

DIMENSÕES SOCIAIS E TERAPÊUTICAS CONTEMPORÂNEAS DA RELIGIÃO AFRO-BRASILEIRA CANDOMBLÉ

THERAPEUTIC AND SOCIAL DIMENSIONS OF CONTEMPORARY AFRO-BRAZILIAN RELIGION CANDOMBLE

Ana Cristina de Souza Mandarinio¹
Estélio Gomberg²

Resumo: O presente artigo analisa a contribuição de comunidades-terreiro de Candomblé para formulação de iniciativas cidadãs e solidárias, necessariamente desvinculadas da oferta de serviços mágico-religiosos. Nesse sentido, percebe o modo com que as comunidades-terreiro mantêm a característica de constituírem-se em espaços de resistência, a partir da valorização do espaço físico, entendido como espaço sagrado, e do território, traduzido em espaço para exercício de cidadania.

Palavras-chave: Religiões Afro-Brasileiras, cidadania, voluntariado, território, identidade.

Abstract: This paper analyzes the contribution of the *Terreiros* (Afro-Brazilian churches) to build an ideal of solidarity and citizenship initiatives, not necessarily related to the offers of magician-religious services. It recognizes the way that the *Terreiro* keeps the characteristics of a space of resistance, from the valuation of the its physical space, understood as a sacred space and a territory for the exercise of citizenship.

Keywords: Afro-Brazilian religions, citizenship, volunteer, territory, identity.

Os Terreiros de Candomblé são historicamente reconhecidos como espaços de manutenção das tradições religiosas negro-africanas, entretanto, atualmente, assumem uma postura que aponta para uma multifuncionalidade que vai além das atividades religiosas, buscando fazer parte da pauta de ações de organizações sociais que visam, autonomamente ou com parcerias governamentais e internacionais, propor o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde estruturado em valores e normas

¹ Antropóloga, Doutora em Comunicação e Cultura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora Convidada do Dep. de Antropologia, Universidade Federal da Bahia.

² Pós-Doutorando em Ciências Sociais (Bolsista FAPESB Pós-Doc I), Doutor em Saúde Pública, Pesquisador Associado do Laboratório de Desigualdades Sociais/Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia. Email: estelio68@gmail.com

tradicionais e, que, ao mesmo tempo possa dialogar de forma racional com o sistema biomédico no país, estabelecendo um cenário de oportunidades de ofertas de saúde baseados em modelos culturais diferenciados (GOMBERG, 2008).

A existência de um número significativo de adeptos e simpatizantes que buscam nas religiões de matrizes africanas a solução para problemas de saúde nas diversas dimensões desta, nos leva a considerá-las como um “sistema médico complexo”, conforme apresentado por Luz (2003). Esta “medicina afro-brasileira” de base religiosa é marcada pela origem africana resultante do processo de escravidão registrado no Brasil até o século XIX, caracterizando-se pela utilização de elementos vegetais nos tratamentos que prescreve e pela intervenção de um agente religioso (“mãe de santo” ou “pai de santo”) que busca promover a restauração da saúde através de relações estabelecidas com as divindades.

Assim, a relação entre os adeptos desta religião e os vegetais, seria segundo Barros (1993) a de atualizar e referendar uma relação que acredita ser mais abrangente e, em nossa visão, traduziria as necessidades dos homens modernos, que impossibilitados de transitarem nas florestas, pois encontram-se nas cidades, cuidariam de reverter esta dificuldade. Assim, além dos espaços *mato e urbano*, destacados por Barros (1993) e Elbein (1986) este ainda vai aludir a uma outra opção, a criação de um *espaço cultivado*.

Em África, a delimitação de tal espaço tornava-se mais evidente devido à necessidade da efetivação de antigos rituais que simbolizavam a transformação da antiga floresta sob a ação do homem; são os ritos propiciatórios de colheitas e que marcam a passagem da utilização de plantas coletadas para plantas que necessitam cultivo e a utilização de técnicas específicas cujo fim destinava-se a melhor adaptação das espécies. No caso brasileiro, esta transformação e esta criação de um *espaço cultivado* além de minimizar a dificuldade ao acesso as florestas mais afastadas pela condição de prisioneiro ao qual o homem africano encontrava-se subordinado, existia a inadequação simbólica em manter-se única e exclusivamente um espaço destinado ao cultivo de plantas tão especiais e o culto a um orixá específico, cujo mérito estaria em proporcionar uma boa colheita e uma terra fértil, uma vez que estariam pela condição de cativos impossibilitados de desfrutá-la. A manutenção e a criação de um *espaço cultivado* dar-se-ia então pela necessidade de espécies vegetais que se encontravam ou inexistentes em solo brasileiro – e para isso tínhamos a sistemática circularidade entre Brasil e África para solucionar o problema – ou de difícil acesso, daí seu cultivo em uma área privada.

Entre as estratégias e práticas de intervenção desta “medicina”, podem ser encontradas abordagens que buscam acionar mecanismos naturais e sobrenaturais de promoção da saúde, privilegiando o acolhimento, o vínculo terapêutico e a interação do sujeito com a natureza, possibilitando uma visão ampliada e holística do processo saúde-doença.

As solicitações de resolução de problemas às religiões de possessão, assim como outras religiões, representam atualmente um espaço significativo na sociedade, visto que a crença em espíritos se tornou uma das marcas da cultura brasileira.

Como observa Velho,

“No caso, a crença em espíritos, no transe, na mediunidade e na possessão, cria uma *linguagem básica comum* que não esvazia a importância das diferenças substantivas entre os grupos,

com suas identidades e valores particulares. Nessa linguagem, o domínio do "sobrenatural" aparece como fundamental para compreender o sistema de representações da sociedade brasileira ou do sistema cultural propriamente dito" (VELHO, 1994, P. 61).

Acrescentando este debate, Brandão (2004) aponta que o Espiritismo Kardecista, a Umbanda e o Candomblé são,

"as três religiões mediúnicas e de possessão mais difundidas e melhor conhecidas no Brasil. Da primeira à terceira, elas fazem imperfeitamente o trajeto do mais "erudito" ao mais "popular", do mais escrito ao mais oral, do mais eticamente branco ao mais negro, da maior autoproclamada proximidade íntima do Cristianismo ao mais distanciado, pelo menos do ponto de vista de uma doutrina confessional explícita" (BRANDÃO, 2004, p. 267).

Apesar dos diferentes significados que têm estas religiões, tal como discutido por Brandão (op. cit.), a grande maioria dos clientes das religiões de possessão se coloca em uma postura de ocultamento frente a estas solicitações, em decorrência do processo sócio-histórico de discriminação presente na sociedade brasileira com relação a estas, particularmente as de matrizes afro-brasileiras (LUNHING, 1997, MANDARINO, 2003). Entretanto, muitos, ao contrário, vêem em sua participação uma possibilidade que os leva a usufruir de um status diferenciado, uma honra já que no imaginário nacional, ser "macumbeiro", pressupõe ser detentor de conhecimentos e poderes, e conforme a/o agente religiosa/o que o atende, desfrutar de um prestígio frente ao grupo social mais amplo em virtude da legitimidade alcançada pelo "pai ou mãe de santo".

Uma situação visível, neste contexto religioso, é a colocação de "despachos" nas esquinas que é umas das complexas formas de manifestação religiosa, englobando espaços urbanos e rurais, assim como os materiais de diversas naturezas que os compõem (animais, vegetais, artefatos) que apontam à diversidade religiosa presente na cidade e para o vasto mercado de bens simbólicos, na qual os clientes externos possuem também a preocupação de não serem vistos e reconhecidos no momento da realização de um "despacho".

Face às dificuldades representadas pela escassez e dificuldade de acesso aos espaços para a realização destes rituais e obrigações religiosas, as esquinas e outros locais da cidade (cemitérios, hospitais, praças, encruzilhadas) passaram a ser concebidos como "espaços sagrados" e "terapêuticos". O processo de urbanização e industrialização das cidades no país, que resultou na falta de locais naturais para cultuar as várias divindades das religiões afro-brasileiras tem levado os praticantes das religiões afro-brasileiras a buscar, definir e ressignificar espaços que são crescentemente utilizados como locais de curas (SILVA, 1996). Contudo, em algumas situações, os "despachos" ali colocados, especialmente, àqueles que possuem um número elevado de ingredientes ou com sacrifício animal, podem vir a causar um impacto e desconforto nos transeuntes destes locais mencionados e assim, contribuindo para reforçar a imagem cristalizada no senso comum sobre estas como "religiões do mal".

Na mesma direção, como já assinalamos, encontramos as práticas litúrgicas que envolvem a utilização de grandes espaços abertos assim como a escassez de áreas de cultivos e plantios nas cidades diante do processo de urbanização. Os pontos possíveis de realização de "ebós", "sacudimento" e "banhos" são em geral localizados em áreas distantes dos centros urbanos ou em áreas de preservação ambiental, algumas de acesso restrito, gerando debates públicos de favorecimento e de críticas envolvendo diversas instituições e atores sociais sobre esta utilização.

A "medicina" concebida pelo Candomblé, presente nos espaços urbanos e rurais das cidades, coloca-se como uma opção diante das necessidades da atenção à saúde apesar da primazia do "sistema oficial de saúde" e da situação marginal e estigmatizadora, cuja associação remonta ao processo histórico da religião.

É significativo ressaltar que as possibilidades e as disponibilidades de escolhas terapêuticas realizadas por indivíduos ao perceber uma situação de enfermidade manifesta na arena de negociações, e suas movimentações presentes entre estas escolhas, em verdade vão refletir o campo de possibilidades sócio-culturais com que estes se encontram identificados (YOUNG, 1981), mesmo que esta opção não figure entre suas práticas cotidianas.

Vários autores (KLEINMAN, 1980; RABELO, ALVES; SILVA, 1999; DUARTE; LEAL, 1998; VELHO, 1994), se debruçam sobre os aspectos simbólicos da doença considerando que o processo saúde-doença é influenciado pelas diversas manifestações presentes em um grupo social, ou seja, a compreensão da doença é pautada na intersecção do sujeito e suas interações nos grupos, nas instituições e seus processos culturais.

Desta forma, para Helman (2003),

"a doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar" ou ainda a "definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a ela" (HELMAN, 2003, p. 104).

O entendimento do significado das ações que constituem o itinerário terapêutico torna-se importante na medida em que nelas estão inseridos os vários processos de escolhas, decisões, avaliações e adesões a determinadas terapêuticas. Recomenda-se que este entendimento deva ser ampliado à disponibilidade de serviços de saúde ou a sua utilização, ou seja, é pertinente verificar a existência de consciência das possibilidades e do alcance delas aos sujeitos sociais observando a influência do contexto sócio cultural na escolha de tratamento (ALVES; MINAYO, 1994).

Assim, a análise sobre itinerário terapêutico concebido pelo indivíduo se relaciona com uma arena de possibilidades sócio-culturais que fornece projetos de escolhas através de suas próprias visões de mundo e as diversas opções terapêuticas, como aponta Velho:

"é necessário que toda análise sobre itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em

termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes” (VELHO, 1994, P. 27).

Assim, verifica-se uma cadeia de eventos sucessivos, que permite ao indivíduo apresentar uma trajetória e nesta elaborar e refletir o processo saúde-doença, através de práticas e saberes socializados por seu grupo e apreendidos ao longo de suas vivências.

Desta forma, a opção terapêutica e religiosa é reconhecida por adeptos e clientes que buscam apoio e promoção às demandas do processo saúde/doença, articulando-se junto a este sistema, de distintas modalidades. Como ressalta Loyola:

“As doenças espirituais podem ser causadas, como já vimos, por mau-olhado, espírito encostado ou por um castigo de Deus, de acordo com a crença religiosa do indivíduo; esta é que determina, em grande parte, a escolha do tipo de tratamento, ou seja, as escolhas feitas entre os especialistas do sistema oficial de saúde e os especialistas religiosos” (LOYOLA, 1984, p. 163).

Em seu estudo sobre crenças e práticas terapêuticas de uma população de um bairro de Nova Iguaçu, Baixada Fluminense Loyola (op. cit.) buscou observar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde do “sistema oficial” por causa da escassez de sua oferta e as estratégias concebidas individualmente ou com agentes e agências terapêuticas religiosas para a promoção da cura.

Diante disso, a concorrência entre “as medicinas” (medicina popular e medicina oficial), levantada por Loyola, é significativa, pois a interação entre morador e terapeuta comunitário é intensa e próxima, situação que facilitaria a compreensão entre pacientes e terapeutas uma vez que eles falariam a mesma linguagem. Da mesma forma a consideração sobre o processo saúde-doença extrapolaria os campos biológicos e sintomáticos, envolvendo também dimensões sociais e espirituais.

Em decorrência da recente expansão da demanda por atenção à saúde mais diversificada nos grandes centros urbanos, assim como, do intercâmbio que vem se estabelecendo entre os diferentes sistemas de cuidado em saúde, torna-se de grande importância e potencial os limites das medicinas tradicionais que são praticadas pelos diversos grupos sociais e étnicos diferenciados, para que se possa, assim, avaliar os custos e benefícios de seu uso e compreender sua sobrevivência e expansão a despeito do avanço da oferta de serviços médicos modernos em todos os setores da sociedade.

Vale ressaltar que com a mudança no perfil das doenças, a estrutura biomédica se vê em dificuldades em lidar com as mesmas, visto que, a medicalização e o conceito de saúde, fortemente alimentado pelo senso comum cuja busca encontra-se próxima a uma perfeição, especialmente, alimentadas pelas ofertas tecnológicas de curas aponta não para uma piora nas condições de saúde, mas sim para uma cultura do adoecimento e do sofrimento, muitas vezes alimentadas pelas adversas condições sociais em que se encontra a maioria dos usuários do sistema (LUZ, 2005).

A partir de uma re-significação de “Natureza”, valorização do corpo e novos conceitos de saúde e higiene no meio urbano surgem ofertas de tecnologias, assim como produtos e a criação de espaços específicos com o aparecimento de sujeitos sociais (terapeutas) para tal promoção e divulgação (Tavares, 1998). Este contexto, a partir do meio do século XX, proporciona o crescimento das medicinas tradicionais nos

centros urbanos que passam a disputar um mercado e uma clientela com a dita biomedicina, assim como sua legitimação no próprio sistema de saúde.

Esta realidade pode ser apontada como uma das razões que explicam o crescimento das "medicinas alternativas" em âmbito mundial. Como aponta Luz:

"a busca de outra racionalidade em saúde por parte de distintos grupos sociais que conformam clientelas de cuidados médicos, e mesmo por parte de profissionais terapeutas, torna-se uma explicação razoável para o sucesso de sistemas terapêuticos regidos por paradigmas distintos daqueles da medicina científica" (Luz, 2005, p. 152).

O que se torna fascinante e complexo nesta manifestação social é a busca de meios complementares de lidar com a saúde e não a negação e o abandono das "terapias oficiais", mas sim a complementação de um pelo outro, o que em muitos casos os leva a serem procurados simultaneamente pelo cliente.

Contudo, esta integração visando buscar a legitimação e a institucionalização das medicinas tradicionais ocorre de uma forma irregular em alguns países, tendo em vista as resistências de alguns setores que defendem a baixa eficácia e a ausência de "cientificidade" destes sistemas terapêuticos.

Poucos são os países que desenvolvem uma política nacional voltada para as medicinas tradicionais. Estas políticas freqüentemente visam a ordenar o papel das medicinas tradicionais e incluí-las como parte dos sistemas nacionais de saúde, estabelecendo mecanismos legais e legítimos que mantenham as atividades e o acesso equitativo a estas.

O marco inicial para institucionalização dos saberes terapêuticos tradicionais foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, que recomendou a "formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente" (OMS, 2002).

Neste mesmo período, a Organização Mundial de Saúde criou o Programa de Medicina Tradicional, com diretrizes de políticas para este setor. A partir deste fato, este organismo internacional visa estimular os países a formularem e implementarem políticas públicas sobre a integração e o uso racional de medicinas tradicionais nos sistemas locais de saúde.

Especificamente, no Brasil, este fenômeno de legitimação e a institucionalização deste campo só se iniciaram a partir da década de 80, período da criação do Sistema Nacional de Saúde, Sistema Único de Saúde / SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras, no caso, da homeopatia e da acupuntura.

Institucionalmente, a proposta de introdução de ofertas de "práticas alternativas" nos serviços de saúde, é apresentada pela primeira vez, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, promovendo as opções terapêuticas ao interesse do usuário assim como, a recomendação de inclusão de atividades relacionadas às "práticas alternativas" nos currículos de formação em saúde.

Nascimento (1998) discutindo sobre os discursos da imprensa e a legitimação da acupuntura, argumenta que o período de abertura democrática registrada no Brasil nos últimos anos favoreceu a integração desta medicina tradicional com sistema de saúde.

“Era o período da Nova República, do avanço de forças reformistas na sociedade, que, no setor de saúde, se aglutinavam em torno da reforma sanitária, com propostas de descentralização e democratização das políticas e ações públicas de saúde, e universalização do acesso à atenção médica. Era também um período de expansão nos investimentos, nos equipamentos e na oferta de serviços públicos de atenção à saúde, em níveis estadual e municipal, nas redes ambulatorial, principalmente, e hospitalar.” (NASCIMENTO, 1998, p. 101).

Através do seu estudo a respeito da veiculação de reportagens sobre a legitimação e integração da acupuntura nos principais periódicos de São Paulo e do Rio de Janeiro, esta autora argumenta que estes veículos de comunicação apresentaram uma visão dualista sobre esta questão: credence e charlatanismo e possível status científico.

Outro espaço de discussão sobre legitimação e eficácia de medicinas alternativas que se encontra em expansão são as revistas eletrônicas e a Internet, contendo sites especializados que são constituídos de revistas científicas e bancos de dados especializados (como o MEDLINE e PubMed), visando a divulgação científica de informações sobre saúde e a interconectividade para profissionais de saúde.

O discurso do setor biomédico nestes meios de comunicação, de uma forma geral, coloca-se resistente à integração e legitimação de medicinas tradicionais e de práticas terapêuticas holísticas, acusando-as de engendram um discurso social baseado na ausência de cientificidade em suas atividades, afirmando para isso, que somente a Medicina é capaz de curar.

Esta competição apresenta como pano de fundo a disputa pelo monopólio e a reserva de mercado das opções terapêuticas por parte de grande parcela do setor médico, cujo objetivo parece ser tentar inibir qualquer ocupação de espaço e de ascensão dos terapeutas que possam vir a fragmentar a hegemonia do setor biomédico.

O que nos leva a perceber é que a conversão de considerável número de adeptos das religiões afro-brasileiras encontra-se relacionada a questões que traduzem o processo saúde/doença, cujas causas podem ser relacionadas tanto aos aspectos espirituais quanto materiais conforme falas informais de diversos segmentos religiosos afro-brasileiros de diversos Estados. A ocorrência de enfermidades torna-se elemento motivador para o processo de filiação, aparecendo com frequência nos relatos daqueles que acreditam ter-se esgotado as opções de tratamento através das agências médicas do setor profissional (TEIXEIRA, 1994; RABELO; MOTTA; NUNES, 2002; GOMBERG, 2008).

Para os adeptos e simpatizantes das religiões afro-brasileiras, a religião é muitas vezes percebida como um conjunto de práticas tidas como eficazes não só para explicar sua própria existência, como também para torná-la mais suportável frente a questões

de várias ordens, o que inclui a manutenção da saúde física e espiritual e sua recuperação quando se instalam as doenças.

Uma forte aliada na terapêutica religiosa e no desvendamento dos estados de desequilíbrios e de doenças é a fitoterapia mágico religiosa praticada pelos Terreiros, pois para o Candomblé os vegetais são elementos essenciais tanto nas atividades litúrgicas como nas terapêuticas, ocupando um papel singular e estruturante nas atividades deste, representando um elo de comunicação entre seres humanos e as divindades. Os cânticos e os usos de determinadas palavras associadas proporcionam o encantamento dos vegetais transformando-os em elementos sagrados prontos para agirem sobre os indivíduos (BARROS; TEIXEIRA, 1989).

É exatamente este valor religioso ou mágico intrínseco nos vegetais que também desencadeia um sentimento ecológico nos adeptos que observam a importância deles para manutenção da ordem social.

Desta forma, Verger (1995) ressalta a importância do conhecimento dos "ofô", cânticos evocativos que devem ser pronunciados no momento de coleta, na preparação e aplicação dos vegetais, cujo sentido e significado se tornarão eficazes na medida em que seus desejos se tornarem realizados. Para a cosmovisão do Candomblé, a importância do vegetal é ampliada em suas qualidades botânicas e farmacológicas, onde o conhecimento do sagrado e a habilidade do oficiante somam-se para que os três elementos juntos sejam capazes de acionar os mecanismos que venham dar início a transmissão do "axé".³

A construção social do indivíduo, da pessoa, no âmbito dos Terreiros é desenvolvida gradualmente a partir de um processo iniciático. A iniciação e a vivência em um Terreiro são responsáveis pela instauração lenta e paulatina de uma visão de mundo e uma maneira de ser peculiar a um sistema de crenças que privilegia o corpo humano e a saúde (MAGGIE, CONTINS, 1980; COSSARD-BINNON, 1981; BARROS; TEIXEIRA, 1989; TEIXEIRA, 1994, NUNES, 2007).

Para ter este propósito, é necessária a realização de diversos procedimentos, de forma contínua e estabelecida conforme as diretrizes das divindades pela consulta oracular. Após estes cumprimentos, novas consultas são realizadas para verificar o grau de aceitação destes e, por efeito, o re-estabelecimento de equilíbrio do indivíduo fisicamente, emocionalmente e espiritualmente e até mesmo a realização de novas "obrigações".

Este contexto apresentado no início na consulta, na revelação do orixá da/o consulente, nas causas de seus desequilíbrios e nas "obrigações" a serem realizadas nos traz a noção particular de concepção corporal desta religião, ou seja, a consciência corporal é desenvolvida através do equilíbrio entre o corpo e as forças da natureza e que o acionamento de "obrigações" tem uma funcionalidade primordial neste objetivo - saúde/equilíbrio.

Desta forma, é válida para fins de apreensão do processo saúde-doença ter uma visão sobre a relação entre o sujeito e seu orixá através de elementos naturais. Sendo que uma divindade pode se relacionar com mais de um elemento, ou seja:

- água: orixás femininos, iabás: Nanã, Iemanjá, Oxum, Oiá, Euá, Obá, Oxumaré e Logunedé;
- ar: Oxalá e Oiá;

³ Axé é considerado um princípio vital gerenciador da vida de todos os seres humanos e de todas as coisas contidas na natureza, que deve ser revitalizado de tempos em tempos, para que, no caso dos indivíduos, possa transmitir a estes força e energia.

- terra: Ogum Oxóssi, Obaluaiê, Irokô, Ossaim, Oxumarê e Logunedé;
- fogo: Exu, Xangô e Oiá.

É importante notar que, a partir desta imbricação orixá/elemento natural podem-se articular as narrativas míticas, os elementos de veneração e os modos de pensar e de agir de um indivíduo, especialmente, na constituição de um sistema classificatório de doenças e produções corporais já que neste sistema religioso o corpo é, por excelência, a "morada dos orixás", ou seja, os orixás apontam a predisposição para determinadas enfermidades caso os indivíduos "não cuidem de suas cabeças".

O corpo, no âmbito deste estudo, é percebido como indicado por Bourdieu (1989), tal como expressão e materialização de uma condição social e de um *habitus* expressado na forma de posturas corporais e investimentos na sua produção. O corpo apresenta, através de seus próprios gestos e movimentos e dos símbolos que porta uma determinada posição social. Neste sentido, o corpo passa a ser concebido como um signo social, à medida que através deste se desenvolvem modalidades corporais e se expressam uma visão de mundo específica de determinados grupos sociais.

A condição social de indivíduos / adeptos tornava-se explícita nas apresentações nos diversos espaços sociais através de uma relação de diferença, baseada especificamente em suas representações e em suas imagens corporais. Estas construções sociais se tornam mais visíveis quando, por exemplo, um indivíduo porta um "fio de conta" ou roupa branca na sexta-feira, elementos que facilmente podem ser identificados como possuidores de códigos religiosos.

O corpo, através de suas posturas, gestos e movimentos, expressa uma condição social, que opera como um dos elementos para pensarmos a identidade social do adepto. É na relação de contato entre adeptos e não adeptos que o primeiro se identifica como diferente, como portador de marcas sociais que se evidenciam nos momentos em que se depara com outros sujeitos sociais podendo daí então, surgir reprovações verbais ou olhares que levam à exclusão.

Neste caso, podemos perceber inúmeras diferenciações culturais, expressas através de produções e marcas corporais dentro de um mesmo espaço social, onde a consideração "da religião" determina essa distinção cultural expressa simbolicamente nas imagens e representações corporais.

Dos apontamentos colocados acima, podemos trazer uma primeira consideração sobre a percepção de saúde para "povo de santo": é extremamente importante para a vida do indivíduo tanto quanto para seu orixá os cuidados relativos à saúde, visto que o corpo é a "moradia do sagrado" e de que problemas, distúrbios, desequilíbrios são fatores dissonantes que podem ser apontados como uma das principais causas para a conversão religiosa. (BARROS; TEIXEIRA, 1989)

Outra consideração é compreender que estas práticas e saberes concebidos e executados pelo Candomblé como um sistema terapêutico que pode ter uma função colaborativa com os sistemas locais de saúde e suas especificidades, visto especialmente através do uso significativo de vegetais com fins terapêuticos em seu interior. Diante disto, é atentar para estas práticas religiosas terapêuticas como um assunto de políticas públicas coadunadas na agenda de políticas e programas de medicinais naturais e complementares e/ou plantas medicinais e fitoterápicos.

São inegáveis as particularidades e a importância às questões de saúde da população negra, especialmente, porque esta deve ser tratada de uma forma intersetorial, em diálogo constante com distintas áreas de conhecimento, assim como com vários setores da saúde e da sociedade. Contudo, ainda no Brasil, e de forma

esparsa, seja no nível político ou acadêmico, registram-se poucas experiências onde estas diretrizes surgem contempladas. O que, no entanto se percebe, é que em sua maioria, os debates e as ações apresentadas carregam um caráter ideológico, que centradas no combate à discriminação, acabam por se distanciar do aspecto da saúde propriamente dito (SILVA, 2009).

A organização do campo da "saúde da população negra" traz em cena identidades que vão se afirmar na questão racial, apregoando a discriminação existente no país e cobrando do Estado medidas efetivas de políticas de ação afirmativa frente às desigualdades historicamente colocadas através da articulação de diversos atores sociais com distintos interesses.

Os estudos que porventura tenham como objetivo a discussão da saúde da população negra nunca foram objetos de discussão por parte dos estudiosos da saúde, tanto assim que Maio e Monteiro (2005) argumentam que o foco sobre a temática racial não foi objeto de interesse da tradição sanitarista. Segundos estes autores, somente no século XXI, com a discussão sobre as relações entre raça e saúde que surge uma política específica à população negra, articulando diversos setores da sociedade e organismos internacionais.

"Tal perspectiva se distancia da tradição sanitarista brasileira, construída sob o signo do universalismo, chancelada pelo Estado. O movimento da Reforma Sanitária, calcado no tripé universalidade, integralidade e gratuidade, conforme inscrito na Constituição Federal, concebe a saúde como um direito universal de cidadania. Com todos os percalços existentes no campo da saúde pública no país, existe um consenso de que a reforma da saúde é um dos mais bem-sucedidos projetos políticos de incorporação dos setores populares, segmentos esses com expressiva presença de negros" (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 439).

É latente a compreensão entre atores do campo social e gestores de que gerar programas e parcerias com projetos de saúde nos Terreiros de Candomblé é uma modalidade de reparação e um processo de inversão de uma estigmatização à qual foram e são relegadas as religiões de matrizes africanas, e, também, as suas práticas terapêuticas, com objetivos claros de considerar o Terreiro como um espaço de excelência para promoção e difusão de conhecimentos sobre saúde da população negra. Estes Terreiros, por sua vez, ao exercerem a arte de curar criam estratégias de socialização e de produção de conhecimentos, como preconizado pelo Documento Institucional "*Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade.*" (PNUD; OPAS, 2001).

Considerações Finais

Em suma, a história da organização dos Terreiros de Candomblé e das demais modalidades de religiosidades de matrizes africanas no Brasil foi marcada por episódios de discriminações, perseguições, estigmatizações nos diversos espaços sociais, ao mesmo tempo em que alianças com os poderes públicos e movimentos sociais eram firmadas na tentativa de uma legitimação e visibilidade que lhes garantisse seu funcionamento.

Atualmente, com a intenção primordial de construir uma legitimidade social mais ampla, e seguindo os rumos de uma postura política correta, os Terreiros buscam criar para si uma conotação de “agências sociais”, ou entidades sociais através de atividades de voluntariado, assim como os tombamentos de suas construções físicas, iniciado anteriormente pelas Casas Tradicionais e hoje almejado por um grande número de Terreiros, que vêm nesta estratégia, além de um reconhecimento oficial, a garantia de preservação de seus espaços (GONÇALVES, 1988; VELHO, 2006).

Contudo, a interação de assistência frente às consultas com o grupo religioso não necessita exatamente do processo de conversão religiosa, fenômeno social registrado em tempos atuais quando sujeitos sociais possuem interesses e identificações com determinadas religiões ou seitas religiosas mantendo o papel social de cliente, no caso de consulta, ou de assistido, nas atividades voluntárias revelando o fenômeno de trânsito religioso, consistindo no movimento dos indivíduos, religiosos, por diversas instâncias sagradas e na conjugação de distintas religiões simultaneamente (ORO, 1997).

Expressões jocosas como “pronto-socorro espiritual” ou “hospital de orixás” são categorias freqüentemente utilizadas para apontar um campo fértil, que permite entender os itinerários terapêuticos da vasta clientela que procura o Candomblé enquanto alternativa e/ou complementariedade terapêutica, como uma possibilidade entre as várias opções cujo contexto sociocultural permite e estabelece múltiplas escolhas de diagnósticos e tratamentos.

Vale apontar para a grande importância de que seja estabelecido um diálogo frutífero entre segmentos religiosos e poder público, com vista a definir e formular as políticas de saúde não somente destinada a promover a inclusão política e social de comunidades-terreiros, assim como estabelecer alianças entre o poder público e estes, consistindo, desta maneira, na compreensão de expressões e de divulgação de saberes, alicerçadas num modelo de comprometimento maior entre os diversos setores envolvidos no que tange a se relacionar com as diversas realidades presentes na sociedade brasileira.

Assim, diante da pluralidade religiosa apresentada na modernidade e, especialmente, na sociedade brasileira, o Candomblé ou seus saberes vem preencher junto aos indivíduos aspectos de sua vida cotidiana que se encontra fragmentado ou diante de encruzilhadas. Além de um complexo sistema religioso, o Candomblé consegue conjugar nos laços de parentesco mítico que estruturam a lógica da religião, a possibilidade do indivíduo em reconstruir laços que estes ou nunca possuíram ou que porventura estejam fragmentados, rompidos. A certeza da aquisição de uma família extensa (pai, mãe, irmãos, tios) concede ao indivíduo o suporte necessário para que este vença seus desafios e desequilíbrios. A ampla noção de saúde extrapola os limites da sociedade ocidental, nesta, o indivíduo é pensado como um todo, não dissociado. Saúde e doença são binômios pensados conjuntamente e a elucidação deste processo envolve aspectos religiosos, materiais e sentimentais. Esta forma de encarar o mundo, esta visão diferenciada, é o grande chamariz das religiões de possessão, especialmente

o Candomblé, onde a produção comum de um número de bens simbólicos vai conferir ao indivíduo a estrutura necessária para que a partir de uma nova identidade reconstruída nos moldes religiosos, seja capaz de ser o elemento agora já refeito, de sua própria vida.

Referências

- ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (org.). *Doença e Saúde - um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- BARROS, J. F. P. *O Segredo das Folhas: sistema de classificação de vegetais no Candomblé jêje-nagô do Brasil*. Rio de Janeiro: Pallas, 1993.
- BARROS, J. F. P & TEIXEIRA, M. L. L. O Código do Corpo: Inscrições e marcas dos orixás. In: Moura, C.E. (Org.). *Meu Sinal Está no Corpo*. São Paulo: Edicon. 1989.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BRANDÃO, C. R. *Fronteira da fé – Alguns sistemas de sentido, crenças e religiões no Brasil de hoje*. Revista Estudos Avançados 18 (52), 2004.
- COSSARD-BINON, G. A filha de santo. In. MOURA, C.E.M (org.), *Olóòrisà* São Paulo: Ed. Agora, 1981.
- DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. (org.). *Doença, sofrimento e Perturbação. Perspectivas Etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1998.
- ELBEIN DOS SANTOS, J. *Os Nagô e a Morte*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- GOMBERG, E. *Encontros Terapêuticos no Terreiro de Candomblé Ilê Axé Opô Oxogum Ladê, Sergipe/Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Salvador, UFBA, 2008.
- GONÇALVES, J. R. Autenticidade, Memória e Ideologias Nacionais: O problema dos patrimônios culturais. In. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, 1 (2), 264-275, 1998.
- HELMAN, C. G. Cultura. *Saúde e doença*. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.
- KLEIMAN, A. *Patients and Healers in context of culture*. Berkeley: Univ. of California, 1980.
- LOYOLA, M A. *Médicos e Curandeiros – conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- LÜNHING, A. *Acabe com este santo, Pedrito vem aí... - mito e realidade da perseguição policial ao candomblé baiano entre 1920 e 1942*. Dissertação de Mestrado, Escola de Comunicação/USP, 1997.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século. In. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(suplemento), 145-176, 2005.

____ Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva, São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
MAGGIE, Y. & CONTINS, M.. Gueto cultural ou a umbanda como modo de vida. In: VELHO, G. (org.). *O desafio da cidade*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

MAIO, M. C. & MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. In. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12 (2), 419-46, maio-ago. 2005.

MANDARINO, A. C. de S. (Não) *Deu na Primeira Página: macumba, loucura e criminalidade – representações sobre a cor da pele nas reportagens de jornais nas Cidades de Aracaju e Salvador*. Tese de Doutorado, Escola de Comunicação/UFRJ, 2003.

NASCIMENTO, M. C. do: 'De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita'. In. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V(1): 99-113 mar.-jun. 1998.

NUNES, M. O. Referentes identitários e jogos identificatórios no Candomblé. In. *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, ano 9, n. 9, p. 91-116, setembro de 2007.

Organización Mundial de la Salud/OMS. *Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional*: 2002-2005, Genebra, 2002.

ORO, A. P. Modernas formas de crer. In. *Revista Eclesiástica Brasileira*. 225, 39-56, mar. 1997.

PNUD; OPAS *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade*. Brasília: Pnud, Opas, DFID, 2001.

RABELO, M. C. M.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R.. Comparando Experiências de Aflição e Tratamento no Candomblé, Pentecostalismo e Espiritismo. In. *Religião & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93-122, 2002.

SILVA, J. A. N. da. Saúde da população negra, um direito em busca da plena efetivação. In. MANDARINO, A. C & GOMBERG, E. (org.). *Leituras Afro-Brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes*, Salvador: Editora da UFBA, 2009.

SILVA, V. G. da. As esquinas sagradas. O candomblé e o uso religioso da cidade. In: MAGNANI, J. G.; TORRES, LILIAN L.. (Org.). *Na Metrópole. textos de antropologia urbana*. São Paulo: EDUSP, 1996.

TAVARES, F. R. G. *Alquimias da Cura: um estudo sobre a rede terapêutica alternativa no Rio de Janeiro*. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRJ, 1998.

TEIXEIRA, M. L. L. *A encruzilhada do ser: representações sobre a (lou)cura em terreiros de Candomblé*. Tese de Doutorado, FFLCH/Depto. de Antropologia/USP, 1994.

VELHO, G. *Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1994.

____ Patrimônio, Negociação e Conflito. In. *Mana*. 12(1): 237-248, 2006.

VERGER, Pierre Fatumbi. *Ewe: uso das plantas na sociedade iorubá*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

YOUNG, A The creation of medical knowledge: some problems in interpretation. In. *Social Science and Medicine*, 15B:379-386, 1981.