

“A VIDA É UMA DOENÇA INCURÁVEL” - CURA E CUIDADO NA TRADIÇÃO DE TERREIROS AFRO-BRASILEIROS NO RIO DE JANEIRO: CONTRIBUIÇÕES PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

“quanto mais você aprende, mais coisas vê para aprender.”

(FOOT WHYTE, 2005, p.321)

Márcio Luiz Braga Corrêa de Mello [*]

Simone Santos Oliveira [**]

[*] Doutor em Ciências - Instituto Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz mlbmello@gmail.com

[**] Doutora em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz simone@ensp.fiocruz.br

Resumo

Este trabalho teve como objetivo dar visibilidade à compreensão da saúde, doença e práticas de cura inscritas no campo afro-religioso e sua relação com a biomedicina. A partir de um estudo etnográfico e de histórias de vida, identificou-se os conceitos de saúde/doença e práticas terapêuticas populares e de terreiros do Rio de Janeiro. A religião atua como suporte para enfrentamento de dificuldades do cotidiano, mobilizando recursos individuais e coletivos para expressão das emoções, modificando o entendimento das experiências. Reconhecer o caráter misterioso da vida pode assegurar novas possibilidades, pois práticas não-convencionais podem ser complementares à biomedicina e contribuir para o enfrentamento dos desafios a uma atenção à saúde na perspectiva de sua integralidade. Apontamos para a importância de que sejam consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas.

Palavras-chave: Saúde-doença. Atenção à saúde. Integralidade. Religião. Umbanda e Candomblé.

Introdução

A partir da Constituição de 1988, é legitimado o direito de todos os cidadãos brasileiros aos serviços de saúde, sendo dever Estado prover esse acesso. Os princípios doutrinários e essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade, equidade e integralidade. No entanto, diversas racionalidades atuam na sociedade atual, comportando mais de um paradigma em saúde. Os diferentes grupos e indivíduos fazem uso de distintas racionalidades terapêuticas, de acordo com atribuições de sentido e significados específicos, coerentes com situações específicas de saúde/doença, as quais não obedecem necessariamente à lógica das “racionalidades médicas” (LUZ, 2005).

Dessa forma, a relação de racionalidades médicas e terapêuticas no SUS se transforma em um de seus maiores desafios para a realização do seu princípio da integralidade. Este princípio tem como propósito considerar as dimensões biológica, cultural e social dos sujeitos, orientar políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e necessidades no acesso à rede de serviços, a partir de uma escuta ampliada. Os diversos sentidos da integralidade apontam para um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde (Pinheiro, 2003). Essa abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde, por parte dos profissionais do SUS a todos os cidadãos que o utilizam, busca a superação da fragmentação do cuidado, que transforma as pessoas em partes, em simples órgãos doentes.

Como apontam Tesser e Luz (2008), os desafios da integralidade dizem respeito eminentemente às racionalidades médicas atualizadas na biomedicina contemporânea, que generalizou uma atenção à saúde que muitas vezes fragmenta o corpo humano, suas doenças e riscos de adoecimento em conhecimentos dominados por vários especialistas. Para os autores (p.201), a biomedicina se encontra em uma situação peculiar: “bloqueada internamente pela sua própria conformação institucional e paradigmática, perdeu progressivamente, ou não desenvolveu sua capacidade de exercício clínico com alto teor de integralidade”.

Conseqüentemente, dentro desta lógica, uma única pessoa, em função de seus sintomas de doença, pode ser tratada por vários especialistas, sofrendo intervenções como se fosse mais

de um paciente. Essa lógica do saber biomédico acaba por priorizar determinantes biológicos em detrimento dos sociais na compreensão dos fenômenos saúde e doença. Portanto, justifica-se a utilização da abordagem da antropologia nos estudos ligados ao campo da saúde, pois permite respeitar um conjunto de significações culturais mais abrangentes e menos hegemônicas. A doença é, em primeiro lugar, fornecedora de uma possível leitura sobre a cultura e as relações sociais, onde “o fenômeno em si representa a síntese de uma complexidade dinâmica que se manifesta no corpo” (ROZEMBERG e MINAYO, 2001, p.121). Nesta perspectiva, Rozemberg e Minayo (2001, p. 116) ressaltam que “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença”.

Para superar a compreensão de saúde apenas como ausência de doença, e reconhecer o seu caráter dinâmico e biopsicossocial, apostamos na noção proposta por Canguilhem (2009). Essa concepção vitalista da saúde é associada à capacidade de produção de novas normas de vida, ressaltando a existência de uma dimensão do corpo humano só acessível ao próprio sujeito. No centro dessa noção, prioriza-se o diálogo com aqueles que vivem a experiência da dor e do adoecimento. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa o mesmo para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007).

A reflexão e a consolidação de conhecimentos que problematizem o modelo hegemônico biomédico são importantes para a perspectiva de ampliação das possibilidades de melhorar a atenção e o cuidado à saúde, a partir da consideração das crenças, valores e contextos. Assim, o objetivo dessa pesquisa, realizada no âmbito do doutorado em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, foi dar visibilidade à compreensão da saúde, doença e práticas de cura inscritas no campo afro-religioso e sua relação com a biomedicina em terreiros no Rio de Janeiro. Cabe ressaltar a relevância desta temática para o campo da Educação em saúde, com a intenção de que, cada vez mais, profissionais de saúde e de educação (formal e não formal) possam contribuir para a construção de espaços democráticos, acolhedores e em sintonia com a diversidade cultural e religiosa que existe em nosso país. Sendo assim, a Educação popular pode

tornar-se uma prática voltada para “a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS”. Entendemos a Educação Popular em Saúde como “um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas, o reconhecimento dos seus saberes como válidos e tendo como substrato o corpo teórico da Educação Popular, formulada por Paulo Freire no Brasil”. (VASCONCELOS, 2007, p19).

Para pensar a relação saúde e religião nos aproximamos de um olhar antropológico, tendo como base o enfoque interpretativo de Clifford Geertz, que considera os fenômenos culturais como sistemas significativos passíveis de interpretação.

Dessa forma, o processo saúde-doença e a busca de práticas terapêuticas, sejam biomédicas, populares ou religiosas, como destaca Geertz (1989), fazem parte de um *contexto* cultural que envolve interpretações e reinterpretações contínuas de significados. “A antropologia interpretativa, nesse sentido, adquire a noção de criação narrativa, ficcional.” (QUIROGA, 2017, p. 79). Cabe considerar também o conceito semiótico de cultura tal como defendido por Geertz (1989, p. 39), apoiando-se na definição de Weber, que considera o homem um “animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”. Para Geertz, a cultura são essas teias bem como sua análise. Portanto, as pessoas vivem dentro da cultura (“teia”, “rede”), de acordo com seus símbolos, códigos, conceitos etc, socialmente estabelecidos e a todo instante produzem seus significados e os ressignificam (GEERTZ, 1989). Estudar a cultura é, portanto, estudar um código de símbolos partilhados pelos mesmos membros dessa cultura, sendo a antropologia a busca de interpretações possíveis desses códigos (WAGNER, 2012).

Segundo Czeresnia (1999), ao se considerar saúde em seu significado pleno, estamos lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas. As reflexões da autora casam com o que esta sendo abordado aqui no que se refere a promoção da saúde que vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para

seu controle. Esta concepção expressa o respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos, que envolvem dado conjunto de atores.

Com relação à saúde, podemos afirmar que as práticas terapêuticas variam de acordo com a cultura em que a pessoa vive e é com base nessa cultura que ela explica seus sofrimentos e suas doenças, faz escolhas de tratamento e avalia seus resultados, ressignificando a todo o momento sua situação de vida (HOLANDA e MELLO, 2015; MELLO e OLIVEIRA, 2013). Ampliando esta perspectiva, Herzlich afirma que “por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas 'imposições', tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem, a doença adquire uma significação” (HERZLICH, 2005, p.60).

As causas dos problemas e sofrimentos e seus significados são em geral “obscuras ou desconhecidas para os doentes que esperam e valorizam um compartilhamento simbólico e um acolhimento emocional na relação com o curador”, como indicam Tesser e Luz (2008, p.197), revelando o que Lévi-Strauss chamou de *eficácia simbólica*. Eficácia que implica em processos de interação social e exige envolvimento de crenças e emoções. Os autores ressaltam que o que interessa “para o doente é uma resolução favorável de seus sofrimentos e adoecimentos”; e que “melhor quando facilitado por empatia emocional e por uma reorganização simbólica que não exija crenças ou práticas muito diferentes das habituais do seu universo cultural” (TESSER e LUZ, 2008, p. 197). A doença é considerada uma desorganização cosmológica que aflige o grupo e o curador cumpre seu papel, a partir da reorganização desta por meio da cura do paciente (LÉVI-STRAUSS, 2008).

Dessa forma, o contexto da fragmentação utilizado pela biomedicina exige o aprofundamento do conceito de integralidade dando ênfase aos aspectos sociais, simbólicos e culturais; principalmente porque “os resultados obtidos pelas práticas integrativas demonstraram-se positivamente efetivos” (SEPARAVICH e CANESQUI, 2010, p. 253).

Metodologia

Utilizamos a abordagem etnográfica, complementada com o registro de histórias de vida.

O trabalho de campo foi realizado em terreiros afro-brasileiros no Rio de Janeiro em duas etapas. A primeira etapa se deu ao longo dos anos de 2009 e 2010, com visitas espaçadas e diversas permanências de dias inteiros e finais de semana, participação em sessões, rituais e festas. Nesta etapa, o grupo investigado consistiu em um terreiro de Umbanda em Santa Cruz, bairro da zona oeste da cidade – o Centro Espírita São Lázaro, Filhos de Obaluaê. O terreiro em questão é frequentado por pessoas de diferentes faixas etárias, profissões, níveis de escolaridade, etnias e classes sociais.

A segunda etapa iniciou-se em julho de 2011 até o início de 2012, na qual foram realizadas entrevistas e relatos de histórias de vida com dirigentes e frequentadores de diversos terreiros e observação de alguns rituais, fossem eles em terreiros de Umbanda ou Candomblé. A entrevista de história de vida definida como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, busca a reconstituição dos acontecimentos vivenciados, na transmissão de sua experiência. Ou seja, trata-se de um levantamento de uma parcela da vida de um indivíduo, considerando - como Kofes (1994) - que esses relatos são “motivados pelo pesquisador e implicando sua presença como ouvinte e interlocutor”. Foram entrevistadas 11 (onze) pessoas, de 9 (nove) terreiros diferentes. As negociações para a realização da pesquisa e das entrevistas aconteceram de forma extremamente tranquila, não havendo grandes objeções por parte dos dirigentes ou frequentadores. Cabe ainda ressaltar que a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública sob o número 0141.0.031.000-11.

Elegendo como prioritárias a profundidade e a literalidade dos depoimentos dos sujeitos, trabalhamos num contexto de lógica de descoberta. Desta forma, a análise foi feita com base em temas sugeridos pela leitura exaustiva das entrevistas à luz do referencial teórico. Uma vez agrupadas, contextualizadas e interpretadas, as entrevistas foram apresentadas segundo uma ampla rede de temas. Para apresentação dos resultados, os organizamos sob a forma de três eixos temáticos: 1) a doença e as causas; 2) as práticas populares terapêuticas religiosas; 3) a religião como relação de complementaridade com a biomedicina. Cada um dos eixos temáticos foi então resumidamente descrito, tornando seu conteúdo mais explícito e, em seguida, expresso na forma de resultados da pesquisa.

É preciso ressaltar também a riqueza do convívio e troca com os sujeitos que participaram da pesquisa. Esses momentos se materializaram principalmente na tentativa de "auscultar" as vozes dessas pessoas, muitas vezes estereotipadas, subterrâneas e pouco reconhecidas pela sociedade. Momentos esses que nos fazem lembrar que a grande “aventura” (CARDOSO, 1986) do conhecimento pode começar em uma singular experiência humana que é a de narrar a maior de todas as aventuras - a vida, como nos remeteu um dos entrevistados na fala que dá título a este artigo.

Resultados e discussão

Apesar da redução do número de adeptos de religiões afro-brasileiras de segmentos populares no Brasil, o Candomblé e a Umbanda são as religiões de maior importância no diversificado e rico campo religioso afro-brasileiro. Ambas caracterizam-se por serem religiões em que a adivinhação, a incorporação, o transe e a possessão por espíritos são dirigidas muitas vezes para a cura de doenças e manutenção da saúde. Inseridos numa intensa concorrência religiosa, esses cultos disputam não só atenção de sua clientela como apresentam diferentes concepções. Para Saraiva (2010), no Candomblé há uma relação direta entre a pessoa e os seus orixás: “[...] os deuses e deusas descem sobre os seus cavalos para conviver e dançar com os humanos. [...] Estes deuses estão diretamente ligados a forças da natureza e a determinados tipos humanos”. (SARAIVA, 2010, p.343). Isto explica porque em algumas de nossas entrevistas surgiram afirmações como:

“dependendo do Orixá, a pessoa está mais propícia a sofrer mais em determinada parte do corpo. Então, por exemplo, uma filha de Oxum, ela já tem tendências a ter problemas na barriga e nos pés também. Cada Orixá tem a sua parte frágil.” (Sr. Miguel).

Muitos adeptos e iniciados incorporam simbolicamente características atribuídas aos orixás e mantêm uma relação de grande proximidade com eles; fato este que pode determinar a forma do indivíduo proceder nas diversas dimensões de sua vida.

Para alguns estudiosos, o Candomblé é uma religião africana transportada nos navios junto com os escravos; para outros, possui heranças africanas, tendo adequado-se no Brasil às

condições do novo território; com os quais concordamos. A essas diferenciações, agregam-se as características regionais, em cada local pode haver singularidades em cada casa de santo; o que contribui para as disputas entre os Pais e Mães de Santo.

“[por que a sua casa é diferente das demais?] Porque cada um faz o que quer. (...). Lá [na Bahia] eles mostram só o lado bonito do candomblé, aqui [Rio de Janeiro] mostramos o feio e o bonito. Eles dão show, aqui somos reservados. (...) O candomblé do Rio difere do de Salvador. O toque, o trabalho é diferente. Apesar de o candomblé ser uma coisa só, mas a maneira de trabalho é diferente.” (Mãe Celina).

Em se tratando da Umbanda, Saraiva (2010) afirma que “[...] as entidades incorporadas são arquétipos da sociedade brasileira, ligados aos aspectos históricos e culturais do país” (SARAIVA, 2010, p.343). Na Umbanda, os orixás (entidades sagradas) têm uma relação com os santos católicos, baseada nas características comuns entre eles. Por exemplo, Pai Oxalá corresponde a Jesus Cristo, Iemanjá a Nossa Senhora, Oxum a Nossa Senhora da Conceição, Ogum a São Jorge. No entanto, seus mitos de origem não se sobrepõem, pois os orixás são originários de sistemas de pensamento africanos, enquanto os santos católicos, europeus. Assim, a Umbanda sintetiza o imaginário brasileiro da confluência de etnias e da miscigenação (SARAIVA, 2010; FREYRE, 2005; BAIRRÃO, 2002; SILVA, 2002; RIBEIRO, 1995; ORTIZ, 1988; FRY, 1982).

Cabe ressaltar que, em virtude da multiplicidade de crenças disseminadas na população brasileira, não existe um “estilo único” de Umbanda e Candomblé. Especificamente no Rio de Janeiro, os diálogos estabelecidos entre a Umbanda e o Candomblé têm papel fundamental, pois é por meio da Umbanda que muitos adeptos fazem as primeiras aproximações com o Candomblé, e, por conseguinte, filiam-se a este. Considerando-se o universo de nossa pesquisa, o caminho inverso também ocorre, porém é menos frequente.

Nesse amplo contexto, a lógica de funcionamento, os rituais e, particularmente as práticas relativas à saúde e à doença, na Umbanda e no Candomblé, são diferentes entre si, conforme iremos destacar adiante.

A doença e as causas

Conforme observado, o contexto afro-religioso no Rio de Janeiro é dinâmico e permanece em pleno estado de reinvenção, uma vez que, as práticas religiosas de cura são resultantes do sincretismo de várias práticas particulares de dirigentes dos terreiros, ou seja, o espaço de um terreiro apresenta uma visão de mundo particular e o permanente contato entre diferentes visões de mundo acabam por reelaborar essas visões. Como consequência, os frequentadores e dirigentes de terreiros afro-brasileiros possuem uma percepção própria (êmica) da doença, dos diagnósticos e dos tratamentos de saúde.

"[No terreiro], quando é feitiço, encosto, a gente chama de bacu, quando é doença de médico, é camburucu. Mas quando é espiritual ... tem todo um tratamento espiritual... Os sintomas de bacu são não querer levantar, não ter vontade de fazer nada, isso se resolve com as ervas. Isso é Umbanda. ..." (Mãe Celina).

Uma consideração acerca da compreensão da busca de saúde nesses terreiros foi a diversidade de significados que os frequentadores atribuem à concepção de saúde-doença. Nestes locais, a religião ajuda a atribuir um sentido à saúde, à doença e à cura, ressaltadas em formas simbólicas, refletindo a cosmovisão e o campo de possibilidades (VELHO, 2003) presentes nas práticas sociais e culturais cotidianas dos frequentadores, revelando, como observado por Geertz (1989), a influência do contexto sociocultural nas diversas e possíveis escolhas terapêuticas, seguindo seus próprios itinerários terapêuticos e projetos de cura. Tais características podem ser observadas nos depoimentos abaixo, onde se encontram diferentes concepções de vida, de doença e de saúde:

"[Essas pessoas que ficam malucas] é perturbação mesmo, tem casos que é trabalho, e tem casos que a pessoa já tem um problema espiritual e nunca buscou tratar, frequentar. Porque eu acho que toda pessoa tem que ter uma religião e acreditar em alguma coisa (...); [A doença] pode ser trabalho que fizeram do mal, de maldade, ... e trabalho que os outros fazem também é doença espiritual... [Existem] doenças que são do corpo mesmo" (Mãe Regina).

"...tem doença de Deus mesmo, tem doença que o Orixá não cura, ele pode amenizar o sofrimento, é doença, doença mesmo....a vida é uma doença incurável, a gente já nasce doente,

“...tem doença de Deus mesmo, tem doença que o Orixá não cura, ele pode amenizar o sofrimento, é doença, doença mesmo....a vida é uma doença incurável, a gente já nasce doente, você nasceu e vai morrer um dia. Você tem um ciclo para seguir, acabou esse ciclo e pronto....A gente é humano, a doença faz parte da gente” (Sr. Miguel).

Como vemos acima, compreensão de doença difere da praticada pela biomedicina e se aproxima da noção de normatividade biológica de Canguilhem (2009), na qual não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Quando “a vida não é apenas submissão ao meio, mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo” (p.187).

No universo da pesquisa, em alguns casos a doença aparece como forma do orixá informar o caminho da religião. Para tal, não importa ter um herança religiosa afrodescendente, mas ser “escolhido” pelo orixá; como é o caso de Pai Luiz. Oriundo de uma família evangélica, desde pequeno muito doente, sua saúde frágil levou seus irmãos a verem no candomblé possibilidade de cura.

“Eu era criança,... na escola... e tinha uma diretora que ... era filha do axé.. Então foi através dela, ela chamando a família que viu a necessidade e que disse que os meus desmaios não eram desmaios de doença... Foi ela que foi a intermediária para eu chegar à casa de santo. (...). aí eles tiveram que levar pra casa de santo... Não pode levar pro Salgado Filho [nome de um hospital na zona norte do Rio de Janeiro], não estavam acostumados.. eu passava dias.. em coma.. Ou me levavam pra casa de santo.. Aí, eles já tinham essa consciência.. E acabaram levando pra casa de santo...”. (Pai Luiz).

Muitos pais e mães de santo entendem que o caminho (*odum*) para a iniciação está relacionado com a doença e a permanência da mesma, “ou vem pelo amor ou pela dor” (Pai Yango). Segundo estes, quando o orixá escolhe seu filho, direciona os caminhos para a religião. Assim, uma doença surgiria apenas como chamamento para que o indivíduo entre em contato com as crenças e incorpore a religião em sua vida. Porém, muitos frequentam o terreiro apenas para resolver seus problemas momentâneos recusando a iniciação. A estes, é reservada a “entrada pela dor”. Contrária a essa visão, Mãe Celina nos afirma:

"Eu discordo, sabe porquê? Porque antes de tudo, antes do amor e antes da dor, existe o orixá. Ele que te puxa. Com dor, sem dor, com vontade, sem vontade, é o orixá que quer, ele que manda... E por amor, vai ficar na coisa só por amor?! [...] Sai no dia seguinte, o amor acaba. [...] É o orixá, quem manda na verdade é o orixá, quem determina é o orixá"

É importante observar que as causas apontadas para as doenças diferem de terreiro para terreiro, de frequentador para frequentador, muito em função da personalidade do líder religioso. Mas estas diferentes formas de entender as doenças aparecem em combinações múltiplas, ao sabor da criatividade das pessoas; é a fusão de formas e tradições supostamente separadas. Algumas vezes tem-se a impressão de contradição na fala dos entrevistados; sensação que diminui quando trazemos a mente que outra racionalidade (LUZ, 2005) que não a biomédica deve ser empregada para entender o processo saúde-doença à luz das religiões afro-brasileiras. Em relação ao aparente paradoxo, ou seja, à utilização de várias lógicas ao mesmo tempo, concordamos com Laplantine e Rabeiron (1989) de que há espaço social para tais concepções.

"[A gente fica doente por causa dessa carga negativa] porque nós aceitamos ela, né? Na realidade às vezes o nosso corpo não está preparado pra impedi-las e aí nós acabamos aceitando, botando na nossa cabeça e aí acaba sendo prejudicial ao nosso organismo. [Isso é uma doença? ...] nem pro espiritual nem pro físico né? Acaba sentindo físico também, mas se a gente tiver bem preparado espiritualmente a tendência é repelir essa possível carga negativa que jogam em cima da gente... a gente pode fazer uma prevenção dessas doenças a partir desse trabalho espiritual..." (Sr. Amaury).

Cabe ressaltar uma diferença crucial do que vemos nas instituições oficiais de saúde do que observamos nos terreiros. Existem algumas aflições que as pessoas sentem e que o sistema oficial não reconhece como doenças, pois não se trata de uma categoria diagnóstica oficial. Os chamados problemas psicossomáticos, as "doenças dos nervos" (DUARTE, 1986), ansiedade, angústia, depressão, queixas de dores no corpo e problemas com álcool e outras drogas, entre outras queixas inespecíficas, ou seja, "sofrimento difuso" (VALLA, 2000) e que, segundo Carvalho (2005), correspondem à cerca de 60% dos motivos de consultas registradas nos ambulatórios do SUS. É um conceito construído a partir da vivência concreta dos profissionais

de saúde e que reflete uma apreensão direta e imediata (intuitiva) de um estado de desequilíbrio dos sujeitos. Ao mesmo tempo indica a dificuldade do Sistema de Saúde de solucionar os problemas vivenciados por seus usuários com os dispositivos que a medicina oferece. Tanto o sistema de diagnósticos, quanto o sistema de intervenções terapêuticas e a racionalidade médica ocidental moderna (Luz, 2005) parecem não dar conta desse sofrimento inespecífico, mas bastante real, que ocupa os profissionais de saúde no cotidiano do SUS. A fala abaixo resgata a situação de uma pessoa que depois de uma infrutífera procura por solução para seus problemas no SUS, buscou um terreiro de Umbanda:

“ (...) tem determinados ebós [oferendas dedicadas a algum orixá] que dizem qual a doença que você tá e o médico não sabe:... eu tenho um filho de santo que de repente ficou muito ruim, ... e foi no médico, fazia todos os exames e o médico: - ‘Meu filho, eu não sei o que você tem.’ Foi quando ele veio pra cá, veio desfalecido, semimorto, a esposa dele veio desesperada chorando, aí eu sentei na mesa do jogo [búzios], que me disse o que tinha que fazer; compramos as coisas ..., passamos nele, ele saiu daqui outro. Mas você vê nitidamente a transformação! Tomou banho de ervas, ficou contente e foi embora; mal sabia ele o que ia acontecer. No dia seguinte ou dois dias depois a mulher dele me liga:- Pelo amor de Deus, meu marido foi internado, tá no CTI. ...E eu sentei na mesa do jogo, aí o jogo me disse: agora o médico vai saber o quê que ele tem, aí eu saí do jogo e disse: ... tenha um pouquinho de paciência que a gente vai descobrir o que que ele tem; dois dias depois o médico disse que ele tava com problema de rins. “ (Pai Yango).

Muitas vezes, no terreiro as pessoas encontram acolhimento, solidariedade e apoio necessário para resolução de problemas, sejam eles “espirituais” ou “materiais”. Dessa forma, podem resignificar sua vida, se recompor enquanto indivíduo para enfrentar o tratamento biomédico, buscando a explicação para a doença nas representações religiosas, como consequência da visão holística e ampliada que se tem do processo saúde-doença nesses locais. Nas palavras de um de nossos entrevistados:

“...existe uma doença muito forte chamada carência ...: carente de amor, carente de amizade, carente de família, carente de sexo, carente de tudo; às vezes a pessoa não tem doença nenhuma, tem uma carência muito grande. E o preto velho [entidades da umbanda associadas

aos ancestrais africanos], *ele é uma entidade que é aquela luz que te dá o colo, é aquela entidade que te traz uma palavra de carinho, que te traz uma palavra de esperança, uma palavra de conforto, às vezes, uma palavra que ele fala resolve o seu problema, te dá encorajamento, faz com que você não desista da vida, não desista da sua luta, do seu projeto, daquilo que você pensa, daquilo que você quer, daquilo que você segue. Eu atendo pessoas aqui, muitas com vontade de se matar, que vêm procurar o preto velho, e na hora, sem trabalho nenhum, uma conversa assim muda a cabeça da pessoa.”* (Pai Yango)

Essa diferença de concepção pode ser vista na fala de Pai Yango, onde observamos a ideia de bem-estar baseada na concepção holística, em que corpo, emoção e mente estão integrados na pessoa. Aqui, se diferencia essencialmente a prática hegemônica biomédica da prática religiosa; enquanto uma busca a fragmentação e a especialização, a outra tenta oferecer integralidade, um cuidar do indivíduo como um todo, algo almejado quando se formula o conceito ampliado de saúde. Outra dimensão importante é a relevância que se dá ao processo de escuta; o que na maioria das vezes, não ocorre satisfatoriamente nos serviços de saúde (Valla, 2001). Podemos considerar que o conceito ampliado de saúde preconizado pelo SUS ainda está distante de absorver compreensivamente a complexidade das práticas de cura oferecidas pelas práticas religiosas. Mas poderíamos arriscar a hipótese de que o inverso pode estar acontecendo.

Nas palavras abaixo, observamos concepções contextuais sobre as causas das doenças e seus tratamentos:

“Posso dizer isso bem tranquilo, 60 a 70% das doenças hoje no nosso país é espírito, a minha falecida avó trabalhou em um negócio chamado Pinel. 90% dos pacientes do Pinel hoje, todos têm problema de santo, não é problema de doença... [Doença psiquiátrica] é problema de santo, porque herdou carmas que têm que ser pagos, ..., aqui se trabalha muito com casos de doenças, problemas nos ossos, problemas de dor no joelho, dor nas pernas, problemas de diabetes, pessoas com problemas de pressão, até o câncer propriamente dito, problema de coração, problema de cabeça, as pessoas que são perturbadas, pessoas com acesso de loucura, gente que quer se matar, se jogar debaixo de um ônibus, de um carro, pessoas envolvidas até mesmo com o tráfico, são influências negativas..., não estou dizendo pra você que não exista a doença física, existe. Mas a maior parte delas são doenças espirituais.” (Pai Yango).

A oposição “doença material/doença espiritual” foi uma categoria muito recorrente nas falas dos entrevistados. É com base nesta polaridade que os sujeitos entrevistados estruturam sua classificação do que sejam as doenças. Outros conceitos também recorrentes foram “equilíbrio x desequilíbrio” e “energia”, esta como sendo vital para a definição do que é saúde e do que é doença; ou seja, equilíbrio equivale a ter saúde, desequilíbrio, doença. Além disso, se passa de uma situação à outra, de acordo com os fluxos de energia que a pessoa recebe.

A fala abaixo ilustra essa observação:

“Os fluxos que determinam tudo. Esse campo da energia, do equilíbrio, do positivo e negativo, é que é o difícil... As doenças espirituais, na verdade são, interferências no seu ciclo. E podem estar destinadas também, estar no DNA ...” (Pai Eduardo).

A relação entre a doença e a noção religiosa de equilíbrio estabelece a ligação entre a biomedicina e a religião, possibilitando uma atuação mágico-religiosa. Ocorre conforme Montero (1985) explica:

O processo de mutação que transforma a noção médica de 'doença' na noção religiosa de 'desordem' termina pois numa inversão interessante: por um lado, a noção de 'doença espiritual' implica a negação da doença (ou de sua representação) tal como ela é atribuída à esfera da atuação do médico – [...] inverte as posições iniciais de importância e legitimidade. [...] Porque para o pensamento mágico-religioso a causalidade sobrenatural age sobre a causalidade natural, sobredeterminando-a. (Montero, 1985, p. 126).

As práticas terapêuticas religiosas

A interação do indivíduo com a natureza e a utilização intensa de vegetais nos rituais e tratamentos que são realizados para a restauração da saúde são características gerais das práticas terapêuticas afro-brasileiras, o que resgata o processo histórico de formação do Brasil.

Ou seja, costumes seculares e tradicionais em relação aos cuidados de saúde, presentes no cotidiano da população brasileira, convivem com o sistema de saúde oficial. Tais costumes, como o uso de chás, ervas e plantas, comum no universo afro-brasileiro, não desapareceram, mesmo quando são adotados os instrumentos da medicina moderna. Para nossos interlocutores, mesmo que as ervas medicinais não curem por completo, podem amenizar a doença e com isso

aliviar a dor. Constatamos, ao longo da pesquisa, que esse hábito foi sendo passado de geração a geração, e hoje em dia muitas pessoas ainda fazem uso dessa tradição:

“Tinha uma plantinha que era pra vermes. Tinha pra qualquer coisa, dor de cabeça, de estômago. Era tudo coisa natural, aquilo amargava. O cara ficava bom porque esquecia, era muito ruim. O cara nem reclamava quando tava com dor de barriga, porque era chá de boldo, chá de macaé, quebra pedra, dor nos rins. E tudo nessa base, para qualquer coisa, erva cidreira. Agora os remédios tem até sabor. Tinha um que tomava pro cara vomitar, porque não tinha mais condição.” (Pai Luiz).

“Infecção de ouvido, a gente esquentava a folha de saião, experimentava em mamadeira de neném, e espreme dentro do ouvido. Inflamação de barriga, inflamação de ferida, mamona, você coloca numa mamadeira para ferver as folhas da mamona, e pronto! ... e banha todas as noites. Problema de coceira, de cicatriz, aquelas manchas escuras.” (Mãe Celina).

“Existem banhos que são feitos com ervas aromáticas, e fora as rezas, tem muita reza que você fazia naquela época, principalmente com uma entidade chamada preto velho, uma entidade que gosta muito de rezar, de cuidar, de benzer, de cruzar com arruda, de cruzar com guiné.” (Pai Yango).

No candomblé, é por meio da consulta aos búzios que os orixás revelam as causas das doenças e dos desequilíbrios, bem como a necessidade da realização de diversos procedimentos, rituais e obrigações pelo doente, com vistas ao reestabelecimento do equilíbrio físico, emocional e espiritual do indivíduo, e geralmente envolvem as forças da natureza.

“..primeiro eu jogo pra saber se é feitiço... O jogo vai determinar o que vai fazer com essa pessoa, mas sempre é a mesma coisa: ebós, banhos, e ervas, tudo tem que ter ervas, nem que seja um mate, uma garapa, tudo tem erva, bastante comigo ninguém pode... e é mais de um ebó, às vezes a pessoa toma mais pra poder se limpar” (Mãe Celina).

Como observamos, essas práticas de ressignificação do processo de saúde e doença, e mesmo a diversidade de suas terapêuticas fundadas em racionalidades diversas são constituintes da cultura brasileira; desconsiderá-las é perder uma parte importante e complexa do sentido mais amplo da saúde, da doença, da cura e do cuidado praticado pelas pessoas.

A religião como complementaridade: religião-biomedicina, material-espiritual

Diferentemente do que apontava Loyola (1984) na década de 1980, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública não é a principal causa de as pessoas procurarem as agências religiosas para a promoção da saúde. É impressionante esse fenômeno social da busca de outros meios de lidar com a saúde que não o oficial, ou melhor, sem que haja abandono ou negação do sistema oficial de saúde; muito pelo contrário, há uma busca simultânea das terapias oficiais, tradicionais e religiosas; o que confirma nossa tese de que os dois sistemas podem ser considerados complementares.

“Os meus tratamentos são sempre paralelos. Nunca deixo que pare o tratamento com o médico, nunca deixo.... as pessoas aqui ...vem com a receita médica, às vezes procuram um médico mas a maioria das vezes, começou a sentir ..., aí vem aqui primeiro, entendeu? Quando a gente sente que é uma coisa mais séria, um tumor, uma coisa que não é controlada por ervas, a gente manda pro médico e mesmo depois do chá eu sempre digo: vai ao médico, continua vindo aqui. O meu filho, por exemplo, parou com o remédio, ficou só com o chá e não precisou; nós temos vários diabéticos aqui que tomaram inclusive insulina, que continuam se tratando mas que ficaram sem a insulina com alguns chás bobos como o chá de berinjela pra alguns, entendeu?”
(Pai Luiz)

Com relação à complementaridade entre religião e medicina, para este grupo de entrevistados, é dado um maior protagonismo à religião, como pode ser observado abaixo:

“Eu inclusive, quando tem perna caída, criança com o olho grande virado, eu mando ir ao médico; eu rezo, dou o chá e depois mando ir ao médico, perna caída é a mesma coisa, vai pro médico e aí ele vai dizer se você está com tuberculose, pneumonia, com tudo e nada vai fazer efeito direito, você vai ficar emagrecendo, vai ficar emagrecendo e se não rezar não adianta, a gente reza e manda pro médico, até passa as garrafadas, as coisas, mas manda pro médico de qualquer jeito, porque as pernas caídas levam pra uma pneumonia e de uma pneumonia pra uma tuberculose.” (Pai Luiz).

Muitas pessoas se convertem às religiões afro-brasileiras por razões relacionadas à saúde, ou seja, grande parte das iniciações é de pessoas que acreditavam não haver mais opções

terapêuticas no sistema oficial e se acharam “curadas” pela religião. Diversos são os relatos como o seguinte:

“Ela tinha câncer, e nós tivemos que correr, fazer algumas situações ritualísticas nela,... um trabalho espiritual. E somente com o tratamento dos odus [caminhos da vida], depois de um certo tempo, nós logicamente fazendo o trabalho espiritual e não deixando de ir ao médico, que é uma coisa que o preto velho exige, o lado médico e o lado espiritual caminhando juntos, depois de um certo tempo ela foi no hospital e o médico não soube dizer, não tinha mais nada, não soube dizer o que aconteceu com o câncer...; ela veio tratar, se cuidou, ela vem mais vezes, se cuida, faz o tratamento espiritual, dá comida a cabeça... Pode ser que ela venha a se iniciar, ou que ela fique se cuidando constantemente, fazendo suas rezas, fazendo suas orações, se dedicando o máximo de tempo possível e aguardar, cultuar o orixá, cultuar a energia da natureza, cultuar essa coisa tão bonita que é a nossa religião, que é a Umbanda e o Candomblé.” (Pai Yango).

Nas histórias de vida, uma questão importante foi a tensão e a dificuldade que os profissionais de saúde têm, de lidar com a lógica religiosa, sua compreensão da doença-saúde, com as práticas e com os rituais terapêuticos, que, muitas vezes, os religiosos “precisam fazer” nas instituições oficiais de saúde. No entanto, para os entrevistados, essa dificuldade vem diminuindo ao longo do tempo e à medida que a sociedade se moderniza e avança na direção da liberdade e igualdade religiosa, diminuindo em muito os preconceitos contra as religiões afro-brasileiras. Porém, isso é apontado como um grande desafio. Segundo um de nossos entrevistados: “antigamente era caso de polícia, nós éramos perseguidos,..., hoje nós temos a lei do nosso lado, eu sou advogado e faço valer a lei [de liberdade de culto religioso].” Os seguintes trechos ilustram essa situação:

“Já fiz muitos ebós no Hospital Geral de Bonsucesso, no Hospital Rocha Faria, eu me meto com os enfermeiros, agora a maioria me conhece, eu não preciso mais da hora de visita, inclusive eu tenho duas filhas de santo que são enfermeiras ali, então é fácil quando alguém fica ali, eu pego ebó, passar o pano e trazer pra cá pra botar no pé do santo, então é muito fácil. Toda vez que precisa, ... de Campo Grande a Santa cruz [bairros da zona oeste da cidade]... sou eu que faço os ebós nos hospitais.” (Pai Luiz).

“A experiência que eu passei foi ... Um determinado cliente estava internado no hospital, e eu levei dentro numa bolsa, um pouquinho de pipoca, um pouquinho de canjica, ... alguma quantidade de ovos e vela, e a gente passa no cliente, o paciente deitado, você passa nele com uma certa reza que você faz...Em algumas determinadas situações dentro do hospital você pode fazer algumas coisas, até mesmo porque a legislação já permite isso, dentro do hospital e dentro do cemitério, você pode fazer uma reza, você pode cruzar, mas tem determinadas coisas que você tem que fazer dentro do terreiro.” (Pai Yango).

“Há uma relação muito grande com a casa do candomblé e o médico. Mas é preciso que se tenha muita fé....quando meu irmão tava no hospital fizemos um ebó lá. Foi horrível tinha muita gente passando...[levamos] pipoca, canjica, e ele tava na cama do hospital. E no dia seguinte ele levantou, mas a gente não deixa muito à vista. Ele tava numa enfermaria, mas só tinha ele. Os médicos e enfermeiros não viram, só um enfermeiro que era filho de santo.” (Mãe Raílda).

Novamente, recorremos a Canguilhem (2009) para pensar que “a cura estará mais próxima da doença ou da saúde na medida em que essa estabilidade estiver mais ou menos aberta a eventuais modificações”. Dessa forma, consideramos que “curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas” (p.188).

Podemos, então, reconhecer a possível complementaridade entre a prática religiosa e a biomedicina, apesar de suas lógicas diferentes. Esse reconhecimento já vem sendo feito por inúmeros trabalhos antropológicos atuais, onde se destaca que a visão religiosa da compreensão do processo saúde e doença é importante para todos os estratos sociais. Esses estudos também relatam que, retrospectivamente, desde o início da conformação da sociedade humana, o cuidado, a cura e a prevenção das doenças sempre se organizaram ligados às práticas religiosas. Essa intimidade foi ignorada pela era moderna, que com a hegemonia da biomedicina procurou explicar o processo de adoecimento e de cura, de forma desvinculada da religião (Vasconcelos, 2010).

Considerações Finais

A religião e a crença atuam como um suporte para o enfrentamento de dificuldades dos eventos do cotidiano e compõem outras possibilidades de terapêutica e cura. Sob a ótica da

religião, o sofrimento não é eliminado, mas reinterpretado, busca-se outra forma de compreendê-lo, tolerá-lo e suportá-lo. Nesse sentido, a religião mobiliza recursos individuais e coletivos para expressão das emoções, ajustando as ações e modificando o entendimento das experiências.

Considerando, a Educação Popular como um esforço de mobilização, organização e capacitação das classes populares, além de um esforço de capacitação científica e técnica das mesmas, apontamos para a importância de que sejam consideradas as práticas terapêuticas afro-brasileiras como tema de discussão na agenda das políticas públicas, pois as práticas terapêuticas não-convencionais podem ser complementares à medicina convencional e não uma oposição e contribuem para o enfrentamento dos múltiplos desafios a uma atenção à saúde na perspectiva de sua integralidade, apesar de as trocas entre religiosos e profissionais da saúde poderem ser consideradas do tipo agonísticas (Mauss, 1974) por não haver igualdade entre elas e sim tensões e disputas entre o saber biomédico para os profissionais de saúde e proeminência do espiritual sobre o biológico para os religiosos. Nessa ótica, ambos, diagnóstico e terapêutica, devem estar a serviço da cura do doente e do reforço ou recuperação de sua saúde, superando a situação em que curas, sintomas e sinais são negados, omitidos ou reinterpretados “por serem inexplicáveis, não previstos ou contraditórios pelas teorias em vigor” (Tesser e Luz, 2008, p.198).

Em direção do que aponta Canguilhem (2005), o doente não pode ser dissociado de sua doença pois “o viver a doença para o doente” é também “falar dela segundo clichês ou estereótipos, isto é, valorizar implicitamente as recaídas de um saber cujos progressos são, em parte, devidos ao fato de o doente ter sido posto entre parênteses enquanto eleito da diligência médica” (p. 25). Reconhecer o caráter misterioso da vida pode assegurar outras possibilidades de complementaridade, uma vez que a morte faz parte da vida e a doença é uma de suas expressões: “as doenças são os instrumentos da vida por meio dos quais o ser vivo, quando se trata do homem, se vê obrigado a se reconhecer mortal” (p.33). E a saúde, uma das possibilidades de sua expansão: “sem potência de expansão, sem uma certa dominação sobre as coisas, a vida é indefensável” (Canguilhem, 2005, p.44).

Ao longo de nossa jornada, muitas foram as surpresas e descobertas que a investigação

revelou, e que a convivência e a interlocução com os grupos estudados possibilitou. Ainda há muito o quê caminhar no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a relação religião, cultura e saúde e vislumbrar novas possibilidades de garantir melhores condições para um cuidado integral à saúde da população brasileira, considerando as especificidades dos diversos grupos socioculturais que a compõem; entre eles, os sujeitos de nossa pesquisa.

Referências Bibliográficas

BAIRRÃO, J.F.M.H. **Subterrâneos da submissão**: sentidos do mal no imaginário umbandista. Memorandum, Belo Horizonte, v.2, 2002, p. 55-67.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARVALHO, A. M. T. **O sujeito nas encruzilhadas da saúde: um discurso sobre o processo de construção de sentido e de conhecimento sobre sofrimento difuso e realização do ser no âmbito das religiões afro-brasileiras e sua importância para o campo da saúde coletiva**. Trabalho de conclusão de curso (Tese), Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2005.

CZERESNIA D.; FREITAS C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.4, n. 15, 1999, p. 701-710.

DUARTE, L. F. D. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 58a Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer**: teoria e prática da educação popular. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

FREYRE, G. **Casa grande & senzala**: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. São Paulo, Global editora, 2005.

FRY, P. **Para Inglês Ver**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GEERTZ, C. **O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Suplemento, 2005, p.50-70.

HOLANDA, V.; MELLO, M.L. A relação entre saúde e cultura nas práticas terapêuticas da Umbanda em Fortaleza-CE e no Rio de Janeiro-RJ. In: **Saúde e Cultura: diversidades terapêuticas e religiosas**. TADEU, J.; MELLO, M. L.; HOLANDA, V. (Org.). Fortaleza, Editora da UECE, 2015, p. 56-87.

KOFES, S. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 3, 1994, p.117-141.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Cosac Naify, 2008.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, p. 145-176, 2005.

MAUSS, M. Ensaio sobre a Dádiva. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S.S. Saúde, Religião e Cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n.4, 2013, p.1024-1035.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTERO, P. **Da doença à desordem: a magia na Umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

ORTIZ, R. **A Morte Branca do Feiticeiro Negro**. Umbanda e Sociedade Brasileira. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; CAMARGO JR., K.R. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003. p. 65-112.

QUIROGA, F. L. Antropologia interpretativa e etnografia na pesquisa sobre escolarização em ambiente hospitalar. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 26, n.1, 2017, p.70-85.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001, p.115-123.

SARAIVA, C. Filhas de santo em Lisboa: rituais, terapias e diálogos afro-brasileiros em Portugal. In: SARAIVA, C.; HAVIK, P., TAVIM; J.A. (Orgs.). **Caminhos Cruzados em História e Antropologia**. Estudos de Homenagem a Jill Dias. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2010. p. 341-365.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p.29-41.

SEPARAVICH, M.A.; CANESQUI, A.M. Girando a lente sócio antropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2010, p.249-259.

SILVA, V.G. **Caminhos da Alma**. São Paulo: Summus, 2002.

TADEU, J. et al. (Org.) **Saúde e Cultura**: diversidades terapêuticas e religiosas. Fortaleza: EdUECE, 2015.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e integralidade**. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, 2008, p.195-206.

VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V. V. (Org.). **Religião e Cultura Popular**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 113-139.

VALLA, V. V. Educação e saúde do ponto de vista popular. In: VALLA, V. V. (Org.). **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 34-56.

VASCONCELOS, E. M. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.3, 2010, p.12-18.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de apoio à Gestão Participativa - Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 18-30.

VELHO, G. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

WAGNER, R. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

WHYTE, W. F. **Sociedade de Esquina**: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

HEALING AND CARE IN AFRO-BRAZILIAN TRADITION IN RIO DE JANEIRO: CONTRIBUTION TO COMPREHENSIVE HEALTH CARE

ABSTRACT:

This study aims to understand people's perceptions of health, diseases and healing practices of Afro-Brazilian religious groups and the relationship of these practices to biomedicine. Using an ethnographic study and participants' life stories we identified the participants' perception of health, illnesses and the effectiveness of therapeutic practices performed at religious temples in Rio de Janeiro. Religion acts as a tool for coping with the difficulties of everyday life by altering people's expression of emotions and changing their understanding of life experiences. We consider Afro-Brazilian therapeutic practices to be of great importance in the agenda of public health policy. By recognizing the potential of these practices, new possibilities in health care can arise. These practices would be complementary to biomedicine and may help address this lack of perspective for different health care practices.

Keywords: Health disorder, health care, integrality, religion, Umbanda and Candomblé.

LA CURACIÓN Y EL CUIDADO EN LA TRADICIÓN AFRO-BRASILEÑA: LAS CONTRIBUCIONES A LA SALUD INTEGRAL

RESUMEN:

Este estudio tuvo como objetivo dar visibilidad a la comprensión de las prácticas de salud, la enfermedad y la curación introducidos en el campo religioso Afro-Brazileño y su relación con la biomedicina. A partir de un estudio etnográfico y las historias de vida, se identificaron los conceptos de salud / enfermedad y las prácticas terapéuticas de templos en Río de Janeiro. La religión actúa como un apoyo para hacer frente a las dificultades de la vida cotidiana, la movilización de recursos para la expresión de las emociones, el cambio de la comprensión de las experiencias. Reconocer el carácter misterioso de la vida puede proporcionar nuevas posibilidades de prácticas no convencionales como complementarias a la biomedicina y contribuir a afrontar los retos de una perspectiva de salud en su integralidad.

Palabras clave: salud-enfermedad, el cuidado de la salud, la integralidad, la religión, la Umbanda y el Candomblé.

Recebido em 08 de outubro de 2018 e aprovado para publicação em 05 de março de 2019.