidade, um ensinamento, uma reza, uma história que é contada, tudo, tudo, tudo é feito através da oralidade, então com a saúde não poderia ser diferente. (Eucalipto)

Esta definição vai de encontro ao apresentado por França et al., (2016) que em sua pesquisa com povos de terreiro, constatou que este espaço representa uma forma de resolutividade em saúde. Estes, ao pensarem o sujeito sob um olhar da integralidade, ou seja, sendo atravessado por questões materiais, físicas e espirituais, exemplificam o modo de dinâmico de trabalho nos terreiros, que por sua vez possibilita trocas de cuidado e conhecimento.

Na perspectiva em psicologia, faz-se importante pensar o cuidado em saúde para além do patamar clínico, vê-se que se tratando das comunidades de terreiro, a vivência dos processos seja de adversidades ou produções em saúde, estão perpassados pelas singularidades e subjetividades desses povos, logo atuar na valorização e fortalecimento desses vínculos é agir enquanto um modo cuidado em saúde destes.

E essa ação não se faz somente a uma leitura comunitária desses processos, mas sim num compromisso assíduo na garantia de direitos dos povos de terreiro, no intuito de construir e fortalecer ações afirmativas, olhando para esta população através da integralidade e buscando a promoção da igualdade racial.

---

<sup>5</sup> Sentido trazido por Eucalipto, que apresenta “Oxalá quando ele incorpora, quando ele vem em terra costuma-se colocar um Alá, que seria um pano, um lençol branco em cima de Oxalá, cobrindo Oxalá (...) e algumas pessoas carregam esse lençol, e ele fica embaixo desse lençol, e o lençol fica suspenso no ar, segurado por algumas pessoas. Então quando a gente pede proteção para alguém, a gente pede que a pessoa se encontra abaixo do Alá de Oxalá, que o Alá de Oxalá traga paz, sabedoria, tranquilidade, proteção para as pessoas, a gente tá pedindo que esse grande instrumento de proteção para Oxalá também sirva de proteção para nós, que esse grande instrumento de paz de proteção para o Orixá da paz, Orixá do branco, Orixá da tranquilidade da calma, da paciência, ele sirva de proteção para nós também”.

Se tratando do diário de campo, surge um sentido complementar a este trazido por Eucalipto, percebe-se que a oralidade se faz enquanto noção de perpetuação do cuidado comunitário em saúde. Tal questão demonstra a prerrogativa da PNSIPN, que versa sobre produção de saúde através dos preceitos populares. É possível considerar que nesta política, embora o processo de gerenciamento em saúde faz-se a partir do SUS, é fundamental contemplar as práticas mantidas no cerne dessas religiões, pois o senso comunitário destas, contribui fortemente para a formação de vínculos e reconhecimento da saúde do outro enquanto em constante interação com a sua própria, para os povos de terreiro do Ilê Axé Omimdandereci e Mutalegí.

Concomitante a isso, é apresentado que:

Saúde não é a ausência de enfermidade de forma alguma, é você ter uma enfermidade, conseguir encarar essa enfermidade e ter psicológico para isso, isso também constitui saúde, e quando se trata do espaço do terreiro, essa saúde vai além desse espaço aqui porque, nós promovemos saúde a partir do momento que nós conseguimos lidar com o outro (...), quando você consegue lidar com o outro ela... na verdade é conseguindo lidar consigo mesmo, e aí você tá se proporcionando a ter essa saúde... Então ser iniciado não garante a falta de problemas, e essa cura ela é realmente espiritual ela não uma cura de problemas de uma forma a exterminar todos eles. (Manjerição)

Neste processo, é importante considerar que a religiosidade como trazido por Manjerição, é uma das formas de dar conta dos processos em saúde, é percebido nessa conotação de sentido que, para os participantes, a compreensão de membro de um espaço religioso não necessariamente implica ausência de adoecimentos e/ou vulnerabilidades, mas sim enquanto uma primeira ponte para que comunitariamente sejam buscados/promovidos modos de superação de adversidades, além das em saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Esse sentido é trazido por Camomila que enquanto povos de terreiro:

A gente procura da melhor forma possível ajuda da comunidade em si, a gente não tem “aí, preciso disso e vou me curar só” Não, a gente é uma comunidade, a gente busca a melhor forma possível dentro das nossas possibilidades e instrumentos, possibilidades e instrumentos que são ervas, são comidas... (Camomila)

Para Mota e Trad (2011), as religiões de matriz africana, proporcionam aos seus adeptos uma nova concepção do complexo entre saúde-adoecimento-território, donde a rede de apoio social, de afeto e comunidade colocam-se como bases para novas perspectivas em saúde, nesse sentido, denota-se que o manejo em comunidade, é sem dúvidas um potencial dessas religiões na promoção em saúde.

Sodré (2002) nos apresenta o território na perspectiva das religiões de matriz africana, enquanto um espaço dinâmico e plural que conjuga ao mesmo tempo uma questão comum, a diferença e territorialidade do corpo são essenciais para a preservação dessas religiões no solo brasileiro. A pertença, ou seja, a entrada num espaço sagrado ao mesmo tempo que integra a

socialização do grupo, congrega uma demarcação no âmbito do terreiro, o que se apresenta de suma enquanto norteador para a noção de sagrado e simbólico.

O entendimento deste autor acrescenta o sentido trazido por Manjerição ao apresentar o limiar destes espaços:

[...]então quando você compreende que você tá promovendo saúde para você, então quando você chega.... que pra gente é realmente como se fosse um portal, que daquele portão para fora, é um outro universo, aqui dentro é outro, só que o que vai fortalecer enquanto saúde espiritual para a gente é esse portal aqui dentro. (Manjerição)

A centralidade na perspectiva de saúde como ramificação dos processos advindos do terreiro, enquanto sagrado, apresenta-nos que o conceito de saúde para os povos de terreiro participantes, constitui-se também enquanto simbólicos, derivando-se ainda da ligação com o sagrado perpetuada pela tradição religiosa (SILVA, 2007).

Telesi Júnior (2016), apresenta que as práticas integrativas e complementares em saúde paulatinamente têm-se colocado enquanto campo de discussão na atenção básica, as diferentes perspectivas de aprender e cuidar em saúde possibilitam o olhar integralizado para os sujeitos e seus processos.

Nessa perspectiva as comunidades de terreiro apresentam-se enquanto dispositivos de atuação em saúde pública, suas interfaces com o sagrado, a religiosidade e saúde são formas de contextualização dos diferentes modos de cuidado da integralidade dos sujeitos.

No Ilê, há essa compreensão dessa forma de pensar a saúde, e pode-se perceber isto quando é apresentado que

Então a saúde dos povos de terreiro, não é uma saúde trabalhada fora do contexto do terreiro a princípio a resposta tem que ser sempre dentro da espiritualidade já que nós acreditamos nessa espiritualidade, então nós buscamos aconselhamento por parte da espiritualidade, com relação ao nosso estado de saúde e isso não vai de nenhuma forma abolir os cuidados em outras vias de saúde, outras redes de saúde como posto de saúde, ir ao médico, fazer esse check-up, não vai abolir. (Manjerição)

Como discutido anteriormente no âmbito da PNEPS e da PNSIPN, a troca dialógica de saberes e práticas populares possibilitam a compreensão das comunidades de terreiro enquanto disseminadoras de espaços de cuidado e promoção à saúde. Essa compreensão está posta enquanto *modus operandi* na produção de saúde para os povos, logo a complementaridade em saúde habita os diferentes modos de cuidados que a população de terreiro possui.

A noção de conhecimento, território e partilha demonstra-se enquanto espaço essencial para os povos de terreiro:

Eu acho que o maior ensinamento que o Orixá, que o Nkisi, o Vodun, as entidades, os espíritos e os seres de luz passam para gente é esse... É cada um levantar a sua mão para segurar o Alá de Oxalá, cada um, mas precisamos fortalecer essa mão individualmente, para que juntos possamos mantê-la erguido, para manter esse Alá erguido, para que o Alá se mantenha suspenso cobrindo o nosso orixá, nós precisamos manter o nosso punho, o nosso braço forte, e essa força a gente consegue dentro da nossa comunidade. É a nossa saúde. (Eucalipto)

Logo, como anteriormente disposto, os sentidos e cuidados em saúde para os povos do terreiro são indissociáveis de suas práticas comunitárias, sendo sempre uma interlocução entre os processos de cuidados individuais que somam-se em coletivo, promovendo o fortalecimento das tradições populares e do sagrado.

Ademais, reitera-se que o pensar e fazer em saúde não se desvinculam de uma proposta comunitária e democrática na busca da garantia de direitos humanos, a importância dessa leitura no campo da psicologia é indispensável, pois adentrando nesse lugar de produção em saúde através de práticas populares, não coloca-se enquanto espaço de saberes e não-saberes, mas sim que estes são dimensões que ocupam um mesmo lugar, o de compreensão dos diversos modos de produzir saúde, inclusive as pertencentes aos povos de terreiro.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse ínterim, a perspectiva em saúde da população negra, demonstra-se enquanto possibilidade de compreender os modos de produção e cuidado dos povos de terreiro, tais formas não consistem apenas numa centralidade no adoecer destes povos, mas sim na produção de saúde, logo a religiosidade, através do resgate de práticas ancestrais, é base para a saúde dessas populações.

A complexidade das interações entre comunidade-sujeito e saúde-religiosidade trazidas pela comunidade de terreiro em questão, possibilitou compreender que o seio social apresenta-se também numa noção de saúde, por meio dos vínculos e laços ali estabelecidos, funcionando enquanto uma rede de cuidados que permeia as ações no Ilê Axé Omimdandereci e Mutalegí.

O presente trabalho a partir das produções de sentido no cotidiano, aponta para a necessidade de estudos e pesquisas sobre Saúde da População Negra produzidas em comunidades tradicionais de terreiro, principalmente no tocante às políticas públicas, intolerância religiosa e desigualdades em saúde nas suas interfaces com as produções de subjetividades e relações étnico-raciais.

É pertinente ressaltar que o campo da psicologia tem dado novos passos para na SPN, e esse movimento faz-se necessário contribuir com a reflexão da atuação dos profissionais em saúde frente à mediação e diálogo entre saberes hegemônicos e populares que fundamentam as práticas de cuidado em saúde, incluindo-se aquelas preservadas por comunidades tradicionais.

Neste meandro, pesquisar sobre os povos de terreiro é um novo espaço de construção teórica, que apresenta riscos no sentido de trabalhar questões não convencionais em psicologia, ainda sim, através desse trabalho, foi possível produzir leituras sobre o campo de

compartilhamento de conhecimentos e saberes comunitários e a interação destes na produção de subjetividades, o que inevitavelmente implica produzir e fazer saúde. Nesse sentido, González Rey (2003) contribui no tocante a dispor sobre o diálogo em diferentes instâncias de conhecimento nas produções de pesquisas.

Este trabalho representa um primeiro passo no percurso de compreender saúde através dos diferentes modos de acolhimento e das formas produção de novos sentidos, possibilitando enxergar as potencialidades que as comunidades tradicionais de terreiro possuem no seu escopo de ações e perspectivas em saúde.

Por sua vez, a educação popular em saúde contribui no sentido de aperceber-se enquanto prática dialógica e relacional, que dá margem para uma proposta problematizadora em saúde, essa noção advinda de uma leitura comunitária, atravessa o sentido de partilha do conhecimento e horizontalidade de ações e estes, por sua vez, corroboram para a produção de autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, é importante uma constante reavaliação de práticas que estejam alinhadas à produção de saúde e autonomia, na perspectiva da psicologia.

Contudo, faz-se necessário reiterar a importância do controle social no desenvolvimento e proposição de ações afirmativas para os povos de terreiro, é imprescindível no processo de produção em saúde perceber as condições das políticas públicas voltadas para a população negra e quais caminhos estão percorrendo-se na efetivação dos direitos, dando um panorama a pensar pesquisas futuras.

## REFERÊNCIAS

ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 85-91, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

BASTIDE, R. **O candomblé da Bahia**. São Paulo: Nacional, 2001.

BATISTA, C. S.; BERNARDES, J.; MENEGON, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa In: SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. **A produção da informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p.97-122, 2014.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 agosto de 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao)>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)>. Acesso em 18 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 992/GM**, de 13 de maio de 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)>. Acesso em 18 de agosto de 2018.

BRASIL. Resolução nº 16, de 30 de março de 2017. **Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em <[http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT\\_16\\_2017.pdf](http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT_16_2017.pdf)>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 outubro de 2018.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://bdpi.usp.br/single.php?\\_id=001465832](http://bdpi.usp.br/single.php?_id=001465832)>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. IBGE, **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Caracteristicas\\_Gerais\\_Religiao\\_De\\_ficiencia/caracterist](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_ficiencia/caracterist)>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

CNDSS - COMISSÃO NACIONAL PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

CRUZ, I. C. F. (Des)encontro Clínico na perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN. **Apostila Módulo em Saúde da População Negra**, Universidade Aberta do SUS - UNASUS. Brasília, 2016. Disponível em <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2982/apostila\\_unidade2.pdf?sequence=1](https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2982/apostila_unidade2.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

DARON, V. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. IN: BRASIL. (Org.) **II Caderno de educação popular em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 123-150, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

DELGADO, G. C.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R. P. **Seguridade Social**: Redefinindo o alcance da Cidadania. Políticas Sociais (IPEA), v. 17, p. 17-37, 2009. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4347?locale=pt\\_BR](http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4347?locale=pt_BR)>. Acesso em: 18 de setembro de 2018.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de setembro de 2018.

FRANÇA, M. M. L.; QUEIROZ, S. B.; BEZERRA, W. C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO0583>>. Acesso em: 19 de agosto de 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GUARESCHI, P. A. Relações comunitárias –Relações de dominação. IN: CAMPOS, R. H. F. (Org.) **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. 17 ed., Petrópolis: Vozes, p.66-81, 2012.

GÓIS, C. W. L. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de setembro de 2018.

GONDIM, G. M. M.; et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; et al., (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson Learning, 2003.

KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902007000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de agosto 2018.



LAGES, S. R. C. et al. O preconceito racial como determinante social da saúde - a invisibilidade da anemia falciforme. **Geraios, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 109-122, jun. 2012. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202017000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

LAGES, S. R. C. Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a saúde pública. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 69, nov. 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23295>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Funasa, p. 9-48, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/pdf/saudepopneg.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf)>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

LOPEZ, L; C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 novembro de 2018.

MANDARINO, A. C. S.; JESUS, A. N.; PASSY, S. R.; GOMBERG, E. Percursos e significados terapêuticos na religião afro-brasileira Candomblé, **Forum Sociológico**, v. 22, n.1, p. 1-15, 2012. Disponível em:

<<https://journals.openedition.org/sociologico/562#quotation>>. Acesso em: 18 agosto 2018.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. IN: SPINK; BRIGARÃO; NASCIMENTO; CORDEIRP (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. p. 274-294, Rio de Janeiro: Centro Einstein, 2014.

MELLO, R. P., et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 de setembro de 2018.

MENEGON, V. M. Por Que Jogar Conversa Fora? In: SPINK, M. J. P. (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**, São Paulo: Cortez, p. 188-214, 2013.

MORAIS, M. R. Políticas Públicas e a fé afro-brasileira: uma reflexão sobre ações de um estado laico. **Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 14, n. 16, p. 39-59, 2012.

Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/CienciasSociaisReligiao/article/view/26559/20918>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. “A gente vive pra cuidar da população”: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 325-337, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 novembro de 2018.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

NEVES, V. F. A. Pesquisa-ação e Etnografia: Caminhos Cruzados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, 2006. Disponível em: <[https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/Pesquisa-Acao\\_e\\_Etnografia...\\_-\\_VFA\\_Neves.pdf](https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/Pesquisa-Acao_e_Etnografia..._-_VFA_Neves.pdf)>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081\\_saude\\_popnegra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf)>. Acesso em: 19 de agosto de 2018.

OLIVEIRA, M; FIGUEIREDO, N. D. Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, p. 9-48, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/pdf/saudepopneg.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf)>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

OLIVEIRA, R. S. **Candomblé**: diálogos fraternos para superar a intolerância religiosa. 2 ed. rev. e ampl. OLIVEIRA, R. S. (orgs.). Rio de Janeiro: Koinonia Presença Ecumênica e Serviço, 2007. Disponível em <[http://koinonia.org.br/wp-content/uploads/2017/01/koinonia\\_candomble\\_dialogos\\_fraternos\\_completo.compressed.pdf](http://koinonia.org.br/wp-content/uploads/2017/01/koinonia_candomble_dialogos_fraternos_completo.compressed.pdf)

>. Acesso em 18 de novembro de 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de agosto de 2018.

PAIXÃO, M.; ROSSETTO, I.; MONTOVANELE, F.; CARVANO L. M. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009- 2010**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

Disponível em: <[http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades\\_raciais\\_2009-2010.pdf](http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf)>. Acesso em: 02 de outubro de 2018.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, p. 126-135, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018

PRANDI, R. As religiões afro-brasileiras e seus seguidores. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 15-33, 2003. Disponível em: <[http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/108/104&sa=U&ei=TH9zTsEl4efRAb-tzacN&ved=0CBgQFjADOHg&usg=AFQjCNF159qDAOXXMi61\\_B4uZgeQHcWa\\_A](http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/108/104&sa=U&ei=TH9zTsEl4efRAb-tzacN&ved=0CBgQFjADOHg&usg=AFQjCNF159qDAOXXMi61_B4uZgeQHcWa_A)>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

RODRIGUES, A. Juazeiro do Norte tem centenas terreiros ativos. **Diário do Nordeste**. Fortaleza, v. 36, n. 4, 10 de outubro, 2017. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/juazeiro-do-norte-tem-centenas-terreiros-ativos-1.1828341>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Coleção Psicologia Social. 8 ed. Petrópolis: Editora Vozes, p.97-118, 2008.

SICARI, A. A. et al. Psicologia e Educação Popular: uma estratégia de promoção à saúde. **Revista de Educação Popular**, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 135-146, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/26968>>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

SILVA, J. M. (Org.). **Religiões afro-brasileiras e saúde**. São Luís: Centro de Cultura Negra do Maranhão, 2003.

SILVA, J. M. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132007000100008&lng=en&nrm=iso)>

SILVA, V. G. Neopentecostalismo e religiões afro-brasileiras: Significados do ataque aos símbolos da herança religiosa africana no Brasil contemporâneo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 207-236, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132007000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade: a forma social negro-brasileira**. Rio de Janeiro: Imago Editora: Salvador, 2002.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**, São Paulo: Cortez, p. 1-21, 2013.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.), **Práticas**

**discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas, São Paulo: Cortez, p. 22-41, 2013.

SPINK, M. L. P. LIMA, H. Rigor e Visibilidade. In: SPINK, M. J. P. (Org.), **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas, São Paulo: Cortez, p. 71-99, 2013.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L. V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 580-587, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 de novembro de 2018.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 13-157, 2006. Disponível em <<http://www.anped.org.br/sites/default/files/t066.pdf>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de setembro de 2018.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 novembro de 2018.

XIMENES, V. M. et al. Saúde Comunitária e Psicologia Comunitária: suas contribuições às metodologias participativas. **Psicol. Pesq.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 4-13, 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.