



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JACKELINE LOURENÇO ARISTIDES

**ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA EM
SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL PELO CANDOMBLÉ DE
LONDRINA-PR**

Londrina
2012

JACKELINE LOURENÇO ARISTIDES

**ACOLHIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA EM
SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL PELO CANDOMBLÉ DE
LONDRINA-PR**

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva
apresentado ao Departamento de Saúde
Coletiva da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Melchior
Co-orientador: Prof^o Dr. Dinarte Ballester

Londrina
2012

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A715a Aristides, Jackeline Lourenço.
Acolhimento da população negra em sofrimento psicossocial pelo candomblé
de Londrina-PR / Jackeline Lourenço Aristides. – Londrina, 2012.
53 f.

Orientador: Regina Melchior.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
2012.
Inclui bibliografia.

1. Humanização na saúde – Teses. 2. Saúde e religião – Teses. 3. Aconselhamento
– Aspectos religiosos – Teses. 4. Sofrimento – Teses. 5. Candomblé – Acolhimento –
Teses. 6. Saúde pública – Teses. I. Melchior, Regina. II. Universidade Estadual
de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614.2:2

JACKELINE LOURENÇO ARISTIDES

**ACOLHIMENTO DO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL DA POPULAÇÃO
NEGRA NO CANDOMBLÉ DE LONDRINA-PR**

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva
apresentado ao Departamento de Saúde
Coletiva da Universidade Estadual de
Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof Orientador Dr^a Regina Melchior
UEL – Londrina – PR

Prof Co-orientador Dr. Dinarte Ballester
UEL – Londrina – PR

Prof Dr. Flávio Wiik
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dr^a Rossana Stavie Baduy
UEL – Londrina – PR

Londrina, 07 de março de 2012.

Dedico este trabalho à minha mãe,
brava mulher, que me ensinou sobre
a humanidade e encorajamento

AGRADECIMENTOS

Aos meus amigos de militância, o meu eterno agradecimento pelos ensinamentos e camaradagem.

Aos amigos do Mestrado que me proporcionaram momentos agradáveis e prazerosos.

Aos professores do NESCO e DESC a gratidão pela fonte de conhecimento e sabedoria.

À minha orientadora, Regina Melchior, pela ousadia e compromisso com a saúde pública.

Ao meu co-orientador Dinarte Ballester, pela sua rica experiência na construção da Reforma Psiquiátrica.

À Rossana Baduy, que desde a faculdade nos ensinou a compreender as entrelinhas do processo em saúde.

Ao Professor Dr. Flávio, que me reinseriu na antropologia e me norteou na aventura pelas ciências sociais.

À Mãe Omim, que me proporcionou o encontro com a Saúde da População Negra.

Às líderes dos terreiros que viabilizaram essa pesquisa e abriram as portas das suas práticas em saúde.

"60% dos jovens de periferia sem antecedentes criminais já sofreram violência
policia

A cada 4 pessoas mortas pela polícia, 3 são negras

Nas universidades brasileiras apenas 2% dos alunos são negros

A cada 4 horas, um jovem negro morre violentamente em São Paulo

Quatro minutos se passaram e ninguém viu

O monstro que nasceu em algum lugar do Brasil

Talvez o mano que trampa de baixo de um carro sujo de óleo

Que enquadra o carro forte na febre com sangue nos olhos

O mano que entrega envelope o dia inteiro no sol

Ou o que vende chocolate de farol em farol

Talvez o cara que defende o pobre no tribunal

Ou que procura vida nova na condicional

Alguém num quarto de madeira lendo à luz de vela

Ouvindo um rádio velho no fundo de uma cela

Ou da família real de negro como eu sou

Um príncipe guerreiro que defende o gol"

(Racionais - capítulo 4, versículo 3 - Mano Prato e Primo Preto)

ARISTIDES, Jackeline Lourenço. **Acolhimento da população negra em sofrimento psicossocial pelo candomblé de Londrina-PR**. 2012. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Os negros vivem uma relação de desigualdade socioeconômica em comparação aos brancos, e isto está diretamente relacionado ao processo saúde doença também desigual para aquelas pessoas. Como forma de enfrentamento à às mazelas da escravidão as comunidades de terreiro ficaram conhecidos lócus de produção cultural e política, bem como espaço de produção de saúde. O candomblé, assim como outras religiões de matriz africana utilizam o acolhimento em seu cotidiano, e esse termo é utilizado na atenção e escuta aos sujeitos em sofrimento psicossocial nesses espaços. Para compreender esse acolhimento foram entrevistadas seis líderes do candomblé do município de Londrina- PR. Para a interpretação das falas foi utilizada a análise de discurso que segundo Pêcheux (1998) compreende considerar a interdiscursividade, ou seja, uma fala individual é carregada de vários sujeitos e de um contexto histórico e ideológico. O acolhimento nos remete à iniciação orixá, conforto espiritual, prática de banhos com ervas medicinais, cuidado aos grupos sociais específicos, abordagem em doenças sexualmente transmissíveis, encaminhamento aos serviços especializados. As formas de sofrimento psicossocial mais referidas pelas pessoas acolhidas segundo o relato das líderes, ora possuíam classificação médica como o etilismo e a depressão, ora eram subjetivações do sofrimento como “perturbação” e estresse. O acolhimento do sofrimento psicossocial traz significados como a dialética do material e do espiritual, visita domiciliar, fragilidade da continuidade na linha do cuidado e racismo e preconceito racial como causadores de sofrimento. Este trabalho avança na perspectiva de apontar a necessidade de trabalho em rede, de desconstrução da hospitalização psiquiátrica e da medicalização, e do enfrentamento do preconceito frente ao candomblé. Possibilita também compreender como a população negra busca apoio frente ao sofrimento psicossocial.

Palavras-chave: Acolhimento. Grupo com ancestrais do Continente Africano. Religião.

ARISTIDES, Jackeline Lourenço. **The user embracement of black population in psychosocial suffering by candomblé in Londrina, PR.** 2012. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, 2012.

ABSTRACT

The black lives in a relation of socioeconomic inequality in comparison to the white, and this is directly related to the health illness process, also uneven to those people. As form of confrontation to the slavery, the communities of Afro-Brazilian religions were known as locus of cultural and political production, as well as a space of health production. The candomblé, just like other religions of African matrix, uses the user embracement in its daily use, and this term is used in care and listening to people in psychosocial suffering in these spaces. To understand this assistance, were interviewed six leaders of candomblé from Londrina, PR. For the interpretation of the sayings was used the speech analysis that according to Pêcheux (1998), consists to considerate the interdiscursivity, in other words, an individual speech is full of several subjects and an historical and ideological context. The user embracement submit us to orixá initiation, spiritual comfort, practice of baths with medicinal herbs, care to specific social groups, approach for sexually transmitted diseases and reference to specialized services. The more related forms of psychosocial suffering by embracement people according to leader's report, at times had medium classification as alcoholism and de-pression; at others were the subjectification of psychosocial suffering as "disturb" and distress. The psychosocial suffering brings categories as the dialectic of the material and spiritual, domiciliary visit, weakness of permanence in the line of care and racism and prejudice as causes of suffering. This work forwards in the perspective to point out the need of a network, to deconstruct the psychiatric hospitalization and medicalization, and the confrontation of prejudice front to candomblé. It also allows the understanding how the black population searches support in psychosocial suffering.

Key-words: User embracement. Ancestors groups from African continent. Religion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CRASS	Centro de Referência em Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas
LGBTTT	lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 DESMISTIFICAÇÃO DA DEMOCRACIA RACIAL BRASILEIRA.....	10
1.2 LUTA POR SAÚDE NO MOVIMENTO NEGRO BRASILEIRO	11
1.3 PROTAGONISMO DAS COMUNIDADES DE TERREIRO NA ÁREA DE SAÚDE.....	12
1.4 CANDOMBLÉ	14
1.5 SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL ENTRE A POPULAÇÃO NEGRA: VIOLÊNCIA, RACISMO E PRECONCEITO RACIAL.....	15
1.6 CONCEITUANDO IDENTIDADE ÉTNICA, RAÇA E COR	16
1.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO E A BUSCA DO CUIDADO	18
1.8 APROXIMAÇÃO COM A CONCEITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL.....	20
2 JUSTIFICATIVA	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1 ORGANIZAÇÃO DO CANDOMBLÉ	27
4.2 O SOFRIMENTO DAS PESSOAS ACOLHIDAS.....	29
4.3 ACOLHIMENTO NO CANDOMBLÉ E RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE.....	30
4.4 ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL 37	
5 CONCLUSÕES E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE	50
APÊNDICE A – Termo de Consentimento	51
ANEXO	52
ANEXO A – Autorização do Serviço.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 DESMISTIFICAÇÃO DA DEMOCRACIA RACIAL BRASILEIRA

No Brasil, vivenciamos o mito da “democracia racial” que esconde a verdadeira face do preconceito racial em nosso meio, mas que ganha “corpo” no imaginário coletivo e até mesmo veracidade. Segundo Ianni (2004) é impossível afirmar e reafirmar a democracia racial num país em que as experiências de democracia política são precárias e que a democracia social, se existe, é incipiente. Isso é minimamente uma contradição, um paradoxo, num país oriundo da escravatura, autocrático, com ciclos de autoritarismos muito acentuados.

Conforme Lima e Vala (2004), o racismo engloba os processos de discriminação e de exclusão social, enquanto que o preconceito permanece normalmente como uma atitude pessoal.

A população negra brasileira vive em condições econômicas e sociais inferiores às da população em geral, e isto pode ser verificado por meio de dados socioeconômicos dispostos a seguir.

Conforme Oliveira (2003), a 49ª colocação do Brasil em relação ao IDH em 1999 para a população branca, em contraste a 108ª posição para a população negra, demonstra claramente a discrepância entre essas populações. A média de expectativa de vida do Brasil é de 68 anos, mas para brancos fica em torno de 71,23 anos e para afrodescendentes é de 65,12 anos. A renda per capita (média da renda familiar) entre brancos é de 2,99 salários mínimos e entre negros é de 1,28 salários mínimos.

O censo demográfico de 2000 revelou que 54% dos brasileiros se definem como brancos, 45% como negros (pretos e pardos) e 0,4% como indígenas e amarelos. O IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Avançada (2002) mostra que no setor de educação a taxa de analfabetismo entre os brasileiros brancos em 2001 era de 7,7%, e entre os negros essa taxa era de 18,2%.

Na saúde esta discrepância também se mantém, por exemplo, o risco de uma pessoa negra morrer por uma causa externa é 56% maior do que o de uma pessoa branca. No caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco (BRASIL, 2005).

No Brasil existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, havendo, portanto alguns agrupamentos e categorias para estes casos: a) geneticamente determinados como a anemia falciforme, a deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis - desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso do álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado - hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (PNUD et al., 2001).

1.2 LUTA POR SAÚDE NO MOVIMENTO NEGRO BRASILEIRO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a despeito das péssimas condições de vida e de trabalho, e de toda forma de violência a que a população negra foi submetida no Brasil, vários episódios de luta e de enfrentamento foram travados por este povo, dando origem inicialmente aos quilombos, que se estenderam por todo o país. Mesmo após a abolição da escravidão, muitos anos de luta envolvendo denúncias da fragilidade da democracia racial dariam origem à Frente Negra Brasileira em 1931, movimentação que culminou mais tardiamente no Movimento Social Negro que ampliaria as questões de classe e raça na arena política.

Mais precisamente na área da saúde, o Ministério da Saúde (2006a) pontua a participação ativa deste movimento na construção da Reforma Sanitária Brasileira que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Neste mesmo período o movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões de saúde da mulher negra, sobretudo àquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Ainda conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), as primeiras ações relacionadas à saúde da população negra com cunho governamental, tanto em nível estadual e municipal ocorreram na década de 80, sendo na época formuladas por ativistas do movimento social negro e pesquisadores. Na década de 90, este tema ganhou espaço no governo federal

através das reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, que resultou na criação do grupo de trabalho interministerial para valorização da população negra e do subgrupo da saúde.

Em abril do ano seguinte este grupo organizou mesa redonda sobre saúde da população negra, que obteve os seguintes resultados: introdução o quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos, elaboração da resolução 196/96 que introduziu o recorte racial em toda e qualquer pesquisa, recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2006a).

Durante a 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde foi ampliada a participação do movimento, em foram estabelecidos padrões de equidade na política de saúde do país. Em 2003 houve importante conquista com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Os anos de 2005 e 2006 foram intensamente marcados por seminários, encontros, reuniões técnicas e políticas que culminaram na Política Nacional da Saúde da População Negra e o reconhecimento por parte do Conselho Nacional de Saúde. O II Seminário Nacional de Saúde da População Negra foi marcado pelo reconhecimento oficial do Ministério da Saúde da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS (BRASIL, 2006a).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), é preciso considerar a grave questão do racismo no Brasil, seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira e a discriminação como fator social determinante das condições de saúde, especialmente de saúde mental.

1.3 PROTAGONISMO DAS COMUNIDADES DE TERREIRO NA ÁREA DA SAÚDE

Além dos movimentos negros de forma geral, e do próprio ministério da saúde, verificamos a importância das comunidades de terreiro na construção das políticas de saúde da população negra. Segundo SILVA (2007b) essas comunidades são responsáveis por cuidados integrais aos negros e negras empregando o vínculo e o acolhimento, constituindo-se em espaços de inclusão para os grupos historicamente excluídos. As práticas rituais e as relações interpessoais que são estabelecidas nestes espaços possibilitam as trocas afetivas, a produção de conhecimento, o acolhimento, a promoção à saúde e prevenção de doenças e

agravos, bem como a renovação de tradições milenares, sobretudo por meio do uso das plantas medicinais.

Ainda conforme esta autora, “o processo sanidade/enfermidade na tradição dos povos africanos situa-se no campo da visão holística e a arte de curar é realizada via uma prática médica baseada em uma cosmovisão mítica e religiosa”. A medicina popular africana é praticada por terapeutas não médicos que consiste em um conjunto de saberes de mezinhas – remédios caseiros - e de poderes no âmbito do sagrado e das forças da natureza (a chuva, o ar, a lua).

Oliveira (2003) pontua a existência de um número expressivo de curandeiros (as), rezadores (as) e raizeiros (as) que atuam independentemente dos terreiros praticando a chamada “a grosso modo”, medicina familiar ou de vizinhança, incluindo também a “arte de partejar” das “comadres” e os saberes relativos a fertilidade/infertilidade das “sábias pretas velhas”. Porém, sabe-se que as comunidades de terreiro são as grandes depositárias do conhecimento popular em saúde.

Para Oliveira (2003), em detrimento da repressão e do massacre sofrido pelos negros durante a escravidão e Primeira República, as mulheres negras com sua bravura conseguiram a manutenção da tradição do culto dos inúmeros orixás.

Ainda conforme Silva (2007b), estudo realizado sobre o acolhimento da população negra nos terreiros da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, e em São Luís, no Maranhão constatou que os principais motivos de queixa apresentados pelos adeptos das comunidades de terreiro foram: a busca espiritual, a tradição familiar, a dificuldade financeira e os problemas amorosos. Segundo 80% dessas pessoas, as queixas tinham alguma repercussão no seu estado de saúde.

O mesmo levantamento também procurou listar os problemas de saúde mais frequentes nos terreiros: dor de cabeça, desmaio, depressão, problemas de visão, taquicardia, hipertensão, doença desconhecida pelos médicos, amnésia, doença de pele, febre reumática, convulsões, alcoolismo, insônia, doença dos nervos e doenças das barriga (SILVA, 2007b).

1.4 CANDOMBLÉ

As religiões afro-brasileiras são divididas em três grandes grupos: o Candomblé, a Umbanda e o Catimbó, sendo que cada um destes grupos subdivide-se em variantes conforme a região do país e as influências específicas. O candomblé caracteriza-se por valorizar os elementos que vieram da África: a memória africana expressa nas línguas usadas nos rituais, nos toques dos atabaques, os nomes das divindades e os mitos narrados são considerados como relíquias provenientes do continente-mãe e considerados como a expressão da verdade e do poder religioso e mágico (ANDREI, 20--).

As mais conhecidas vertentes do candomblé são: candomblé Ketu, Nagô ou Jêjê-Nagô, que fala a língua usada na Nigéria, e que cultua os orixás, sendo predominante na Bahia, no Rio de Janeiro, parte de Minas Gerais, Paraná e São Paulo. Xangô é uma variante do Candomblé Jêjê-Nagô e é característico de Pernambuco (ANDREI, 20--).

Segundo Prandi (2004), o candomblé – religião brasileira dos orixás e outras divindades africanas que se constituiu na Bahia, no século XIX, é uma espécie de instituição de resistência cultural, primeiramente dos africanos e depois dos afrodescendentes, resistência à escravidão e aos mecanismos de dominação da sociedade branca e cristã, que marginalizou os negros e os mestiços mesmo após a abolição.

Para este mesmo autor, o culto aos orixás primeiro foi misturado ao culto aos santos católicos para ser brasileiro, onde se forjou o sincretismo; depois apagou elementos negros para ser universal e se inserir na sociedade geral, gestando a umbanda; finalmente retomou origens negras para transformar também o candomblé em religião para todos, iniciando um processo de africanização e dessincretização para alcançar sua autonomia em relação ao catolicismo.

O candomblé é tradição, culto e cultura dos orixás, possui um caráter humanista, que visa afastar dos seres humanos pensamentos intolerantes, preconceituosos e de submissão, independentemente de sua cor, origem social ou crença religiosa. Busca a comunhão entre o homem e a natureza, levando-o a reencontrar sua força vital (OLIVEIRA, 2003).

Nesta religião, a mulher possui o papel de administração do espaço místico, templo reconhecido como ambiente de socialização e de resistência política.

1.5 SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL NA POPULAÇÃO NEGRA: VIOLÊNCIA, RACISMO E PRECONCEITO RACIAL

Variáveis como a maior exposição à violência, ao racismo e ao preconceito racial, além dos fatores socioeconômicos desfavoráveis em relação à população geral, fazem com que a população negra esteja mais predisposta às várias formas de sofrimento psíquico.

Silva (2004) observa que o inconsciente coletivo marcado pelo racismo e sexismo, manifestado através de preconceitos, estereótipos e discriminação é gerador de situações de violência física e simbólica, que produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo.

Ainda de acordo com Silva (2004), o racismo institucionalizado é determinante no acesso diferenciado dos afrodescendentes aos equipamentos sociais e gera conflitos nas relações interraciais, provocando desigualdades na forma de inserção dos grupos racialmente oprimidos, com impactos perversos em sua dinâmica psíquica.

Silva (2004) aponta que no Brasil não existem dados precisos sobre a prevalência dos transtornos mentais na população negra, o que se deve a dois motivos, o primeiro é a não coleta por parte dos profissionais de saúde do quesito cor na ficha dos usuários dos serviços. Segundo, quando coletado, existe a não análise desses dados pelo Ministério da Saúde através do DATASUS.

Nesta perspectiva o Ministério da Saúde (2007b) desenvolveu a política de saúde da população negra tendo como diretrizes específicas a política para o campo da saúde mental da criança, adolescente, jovem, adulto e idoso, na perspectiva de prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e da exclusão social. E, também, na necessidade de atenção à saúde mental do adolescente e jovem negros, em especial com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, como parte do enfrentamento da complexa dinâmica da violência da qual jovens negros, pobres e moradores das periferias das grandes cidades têm sido vítimas preferenciais.

1.6 CONCEITUANDO IDENTIDADE ÉTNICA, RAÇA E COR

Para compreendermos a origem do racismo e do preconceito racial temos que conhecer os conceitos de identidade étnica, raça e cor. Berger (20--) pontua que a identidade étnica passa a ser definida em termos de adscrição, “é índio quem se considera índio e é considerado como tal pelo grupo”. Os grupos étnicos só podem ser caracterizados pela distinção que eles percebem entre eles próprios e com os grupos com os quais interagem, devendo decidir suas regras de inclusão ou exclusão.

Berger (20--) se utiliza do referencial teórico de Manuela Cunha que destaca que a cultura original de um grupo étnico, na diáspora ou em situações de extremo contato, não se perde ou se funde simplesmente, mas adquire uma nova função, torna-se uma cultura de contraste. O grupo só fala de si quando está relacionado com outros grupos. É nas situações de fronteira que a identidade é mais operante e os traços distintivos são reafirmados e, portanto, marcados. Não se leva para a diáspora todos os pertences, é preciso escolher os mais significativos.

Importante observar que o encontro das identidades contrastadas engendra tensões, contradições e conflitos que, geralmente, prejudicam o processo de construção de uma verdadeira cidadania, da qual depende também a construção de um Estado Democrático, no sentido de um Estado de Direito no qual os sujeitos têm a garantia de seus direitos (MUNANGA, 2005).

Para conhecermos a conceituação de raça e cor nos apropriamos do brilhante texto de Guimarães (2003). Segundo este autor a palavra raça tem pelo menos dois sentidos analíticos, um reivindicado pela biologia genética e outro pela sociologia. Todos sabemos que o que chamamos de racismo não existiria sem essa ideia que divide os seres humanos em raças, em subespécies, cada qual com suas qualidades. Foi ela quem permitiu os genocídios e os holocaustos mundiais. Depois de todos estes eventos, assistimos a um esforço de todos os cientistas para sepultar a ideia de raça, desautorizando o seu uso como categoria analítica.

Ainda com este autor, quando se fala em raça, nos Estados Unidos, isso faz imediatamente sentido para as pessoas; não há possibilidade de se viver neste país sem ter uma raça, e isso é imprescindível para possibilitar o diálogo com pessoas que se designam “negras”, “brancas” e “judias”. Todos os grupos étnicos viram raça naquele país, porque raça é um conceito nativo classificatório.

Nitidamente estamos falando de movimentos que estão reivindicando não somente uma origem comum, mas um destino político comum enquanto povo.

Para entender o conceito de raça é necessário compreender também o de “cor”. “Cor” nunca é um conceito analítico, a não ser talvez na pintura, na estética, na fotografia, mas nas ciências sociais ele é sempre nativo, usado para classificar pessoas nas mais diversas sociedades (GUIMARÃES, 2003).

Ainda com este autor, os conceitos são mutáveis, assim como o de raça. As raças foram, de fato, um conceito nativo no Brasil, e durante muito tempo uma categoria de posição social. Na época do Brasil colônia, raça e classe andaram juntas para sinalizar a diferença entre “senhores” e “escravos”. Com o tempo, possivelmente pressionada pelo avanço social dos ex libertos e de seus descendentes, a categoria predominantemente em termos de classificação social passou a ser “cor” e não “raça”.

Na construção de um Estado Nação teríamos que integrar um grande número de pretos libertos, de homens livres de cor, esse discurso é cristalizado por exemplo pelo autor Gilberto Freyre em Casa Grande e Senzala. Silvio Romero e a chamada “geração realista” também vão reiterar que na construção de uma nação é preciso incorporar o povo negro. Não poderíamos mais fazer de conta que o negro livre é caboclo, que o negro livre é índio. Foi isso que a geração de 1920 fez, da qual participaram inclusive os movimentos negros da época (GUIMARÃES, 2003).

Nos anos 50, a palavra de ordem que encontrávamos ainda era o seguinte: a cor é apenas um acidente. Somos todos brasileiros e, por um acidente, temos diferentes cores. “Cor” não é uma coisa importante; “raça”, então, nem se fala... esta não existe, quem fala em raça é racista (GUIMARÃES, 2003).

Na década de 30 a sociologia de Pierson falava que a sociedade brasileira era multirracial, as “raças” não eram propriamente “raças”, mas grupos abertos e ninguém teria raça nativamente, mas cor que o modo de classificação por cor não fecha as portas para ninguém, não pesa quase nada nas oportunidades sociais, em que todos podem transitar pelos diferentes grupos sociais; mas isso seria uma inverdade, já que vários clubes e certos lugares das praças públicas das cidades eram vedados aos negros (GUIMARÃES, 2003).

Os estudos de Florestan Fernandes, Roger Bastide e Costa Pinto rompem radicalmente com a forma de pensar, trazendo a discussão da existência do

preconceito racial no Brasil, apesar do ideal de democracia racial (GUIMARÃES, 2003).

Florestan Fernandes em 1965 falou em mito da democracia racial, e isso queria dizer que a democracia racial seria apenas um discurso de dominação política, não expressava mais nenhum ideal, nem algo que existisse efetivamente, seria usada apenas para desmobilizar a comunidade negra (GUIMARÃES, 2003).

Apenas em 1978 surgiu o Movimento Negro Unificado, que combateria o mito da democracia racial, reintroduzindo a ideia de raça, reivindicando a origem africana para identificar os negros. Começava-se a falar de antepassados, de ancestrais, e os negros que não cultivassem essa origem africana seriam alienados. O fato é que reintroduziu a ideia de raça no discurso sobre a nacionalidade brasileira (GUIMARÃES, 2003).

1.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ACOLHIMENTO E BUSCA DO CUIDADO

Conforme Cerqueira (2004) as buscas terapêuticas elaboradas pelas pessoas com transtorno psíquico são substanciadas pela sua visão de mundo e pela esperança de encontrar a cura para seu problema. São múltiplos os casos de pessoas que aderiram às casas de culto afro brasileiro após episódios de doença que apresentavam como signo um comportamento considerado anormal, tendo como causa a possessão ou ação mágica religiosa, como o feitiço, por exemplo.

Para Alves e Seminotti (2009) os percursos terapêuticos em diferentes países demonstram que existem, em diversos contextos culturais, pacientes que circulam entre os serviços oficiais de saúde e os cuidados religiosos. Entendemos por percurso terapêutico o caminho percorrido ou os deslocamentos efetuados pela pessoa ou grupo que busca ajuda em saúde/saúde mental na diversidade das ofertas dos serviços (formais e informais) em um contexto sociocultural dado. Esses percursos estão associados também à posição social da pessoa e/ou grupo, sua experiência de sofrimento psicossocial e/ou doença e suas construções de significados e representações que podem emergir nessa situação.

Ainda com estes autores, os percursos terapêuticos desses usuários não são comumente lineares e ordenados segundo uma lógica unidimensional religiosa (católica ou espírita ou umbandista, etc) ou médica. Esses últimos apresentam, às vezes, doutrinas e concepções antagônicas à religião do usuário,

por exemplo, é católico, mas busca o centro kardecista ou o terreiro de candomblé. Por outro lado, os usuários não se mostram geralmente “confusos”, circulando entre o tratamento psicológico e os cuidados religiosos ao mesmo tempo. Reconhecem que são dois espaços diferentes e percebem frequentemente os limites das ações de cuidados à saúde de ambos.

Segundo Rodrigues & Caroso apud Duarte & Leal (1998) com base na leitura de narrativas sobre tais problemas emocionais tratados nas casas de culto afro brasileiro, é possível compreender de que modo essas entidades religiosas e terapêuticas atuam no sentido de fornecer modelos para a construção, socialização e ressocialização de pessoas que tenham passado ou estejam em sofrimento emocional.

Acolher pode ter o sentido de “dar crédito a; dar ouvidos a; tomar em consideração”. O acolhimento é uma iniciativa integrada e integradora, na qual acolhedores e acolhidos intercambiam suas posições e conhecimentos o tempo inteiro (ZAUHY & MARIOTTI, 2002).

Segundo Matumoto (2009), o acolhimento não se limita à recepção da população à porta dos serviços de saúde, mas estende-se até a resolução do problema apresentado. É presente em toda a situação de atendimento do usuário dentro do sistema, no processo de produção dos serviços de saúde.

Ainda para esta autora, a produção escrita sobre o acolhimento é pequena, um tema que necessita ser mais explorado. Dentre as referências relacionadas encontramos as perspectivas religiosa, psiquiátrica e da organização e planejamento dos serviços de saúde.

Matumoto (2009) refere que no estudo do acolhimento, devemos pensar nos serviços de saúde no “porquê acolher”, “para quê acolher”, e “como acolher”. O porquê diz respeito ao motivo, à razão do acolhimento, que está relacionada à concepção de homem e de saúde/doença que norteia o trabalho do profissional. Significa como tem sido o processo de implantação do SUS e o posicionamento frente ao lema “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, através dos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade e acesso. O para quê diz respeito à mudança em busca da autonomia do homem ou simplesmente a manutenção da ordem presente. O como se dá pela conformação do modelo assistencial em saúde.

O acolhimento contempla humanização, acesso, responsabilização, vínculo e modelo assistencial adotado. Para o Ministério da Saúde (2009), o vínculo significa a responsabilização sanitária e ampliação da capacidade de contra irresponsabilidade. A responsabilização seria quem faz o quê e sob quê condições.

Conforme o Ministério da Saúde (2009) o acolhimento seria a capacidade/coeficiente de acolhida/acatamento das demandas e necessidades como pressuposto básico do contrato entre unidade de saúde/equipes e usuário e sua rede sociofamiliar. O pressuposto seria a rede básica (complexa) como porta de entrada preferencial do sistema: sistema de porta aberta, mais aumento da capilaridade pelo aumento das ofertas terapêuticas (consultas, atividades de grupos, procedimentos de ambulatório, visitas, atividades comunitárias e intersetoriais, etc).

O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário e do compromisso de resolver seu problema de saúde; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, 1999).

O termo “acolhimento em saúde” tem sido lapidado ao longo dos tempos pelo setor da saúde, porém também encontramos este termo em outras áreas e em várias abordagens. As religiões de matriz africana, e mais especificamente o candomblé, também se apropriou do termo acolhimento, porém com diversas significações. Porém o acolhimento do candomblé também demonstrou carregar significados como os do acolhimento em saúde, empregando vínculo, integralidade e responsabilização.

1.8 APROXIMAÇÃO COM A CONCEITUAÇÃO DE SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL

Conceituar sofrimento humano e mesmo sua delimitação tem sido uma tarefa difícil e delicada para os estudiosos das mais variadas correntes e abordagens.

A temática do sofrimento é alvo de atenção no campo da filosofia, particularmente da fenomenologia. Para Brant e Minayo-Gomes (2009), o sofrimento

tem várias concepções: como fadiga (Levinas), preocupação (Heidegger), angústia (Kierkegaard), desgosto (Kolnai) e náusea/zero afetivo (Sartre). Na psicanálise, Freud em 1930 definiu ansiedade, medo e terror como as únicas dimensões do sofrimento humano (MINAYO-GOMES,1930). Ou ainda para estes autores o significado de desamparo ou desesperança aprendida (SELIGMAN, 1977), alienação (MARX, 1981), servidão voluntária (LA BOETIE, 1982), doença dos nervos (segundo as pessoas em sofrimento psicossocial).

A nomeação das formas de sofrimento psicossocial segundo um vocabulário estável e normativo apóia-se na exclusão da singularidade e no evento, que caracteriza a estrutura dramática no qual o sofrimento pode ser apreendido. A mercantilização do sofrimento psicossocial tem apoio, portanto, em uma confiança na tipificação. O fato é que a inclusão num tipo clínico tem efeitos sobre o sujeito, afirma-se com isso, que a dor psíquica transforma seu modo de apresentação quando é redescrito num novo universo de linguagem (DUNKER, 2004).

Levi-Strauss apud Antonio (2006) refere que toda cultura pode ser considerada como um conjunto de sistemas simbólicos. Nesse sentido, não se pode reduzir o social ao psicológico por meio das psicopatologias, pois cada sociedade possui suas formas preferidas de distúrbio mental, sendo estes distúrbios tanto quanto as formas normais, função de uma ordem coletiva. Assim, segundo ele, os diferentes tipos de distúrbios se dispõem em categorias, admitem classificação, e as formas predominantes não são as mesmas em toda a sociedade ou segundo esse ou aquele momento da história.

Para este trabalho consideraremos o conceito de sofrimento psicossocial da autora Sawaia (1995), que destaca o sofrimento como a diminuição da potência de agir em prol do bem comum, quando nos perdemos no isolamento do “eu”. As condições que mantêm o sofrimento são a miséria, a heteronomia e o medo, originados do isolamento social; as sequelas são a passividade, o alcoolismo, o fatalismo e a vergonha. Variam, segundo o contexto social, a classe social, o trabalho profissional, a idade e o gênero. Em alguns momentos, esse sofrimento é comparado ao “tempo de morrer” e não ao “tempo de viver”, o tempo de morrer é a falta de recursos emocionais, de força para agir e pensar.

Ainda com esta autora (1995), para enfrentar o sofrimento psicossocial é necessário que os homens sejam livres de ditaduras impostas a suas emoções, ações e pensamentos. Para Dejours apud Sawaia (1995), a sensação de

impotência deve se transformar em potencial de luta, não o desaparecimento simplesmente da angústia. É tornar possível a luta contra ela, não para obter solução, mas para ir em direção a outra angústia. Sair do narcisismo e ir em direção a relações mais solidárias e coletivas, trabalhando com o sentimento de ser útil a outros, de reconhecer o outro e a si mesmo como gente, através de lutas coletivas, sentidas como necessidades individuais.

2 JUSTIFICATIVA

A ideologia da democracia racial no Brasil criou uma cortina de fumaça sobre a saúde da população negra. Encaramos o processo saúde-doença desta população de forma biológica e natural, as doenças passaram a ter caráter genético e, por isso mesmo, insolucionáveis. Mesmo assim, os fatores negativos permanecem na orientação do adoecimento físico e psíquico desta população.

Quando encaramos que no país a convivência entre classes e etnias no Brasil é harmônica e cordial, não enxergamos as diferenças entre estes grupos, e tampouco temos a visibilidade do problema social que há por detrás do processo saúde doença. Isto acontece nos serviços de saúde quando estas pessoas são atendidas, ou mesmo quando nem chegam aos serviços.

Neste estudo apropriamo-nos da compreensão do candomblé e seu acolhimento para as pessoas em sofrimento psicossocial pela oportunidade que tivemos de aproximação desta religião durante o trabalho como enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina.

Na área de abrangência em que a residência multiprofissional atuava, havia uma comunidade de terreiro, mais especificamente de candomblé, e chamava a atenção para o fato de que a equipe saúde da família negava sua contemplação enquanto equipamento social comunitário e, mesmo, tinha preconceito em fazer visitas e conversar com a líder religiosa. Foi justamente por meio de visitas neste local que pude ter meu primeiro contato com a saúde da população negra e comunidades de terreiro.

Discutir saúde mental também é muito embrionário, ainda, em serviços de saúde. O discurso vigente dos profissionais de saúde e sociedade, de uma forma geral, é de que as pessoas com sofrimento psicossocial devem ser isoladas do convívio em comunidade.

Daí surgem discursos da centralidade no médico e do hospital psiquiátrico com soluções para o sofrimento, porém a Reforma Psiquiátrica tem se apropriado de recursos na comunidade para o cuidado em saúde mental. A rede de cuidados em saúde mental alicerça-se na capacidade, da comunidade, de cuidar das pessoas, e isto se dá na família, na escola, no trabalho, nos serviços de saúde

oficiais, nos locais de lazer, nos espaços públicos e nos locais de produção de cuidado informais, como as comunidades de terreiro, por exemplo.

A reforma não propõe o trabalho em Centros de Atenção Psicossocial somente, ou em microinstituições, mas no reconhecimento de alternativas saudáveis na comunidade. Desta forma, é necessária a apropriação destes equipamentos sociais como mantenedores do cuidado comunitário.

O objetivo é compreender o acolhimento da população negra em sofrimento psicossocial pelo candomblé de Londrina-PR, apreendendo os modos de sofrimento psicossocial observados pelas líderes religiosas entre a população negra, bem como a organização do candomblé em Londrina e suas formas de acolhimento a pessoas em sofrimento psicossocial.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa seguiu as normas éticas recomendadas pela resolução 196/96, sendo assim o projeto foi submetido ao comitê de ética da Universidade Estadual de Londrina, e só depois de aprovação procedemos à coleta de dados. A autorização (Anexo A) da líder religiosa e presidenta da Organização Não Governamental Yle Axé Opomim I Caminho da Luz, anexa à comunidade de terreiro, também foi obtida.

Esta comunidade de terreiro trabalha com a população adscrita ao bairro, resgatando a cultura negra e a geração de renda, localizada na região norte de Londrina, próximo a duas Unidades Saúde da Família, sendo uma delas com atendimento conjunto de pronto atendimento.

A líder religiosa e também coordenadora da Organização também fez a indicação de outras seis líderes em vários locais da cidade, que estão direta e indiretamente ligadas ao trabalho em saúde, para serem entrevistadas. Após a explicação da conjuntura da pesquisa, o termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice A) foi assinado pelas entrevistadas, e só assim realizada a coleta de dados por meio de gravador de voz. As fitas foram inutilizadas após a transcrição do material.

As entrevistas foram realizadas com a proposta de verificar as percepções do acolhimento da população negra em sofrimento psicossocial nos terreiros. A proposta inicial era de captar estas percepções por meio de três questões iniciais: “Como é organizado o candomblé em Londrina?”, “Como é o acolhimento da população negra pelo candomblé?” e “Quais os modos de sofrimento psicossocial mais referidos por esta população?”

Para a apreciação dos dados foi utilizada a análise de discurso que, segundo Nascimento (2007), implica interpretar os sujeitos falando, tendo a produção dos sentidos como parte integrante de suas atividades sociais. Desta forma, o sujeito discursivo deve ser considerado sempre como um ser social, apreendido em um espaço coletivo, portanto, um sujeito não fundamentado em uma individualidade, e sim um sujeito que tem existência em um espaço social, e ideológico, em um dado momento da história e não em outro.

Segundo Pêcheux apud Althusser (1997), nos raciocínios científicos e filosóficos as palavras (conceitos, categorias) são “instrumentos do conhecimento”.

Mas, na luta política, ideológica e filosófica, as palavras são também armas, explosivos, ou ainda, calmantes e venenos. Toda a luta de classes pode, às vezes, ser resumida na luta por uma palavra contra uma outra.

Na análise de discurso iremos considerar a interdiscursividade, ou seja, uma fala individual é carregada de vários sujeitos e de um contexto histórico e ideológico. Assim, implica assumir, segundo Pêcheux (1998), A) o primado da relação de contradição sobre a individuação de contrários que a contradição faz existir; B) o caráter desigual da contradição que evita a redução da abordagem a um enfoque puramente comparativo; C) que a “unidade” resultante da individuação é ela mesma contraditória, cabendo entendê-la como unidade dividida. A análise, desta forma, em vez de estar destinada a estabelecer quais presenças ou ausências de signos distinguem tipos de discurso entre si, tensionar mostrar como o funcionamento discursivo de uma determinada operação lingüística permite a um conjunto de sequências discursivas, consideradas as condições de produção, integrar (contraditoriamente) elementos de seu exterior heterogêneo.

Ainda com este autor, adotar a perspectiva de trabalhar com a noção de funcionamento discursivo permite desvincular a análise de mero mapeamento factual (e, muitas vezes, apenas quantitativo) de marcas formais, encaminhando a passagem para o nível interdiscursivo da análise.

Segundo Pêcheux apud Gardin & Marcelessi (1997), os critérios de exaustividade, representatividade e homogeneidade, foram muito presentes na década de 70. O critério de exaustividade diz respeito à condição de não deixar de fora nenhum fato discursivo que pertença ao corpus. O de representatividade aponta a exigência de não tirar leis gerais a partir de um fato constatado somente uma vez. Quanto ao de homogeneidade, a afirmação continua válida para os trabalhos posteriores que enfatizam a análise das contradições próprias da interdiscursividade.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as seis entrevistas realizadas, cinco aconteceram nas próprias comunidades de terreiro, apenas em um caso a entrevista ocorreu na casa da entrevistada. Interessante, notar que todas as líderes eram do sexo feminino, demonstrando o papel centrado na mulher, nestes espaços místicos. Estas tinham idade entre 56 a 82 anos e participavam do candomblé há muitos anos, entre 20 a 60 anos, sendo que uma delas iniciou-se na umbanda e passou para o candomblé.

Durante a entrevista, várias odores e aromas foram percebidos, e as líderes foram receptivas a ponto de narrarem suas histórias de antes de se iniciarem nas religiões de matriz africana, sua iniciação no candomblé, bem como suas raízes familiares nesta crença religiosa.

As categorias foram divididas em quatro: 1. organização do candomblé, 2. sofrimento das pessoas acolhidas, 3. acolhimento no candomblé e relação com o serviço e 4. acolhimento ao sofrimento psicossocial. Na categoria “acolhimento no candomblé e relação com o serviço de saúde” surgiram significados como iniciamento orixá, encaminhamento para os serviços de referência, conforto espiritual, prática dos banhos e cuidados aos grupos sociais e abordagem em doenças sexualmente transmissíveis/HIV/aids. Especificamente para o acolhimento ao sofrimento psicossocial encontramos significados como a dialética do material e do espiritual, visita, fragilidade na linha do cuidado em saúde mental e racismo e preconceito racial como causadores de sofrimento psicossocial.

4.1 ORGANIZAÇÃO DO CANDOMBLÉ

As entrevistadas relataram como as comunidades de terreiro se organizam e essa descrição deu origem a essa categoria. O modo de cada uma operar tem suas peculiaridades, como justifica uma das entrevistadas:

E1: “É complicado se falar em organizar as comunidades de terreiro por um seguinte motivo, cada comunidade de terreiro tem uma raiz, ela tem um axé próprio, e não é como um padre que tem lá o arcebispo, cada bairro tem uma igreja, e eles formam os padres, eles que põem as lideranças religiosas dele. Nós somos assim, nós carregamos ancestralidade, nós carregamos nossos ancestrais, os nossos (...) avós, essa missão de cuidar dos orixás, de ter o terreiro, de ter nossas comunidades, formar nossas comunidades,

e de dar atendimento, eu trago minha raiz, mãe Filó traz a raiz dela, mãe Leia traz a raiz dela, a mãe Terezinha da umbanda traz a raiz dela, a mãe Cecília traz a raiz dela, que são os terreiros próximos que eu trouxe para você (...) E cada casa tem o seu axé, então o meu foi fundado em 88 para atender essa missão, aqui no Maria Cecília, então eu acolho a comunidade”.

Segundo Andrei (20--), em Londrina, cidade do norte do Paraná, o candomblé chegou por volta de 1970, quando aqui se estabeleceram as primeiras casas ou terreiros de Nação Angola, fundadas por mulheres, cuja iniciação fora feita em São Paulo. Antes do candomblé organizado, o culto de matriz africana era a mesclagem das crenças indígenas com as ciganas.

Ainda com esta autora, o candomblé de Londrina é uma religião forte, com cerca de 50 terreiros, cujos pais e mães de santo exercem uma expressiva liderança nas periferias, participando de fóruns políticos, educacionais, das áreas de saúde, assistência social e de direitos da mulher, da criança e do adolescente, em programas de defesa da cultura e da cidadania, se colocando de forma vigorosa contra a intolerância religiosa e as manifestações de racismo e discriminação.

Ao responder a pergunta de “como é organizado o candomblé de Londrina-PR”, as falas orbitaram no fato de que as líderes se organizam para atender a todos sem distinção. O candomblé aglutina vários agrupamentos étnicos e classes sociais como veremos a seguir.

E3: “Então, não dá para falar assim de um caso específico, porque existe mesmo, a questão do preconceito. Vão, são muitas as pessoas que a gente atende, e, de todas as etnias.”

E1: “Maior entre essa população, porque aqui na nossa região, aqui no bairro que você está aqui, entre o Heimtal e o Axé Opomim, são tudo comunidades carentes. É... a maior parte da nossa comunidade aqui é carente, o sofrimento dessa comunidade, é, é, elas são bem vulneráveis. Então, trabalha para sustentar, outros não trabalham, outros estão desempregados, então é uma comunidade bem carente e afrodescendente”.

E3: “Que algumas pessoas da periferia também vão, mas normalmente, é, é, o povo da classe média que vai, muita gente que tem curso superior, e, o público que, e o público que frequenta o terreiro, para o outro lado, é a população carente da periferia, que

eles vão para buscar alguma coisa sobre saúde quando está alguém doente, que vão para os projetos que são sociais. Mas é, resiste com relação à parte religiosa, eu entendo que, hoje na maioria, na periferia, está cada vez mais as igrejas evangélicas, e um vai, o outro vai, o outro não vai e isso, então aquele que não vai na igreja evangélica, ele não vai no terreiro por conta dos vizinhos saberem que ele é evangélico, que ele vai lá no terreiro (...)”

Tanto negros quanto brancos são acolhidos no candomblé, e conforme Prandi (2004), como agência de serviços mágicos, que também é, oferece ao não-devoto a possibilidade de encontrar solução para problema não resolvido por outros meios, sem maiores envolvimento com a religião.

Embora todas as líderes reiterem o atendimento a todos sem discriminação, as mesmas relatam algumas particularidades. Comentam que muitas vezes a população negra, que é a mais empobrecida, procura a religião mais por necessidades como saúde, trabalho e assistência social. E, em alguns momentos a participação deles na religião é evitada por receio de sofrerem preconceito. Uma das líderes atribuiu este fato ao crescimento das igrejas evangélicas nas periferias. A classe social com maiores condições reconhece estes locais enquanto resgate cultural. O sofrimento é maior entre a população negra, segundo estas lideranças.

4.2 O SOFRIMENTO DAS PESSOAS ACOLHIDAS

Chegamos nessa categoria com a pergunta sobre os modos de sofrimento mais referidos pela população negra. Nesta encontramos vários tipos de “sofrimentos”, ora como categorização médica (etilismo, depressão), ora como subjetivações desse sofrimento (perturbação, estresse).

E1: “É, ultimamente, é mais saúde. Saúde, então, assim, existe bastante, ah, como que eu falo, os nossos ancestrais, os antigos tratavam a depressão como tristeza né? A pessoa está triste por algum motivo, ela tem algum motivo para estar naquela tristeza, e a tristeza já usou a alma, então ela está num padecimento como se diz aí, é psicológico, não sei como que fala na área mental”.

E3: “Na verdade, existem, existem pessoas e pessoas, mas só que, você percebe que, hoje está muito, ah, está mais, não dá para falar só da população negra. Tem as outras etnias também que sofrem. Mas a gente percebe, o negro, tem um grupo bastante grande, depressão (...)”

E5: “E, não os negros, mais os negros, porque ele entra assim, ele perde o emprego, ele entra em depressão, aí ele vai ao bar beber, a mulher muitas vezes, ela, vai beber, ela entra no fracasso, vai para a rua, mexer com droga, fica desorientada porque ela não tem uma pessoa para orientar ela, ajudar ela”.

O discurso parece generalizar o fato de que todos os negros irão necessariamente beber e parar nas ruas. Há referência de que a população negra tem mais queixas de depressão e etilismo e isso é importante destacar, mesmo que o trabalho não tenha a intencionalidade de quantificar o risco de adoecimento da população negra, mas nos faz repensar o processo saúde-doença a que estão submetidos, e a forma com que estão inseridos na sociedade brasileira.

E4: “É, eles, são, perturbação, estresse, é... como é que se pode falar, falta de interesse, sabe? Coisas assim que a cabeça não ajuda. E, aí, onde a gente tem que ir então tentar no conhecimento da gente, ajudar, as pessoas da melhor maneira que a gente pode, entendeu?”

4.3 ACOLHIMENTO NO CANDOMBLÉ E RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

Partimos do conceito de acolhimento já praticado pelo candomblé para conhecermos as práticas envolvidas, das falas surgiram alguns significados como o iniciamento orixá, encaminhamento para os serviços de referência, conforto espiritual, prática dos banhos, trabalho com os orixás, cuidado aos grupos sociais específicos, abordagem em doenças sexualmente transmissíveis e reconhecimento do processo saúde-doença e seus determinantes sociais de saúde.

E1: “Acolher a comunidade é trazer as pessoas para o iniciamento orixá. E, sempre elas estão sempre desnorteadas, estão tutibiadas com seus problemas, falta de moradia, trabalho, problema com bebedeira, problema com preso, problemas, a família existe, mil e um tipo de problemas dentro da família”.

O iniciamento orixá é uma hierarquia que organiza os aspirantes à iniciação; os iniciados jovens (o tempo que dura a iniciação varia bastante conforme a denominação; no candomblé, a primeira parte da iniciação até que o (a) sacerdote (isa) seja considerado apto para ser um “mais velho” ou abrir sua própria casa, dura mais de 07 anos); os iniciados mais velhos (cuja formação ainda se prolonga por 14

anos ou mais); os (as) chefes das Casas ou terreiros; os sábios, treinados para o uso do jogo divinatório (em muitos casos, os (as) chefes das casas assumem e acumulam esta função, uma vez que esses dois são os cargos sacerdotais supremos); os iniciados que não manifestam a incorporação da divindade e que exercem as funções de sacrificadores, de tocadores de atabaque, de manipuladores das folhas sagradas e de mediador entre o terreiro e a comunidade abrangente, e as iniciadas que não manifestam a incorporação da divindade e que cuidam das divindades, da alimentação e supervisionam os processos rituais internos da casa (ANDREI, 20--).

Também fazem parte do acolhimento as rezas e os banhos com ervas medicinais:

E1: “Nós acolhemos com orientação, o conforto espiritual, que é uma reza, um banho (...)”

Segundo PORTUGAL FILHO (2004), o banho é um hábito praticado pelo ser humano desde os tempos remotos, e ao longo do tempo foi ganhando várias finalidades, sendo a primeira a da higienização do corpo. Também foi percebido que as toxinas poderiam ser eliminadas por intermédio dos banhos, e ao longo do tempo, além dos benefícios físicos, os banhos traziam a purificação espiritual. Misturando vegetais, minerais, raízes, frutos, cascas, surgirão os mais diversos banhos lustrais, terapêuticos, energizantes, higiênicos, que não só limpam o corpo físico como também o corpo astral, eliminando as energias negativas. O patrimônio fitoterápico utilizado nos cultos afro-brasileiros é incomensurável.

No acolhimento também podemos encontrar o trabalho com os orixás, e neste discurso apreendemos também a desarticulação com as práticas biomédicas.

E4: “Por que, muitas vezes, a pessoa vai para o médico, toma aquele monte de remédios, acha que está louco, muitas vezes ele tem problema de orixá, e a nossa ainda a nossa medicina ainda não está bem instruído nisso, porque você interna uma pessoa está louca varrida lá, mas não é loucura, muitas vezes é um problema de acompanhamento espiritual que ele tem, que precisa ser tratado, porque você precisa tratar, muitas vezes você trata uma doença, com, não é só remédio de farmácia, aquelas porcarias que cozinha por dentro do ser humano, só que o ser humano ainda não valorizou isso, porque os índios, não tinha índio louco, na época, indígena não tem nenhum louco, não tem

nenhum débil mental, os indígenas, eles são tão inteligentes, que lá as mulheres deles, não têm corrimento, as mulheres deles não têm câncer, não têm doenças, que é estas doenças que estão aí, não, não. Porque lá eles tratam com raízes, com as ervas, a mulher está para perder um filho na, na caatinga, que é um mato deles, é, vai para lá, soca uma erva e dá lá, quando ela está para perder neném eles socam um remédio e dá, hoje tem o hospital, já é mais moderno, mas a Índia, na época dos indígenas não tinha doença, essas doenças que estão aí demais, que está acabando com o mundo”.

Alguns termos como “débil mental” e “louco varrido” são empregados de forma inconsciente e estão no imaginário coletivo como adequados para se referir às pessoas em sofrimento psicossocial.

Segundo Dalgarrondo (1997), a ideia de que insanidade é rara entre os povos primitivos e que ela tende a aumentar em proporção ao processo civilizatório surgiu pela primeira vez no século XIX. Pensava-se que a civilização estava intrinsecamente ligada à doença mental.

Este autor relata que o naturalista Alexandre Von Humboldt, em suas viagens às regiões tropicais da América, teria ficado surpreso com a ausência de doença mental entre os “ditos selvagens”. Um médico, observando os cherokees, também observou o mesmo. Assim, também ocorria entre os africanos, chineses e as pessoas nativas do pacífico sul. Contudo, a ideia de ausência completa de doença mental entre os primitivos não seria mantida. Na mesma época, começava a crescer também o interesse de alguns psiquiatras europeus em demonstrar que as doenças clássicas descritas por eles, tais como a esquizofrenia, eram universais e não limitadas geograficamente à Europa. Mais uma vez, não era a dinâmica histórica ou social que produzia relações desiguais entre homens e certos grupos sociais jogados em condições de vida subumanas, mas sim a “fraqueza cerebral constitucional” destes grupos que os tornava presa fácil da miséria e da insanidade (DALGARRONDO, 1997).

O autor Holfbauer (2001) discutindo o livro “Mitologia dos orixás” de Reginaldo Prandi diz que este frisava a dinâmica existente dentro do mundo dos orixás, que tem seu espelho na vida dos seres humanos. “Os orixás”, escreve este, “alegram-se e sofrem, vencem e perdem, conquistam e são conquistados, amam e odeiam. Os humanos são apenas cópias esmaecidas dos orixás dos quais descendem. Sendo assim, não seria um exagero afirmar que o mundo dos mitos constitui um dos pilares do orixá.

Ainda com Holfbauer (2001), no contexto cultural sem escrita, as histórias criadas, lembradas, selecionadas e relembradas pelos anciãos e por adivinhos legitimados pelas instituições de poder local constituem a própria história desses povos. As histórias míticas oferecem uma orientação importantíssima, uma espécie de referência última para a vida terrestre.

Xangô, por exemplo, incendeia sua própria cidade, Oió, por engano, mas ensina também aos seres humanos a técnica de dominar o fogo e o preparo da comida cozida. Ou seja, revela-se assim uma regra sábia: o mesmo princípio que provoca também é aquele que resolve (HOLFBAUER, 2001).

O acolhimento aparece também como encaminhamento aos órgãos de competência nos casos de doença, e orientação quando há necessidade de inserção no mercado de trabalho.

E1: “Existe bastante coisa que chega ao terreiro, o filho está envolvido com alguma coisa e vai preso, ou é o próprio marido, ou é a bebedeira, então a pessoa chega aqui desnorreada, com pressão alta, com diabetes, precisando trabalhar, não tem quem cuida da casa, não tem quem cuida dos filhos, então é esse o acolhimento que a gente dá, uma orientação, uma ajuda, quando a gente tem esse lado social a gente vai encaminhando as pessoas para, ah, os órgãos.”

E5: “Ah, tem meninas muito novas, que estão grávidas, que está doente e não sabe como fazer, muitas não têm orientação para arrumar um emprego, um espaço para ela, e a gente vai orientar ela aonde ela deve ir, onde não deve, como que a gente pode ajudar, né? Porque a gente não pode, é, você dar tudo na mão, porque eles não dão valor, então você tem que dar aquilo que ele, e dando, mas explicando para ele correr atrás dos objetivos dele.”

Notamos uma formação ideológica no discurso, como se o processo de escolha fosse mediado individualmente e por escolhas certas ou erradas, sem considerar as condições objetivas e materiais implicadas no contexto social em que o sujeito está inserido. “Ensinar a pescar ao invés de dar o peixe” é uma expressão liberal em que está implicado que o Estado deve estimular a livre iniciativa, porém, muitas vezes, sem dar condições mínimas para que isso aconteça, como acesso à educação, saúde, seguridade social e trabalho.

No discurso há o reconhecimento do processo saúde/doença como carregado de determinantes sociais.

“E1: Outra parte, são assim, é, algumas famílias né, é..., que é... , mãe que cria filho sozinha, umas trabalham, lutam para sustentar as crianças, tem problemas com as crianças, então, elas estão estafadas, tão cansadas da vida, então elas tem algum problema de saúde, um é diabetes, outro é, é, hipertensão, outro é, crises nervosas, então dá aquele desgosto, aquele sofrimento, tá.

Conforme Buss e Filho (2007), as diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) geralmente expressam o conceito de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Estes autores afirmam que há várias tentativas de compreensão dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico/materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam na saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outra abordagem privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.

Também apareceram nas falas a atenção e escuta aos LGBTTT (termo que compreende as lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros), descrito abaixo como “GLS”:

“Você vê os homens “G’LS, eles procuram muito as nossas casas, porque as nossas casas que dão apoio, e nossas casas que dão apoio para eles, é, por exemplo, estão doente, eles estão desempregados, eles não tem moradia, mas tem preconceito, porque o homem é assim, ele não é gente, ele é gente como os outros, ele é mais gente do que muitos que estão por aí (...).”

Para Tfouni e Pantoni (20--), mesmo quando o sujeito do discurso tenta controlar e direcionar o sentido no que diz ou escreve o “eu” vacila, ou seja, algo no seu dizer vem à tona, à sua revelia, fazendo com que ocorram inevitáveis deslocamentos de sentido. Ao mesmo tempo em que verificamos a tentativa de demonstrar igualdade entre os demais, verificamos que no discurso “ele é mais gente do que muitos que estão por aí”, acaba desconstruindo e negando a igualdade.

As comunidades de terreiro acolhem os grupos que são excluídos da sociedade, como os homossexuais, por exemplo. Para Prandi (1991, 1996) apud Prandi (2004), o candomblé ensina que não há nada a esconder ou reprimir em termos de sentimentos e modos de agir, com relação a si mesmo e com relação aos demais, pois neste mundo podemos ser o que somos, o que gostaríamos de ser, e o que outros gostariam que fôssemos há um só tempo.

Também temos no acolhimento a abordagem às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST) e/ou o HIV/aids:

E3: “Na minha casa tinha a S., ela era... ela morava em casa há 30 anos, e ela também trazia, ela fez muitos cursos, e ela levava informação, é, para as mulheres, para a comunidade, para os adolescentes. Trabalhar com a prevenção” [...] Então, ela trabalhava... fez muito, muito curso assim, com grupo de risco. E atendia essa população de rua, a população na periferia, onde tem terreiro. Na vizinhança, ali com os rapazes com relação às drogas, com relação ao HIV/aids”.

E3: “Então, eles procuram a gente, a gente vai dar uma orientação espiritual, material, porque eles também precisam do apoio moral, porque quando uma pessoa está doente, sempre tem uma discriminação, ah, eu vou ficar perto, vou pegar uma doença, vou pegar a doença dele e não, não é assim, doença não se pega a qualquer...”.

O termo grupo de risco perdeu a força durante os últimos anos, porém ainda permanece ainda bastante enraizado no senso comum, tanto porque também este conceito ainda está muito presente entre as práticas dos profissionais de saúde.

No relato a seguir temos o acolhimento das queixas como as DST, por exemplo, várias pessoas se sentem mais acolhidas nestes locais para falarem de assuntos mais íntimos.

E2: "Você cozinha e você toma, mas você compra um... uma ducha e você faz lavagem, você faz isso durante três dias, então aquele corrimento, tudo, parou, só que aquela essas pelotas não sarava, aí realmente eu fui no posto, com ela, porque é uma senhora de 62 anos e ela tinha vergonha, e também não fazia exame. (...) Daí fui ver com ela disse que não mantinha relação sexual com ninguém fazia muito tempo, e a menina do posto, ela ficou doida, que a menina do posto falou que era uma doença transmissível, entendeu? Aí já pensou, ela ficou até doida da cabeça, pobrezinha, ela falou assim, olha mãe, não queria ir ao posto, porque olha faz 10 anos que eu sou viúva e eu nunca tive homem nenhum, como eu peguei isso?"

As comunidades de terreiro possuem uma forma menos preconceituosa de lidar com a sexualidade, e menos "endemonizada" o que facilita no acolhimento, na prevenção e promoção de saúde. Importante salientar o pressuposto da nulidade da sexualidade do idoso, e que por ser viúva poderia não ter mais vida sexual ativa. A abordagem da sexualidade da idosa pareceu invasiva na Unidade Básica de Saúde.

O candomblé é um espaço que trabalha mais livremente esses receios com relação à sexualidade. Mulheres e homossexuais estão, conforme mostra literatura antropológica especializada, entre os que mais se adaptam às religiões afro-brasileiras. Em meio ao rol de escolhas em termos de gênero e sexualidade, o candomblé, para citar apenas um exemplo, não só atrai, mas a bem dizer propicia a filiação de homossexuais interessados na religião dos orixás (SANTOS, 2008).

Segundo Santos (2008b) se comparadas a outras denominações hostis e indiferentes às orientações não-heterossexuais, o candomblé e outras devoções afro-brasileiras são, de fato, mais tolerantes à participação de homossexuais, permitindo-lhes ocupar todos os postos previstos na hierarquia ritual. Embora estejam entre as expressões religiosas que menos discriminam o indivíduo por razões de preferência sexual, percebemos por meio da literatura especializada e de uma pesquisa de campo, realizada na região metropolitana de São Paulo, que os candomblecistas também empregam em seus discursos argumentos ou narrativas míticas, certos princípios e valores seculares articulados à moralidade cristã e que dão sustentação à hierarquia de sexo/gênero – conforme alguns sacerdotes, as categorias homem/mulher e masculino/feminino devem corresponder às expectativas sociais esperadas para cada ser sexuado. Em virtude disso, tratar de

homossexualidade nas comunidades-terreiro, ao contrário do que possa parecer, é um tema delicado, restrito e rodeado de tabus.

4.4 ACOLHIMENTO AO SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL

Nesta categoria encontrou-se significados como parceria de trabalho em rede (acompanhamento em visitas médicas e consultas), dialética do material e espiritual, fragilidade na linha do cuidado, racismo e discriminação racial como causadores de sofrimento psicossocial. Além disso, também encontramos o significado da “responsabilização do cuidado”, a líder abaixo parece se sentir empenhada no cuidado de perto da pessoa em sofrimento:

E1: “(...) como pouco atrevida, acompanho visita com médico, acompanho visita psiquiátrica, acompanho visita do CAPS, eu acompanho tudo, eu quero saber de papel, de medicamento, disso, daquilo (...)”.

Assim este acompanhamento nas visitas médicas e dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) propicia a integração entre os serviços de saúde e a comunidade de terreiro, podendo contribuir para uma adesão maior ao tratamento, e deve ser reconhecido como importante aliado na rede de cuidados em saúde mental.

As falas demonstram a forma de encarar o sofrimento psicossocial em sua dialética, mesclando-se com o princípio da integralidade.

E3: “É, tem as questões de ordem espiritual, então eu sempre, mas é exatamente isso que eu comento, você está com problema, você tem que se tratar dessa depressão, vamos tratar com chá, vamos tratar com remédio caseiro, mas você tem que ir ao médico também” (...) Sim, sim, aí faço a parte espiritual, receito os remédios, que a gente tem usado no terreiro para um, ou para outra doença, a gente receita, que são ervas, sempre ervas. E, e, mas nós sempre orientamos que vá para o postinho, vá para o médico, vai fazer um exame, um diagnóstico”.

E4: “Então, a gente vai e vê, daí vamos consultar e vai ver, porque se for um problema vamos supôr, um problemas de ordem espiritual, a gente procura tratar naquilo... então, a gente encaminha porque, para a assistência médica, entendeu?”

E4: “Ah, com certeza, tem que saber separar, porque nem tudo é espiritual, nem tudo é material, entendeu? Se é espiritual você tem que saber lidar e ver o que é material, e o que é espiritual, para não confundir e fazer bobagem entendeu?”

Interessante notar que em algumas falas parece haver uma separação entre o que é de cunho espiritual e do que é material, entretanto esse processo pode ser dialético, ou seja, estas facetas se conversam e se complementam. Assim, há a abordagem espiritual com ervas e nos casos de origem médica há o encaminhamento e orientação para busca de assistência dos profissionais de saúde. Nas comunidades de terreiro há uma convivência mais harmoniosa entre o que é místico e aquilo que caracterizam como biológico.

Segundo Alves e Seminotti (2009), nas comunidades de terreiro, na maioria das vezes as terapêuticas tradicionais não concorrem com o tratamento do SUS, tampouco entram em conflito. Essas práticas são entendidas por seus adeptos como complementares na implicação e na corresponsabilização do cuidado em saúde. O modo sincrético de pensar parece lidar com a polaridade e aspectos diversos da compreensão do sofrimento sem recorrer, necessariamente, a dicotomias e/ou sínteses. Parece haver convivência de polos opostos numa configuração combinatória, apresentando certa harmonia e sem aparentar rupturas nítidas. Esse tipo de pensamento possibilitaria a fusão de diferentes elementos simbólicos/culturais, dando uma certa coerência aos pensamentos e ações na busca de diferentes serviços e cuidados religiosos.

Esta aparente dicotomia traz a discussão da integralidade em saúde que, segundo Carvalho (2006), tem duas dimensões, a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação da saúde em todos os campos e níveis. O ser humano como um todo. A dialética das falas expressa também a integralidade do discurso, ora com a dimensão vertical da visão do todo do ser, ora com a dimensão de encaminhamento aos diversos níveis de atenção.

Interessante notar que o candomblé não surgiu como locus de tratamento para o sofrimento psicossocial segundo a líder, pois na sua visão de mundo o hospital psiquiátrico traz a cura. Sua forma de pensar traz o modelo biomédico como central para o sofrimento:

E5: “É que a gente encaminha, para que ele procure os meios, ele tem, hoje, nós temos a medicina, que, nós, o candomblé não é um hospital de louco para curar os loucos”.

Notamos também que ainda existe um consenso que está em processo de desconstrução de que a pessoa em sofrimento psicossocial deve ser medicada ou mesmo acompanhada em hospital psiquiátrico, desconhecendo a necessidade de trabalho em rede e na comunidade.

Assim, é necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco – através do trabalho, amizade, e vizinhança - matéria prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social (Amarante, 1995, p.48).

Ainda conforme Amarante (1995), na realidade, o problema das instituições psiquiátricas revela a impossibilidade de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências.

Para compreender esse processo de desinstitucionalização devemos entender que não é simplesmente desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (AMARANTE, 2009, p.49).

Segundo Amarante (2009), devemos entender o que o psiquiatra Franco Basaglia afirmava, a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas, traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento “político”: traz a pólis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar da centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional. Este movimento que Basaglia iniciou em Trieste, na Itália, deu origem ao movimento da Reforma Psiquiátrica que ganhou vários

formatos, dependendo do contexto histórico e social de cada país, inclusive do Brasil.

Outro aspecto ressaltado foi a descontinuidade na linha do cuidado em saúde mental, principalmente entre os casos de sofrimento psicossocial como o uso abusivo de álcool e/ou drogas, e na esquizofrenia:

E1: “É, a falta de orientação e talvez até de acompanhamento da, de quando eles estão internados e vão lá, quando é, usa droga, ou bebidas, alguma coisa, eles vão lá para desintoxicar, eles voltam, eles não voltam com aquela orientação total, eu tenho um pouco de conhecimento que fico em cima da mãe ou da própria pessoa, ó você tem que fazer isso, ó você tem que ir lá, ó você tem que ir a uma UBS, ó você tem que encaminhar, você tem que retornar porque o tratamento não é só isso, você tem que voltar, você tem, não dão psicólogo, não dão encaminhamento, melhor para as pessoas, então eu acho que é um dos pontos, que está acabando muito com as pessoas, e também saí de lá com depressão, volta pra casa acabou, tomou aquela... não tem uma orientação para uma continuidade, e isso é uma coisa que afeta muito a carne e a alma, a ponto que a pessoa precisa de um tratamento contínuo”.

E4: “Frequente, freqüente, frequente, freqüente... frequente, principalmente aqueles que um que tem esquizofrenia que é uma coisa já que é de sangue, não tem ancestralidade (ancestralidade ligada aos ancestrais do candomblé) herdado, não tem como tirar, então essas crises que dão neles, eles deveriam ter um acompanhamento melhor. Uma orientação, que encaminhe para o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), para as UBS (Unidade Básica de Saúde), que as UBS teriam esse caminho para acompanhar”.

Podemos observar na fala a descontinuidade no cuidado depois de uma desintoxicação por álcool e/ou drogas, por exemplo, ou mesmo a falta de orientação e acompanhamento depois da prescrição do medicamento em casos como a depressão. A rede de serviços muitas vezes não consegue contemplar as pessoas em sofrimento psicossocial, como a equipe da Estratégia Saúde da Família e a assistência social citados pela entrevistada, e muitos dos sofrimentos sabiamente pontuados pela líder, podem se tornar crônicos e na maioria das vezes vai precisar de apoio de equipe de saúde.

A linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuário, no sentido de atender as suas

necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO, 2010).

Para este autor incorpora a ideia de integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Internação Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante de seu problema de saúde.

Para Franco (2004), é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais. O usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado. reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Ainda com este autor, o pacto para construção da linha do cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial (FRANCO, 2004).

A comunidade do Candomblé, apesar de realizar seu trabalho sem muitas vezes ser reconhecido pelos serviços de saúde, parece compreender a necessidade desse trabalho em rede e intuitivamente buscar sua efetivação.

Além disso, a comunidade de terreiro é palco de acolhimento das queixas de discriminação e preconceito racial que levam ao sofrimento psicossocial.

E1: “Essa parceria é muito importante porque a população negra, eu sempre falo, ela tem vontade, ela não tem conhecimento dos direitos dela, da facilidade que ela tem, então quando se fala da área da saúde, é, é, a saúde do negro, ela é precária por

causa do preconceito, por causa do racismo, não vou falar que é um grau maior, mas é a falta de conhecimento que leva gerar isso aí também, então essa população que precisa de ajuda”.

E1: “Vem, vem, isto nós temos bastante, é, da mulher do emprego né? Às vezes ela perde o emprego porque ela é negra, é por ela... morar em assentamento, por ela não ter um estudo completo, por ela ter um pressão alta, porque ela é a população que mais tem pressão alta, diabetes, mioma, é... são, é, a mulher negra, né? Então, ela é um pouco, é discriminada por isso.”

E1: “E a população negra quando está com aids né? Quando ela procura médico, quando está com aids, hoje de um ano para cá eu observei que o tratamento está sendo melhor, mas alguns anos atrás era porque era negro, era porque estava na rua, porque ele é gay, porque ela é lésbica, é porque é..., que mora não sei lá onde, porque esse povo bebe, porque esse povo é pobre, então, eles escutaram muito, muito, muita essa reclamação disso, numa época que eu não tinha toda essa vontade, essa liberdade, de gritar, de fazer uma denúncia, hoje não, hoje se eu acolher uma denúncia dessa é racismo na certa”.

O preconceito aparece como causador de sofrimento entre a população negra. Importante destacar que o sofrimento dos negros ultrapassa a questão da cor, mas diz respeito também à condição socioeconômica inferior em que esta população vive em relação aos brancos. Para entender este preconceito, além de compreender os conceitos de raça e cor, é necessário entender a construção do racismo e suas relações com a democracia racial, partindo do mito da democracia racial e da ausência do preconceito racial no Brasil.

Até o final dos anos 60, a maioria dos dicionários e livros escolares definiam o racismo como uma doutrina, dogma, ideologia, ou conjunto de crenças. O núcleo dessa doutrina era de que a raça determinava a cultura e daí derivam as crenças na superioridade racial. Nos anos 1970, a palavra foi usada em sentido ampliado para incorporar práticas e atitudes, assim como crenças; nesse sentido, racismo denota todo o complexo de fatores que produzem discriminação racial e, algumas vezes, frouxamente, designa também aqueles [fatores] que produzem desvantagens raciais (BANTON & MILES apud GUIMARÃES, 2004).

Florestan Fernandes apud Guimarães (2004) refere que o preconceito de cor seria um sintoma da incompletude da revolução burguesa e da

sociedade de classes. Seria uma persistência do passado, enquanto “negros” e “mulatos” seriam apenas “metamorfoses do escravo”.

Bastide apud Guimarães (2004), o problema consiste na manutenção de “relações raciais tradicionais”, fundadas no paternalismo, no cerne mesmo da sociedade industrial, esta seria responsável pela agudização do preconceito.

Guimarães (2004) relata que Florestan Fernandes prefere sublinhar o fato de que o negro e o mulato ainda permanecem marginais à estrutura de classes. Para os intelectuais brasileiros, mesmo para o sociólogo e ativista negro Guerreiro Ramos “o problema negro” deveria ser subsumido à questão da formação da classe trabalhadora ou à questão da formação do povo brasileiro.

Ainda segundo este autor, a discriminação e o preconceito raciais não são mantidos intactos após a abolição, mas pelo contrário, adquirem novos significados e funções dentro das novas estruturas. As práticas racistas do grupo dominante branco que perpetuam a subordinação dos negros não são meros arcaísmos do passado, mas estão funcionalmente relacionadas aos benefícios materiais e simbólicos que o grupo branco obtém da desqualificação competitiva dos não-brancos.

Para Guimarães (2004), as décadas em que se acreditou que a democracia poderia ser reduzida à convivência pacífica entre pessoas de diferentes cores, raças e credos e que tal convivência poderia ser garantida pelas leis e pelos costumes, foram encerradas com os golpes de Estado de 64 e 68. Não obstante, temos a luta pelos direitos sociais e humanos sendo bravamente travada pelo movimento negro justamente pela cassação destes direitos.

5.CONCLUSÕES E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

As líderes eram todas mulheres e tinham entre 56 a 82 anos, todas de origem negra ou parda. A iniciação das mesmas no candomblé estava entre 20 a 60 anos. A origem dos terreiros de candomblé em Londrina data da década de 70 por mulheres que foram iniciadas em São Paulo nesta religião. Importante destacar a atuação dos pais e mães de santo nos fóruns de discussão política em nosso município. No candomblé todas as pessoas são acolhidas, sejam elas das mais variadas etnias e classes. Entretanto, percebemos que a comunidade mais carente procura os terreiros no sentido de buscar ajuda para problemas de origem social, e que a classe média faz aproximação com esta religião no sentido de resgate cultural e espiritualização.

Outro desvendamento foi de que o termo do acolhimento também faz parte do candomblé, tem sobretudo origem na iniciação orixá, conforto espiritual, prática de banhos com ervas medicinais, cuidado aos grupos específicos como os LGBTTT, abordagem às pessoas com DST/HIV/aids, encaminhamento aos serviços especializados e reconhecimento do processo saúde/doença e seus determinantes sociais de saúde.

As formas de sofrimento psicossocial mais referidas pelas pessoas acolhidas, segundo o relato das líderes, ora possuíam classificação médica como o etilismo e a depressão, ora eram subjetivações do sofrimento como “perturbação” e estresse. Segundo as líderes o sofrimento psicossocial é mais percebido entre a população negra.

O acolhimento psicossocial traz categorias como a dialética do material e do espiritual, visita, fragilidade na continuidade na linha do cuidado e racismo e preconceito racial como causadores de sofrimento psicossocial. Mesmo parecendo haver dicotomia entre o que é material e espiritual, cabendo às líderes o cuidado espiritual e o encaminhamento aos serviços médicos, essa relação parece ser dialética e se conversam para alcançar a totalidade do cuidado, produzindo integralidade em saúde.

A parceria em rede (acompanhamento em visitas médicas e consultas) aparece como componente de acolhimento em saúde mental e como ferramenta de cuidado continuado. Este significado traz a discussão da fragilidade na continuidade na linha do cuidado em saúde mental, ou seja, a dificuldade dos

serviços de saúde de acompanhar o usuário com transtornos mentais e deste ser acompanhado na comunidade. O candomblé pode assim ser considerado como equipamento social que presta serviços “extra oficiais” em saúde.

O terreiro de candomblé é espaço de escuta de queixas como o racismo e o preconceito racial, construindo a possibilidade de empoderamento e enfrentamento à violência estrutural sofrida pela comunidade negra.

O cuidado no sofrimento psicossocial prestado pelo candomblé nos coloca várias possibilidades de engajamento desta população no seio da comunidade. A luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica se apropriam das práticas de cuidado na comunidade para enfrentar a medicalização desnecessária, a hospitalização e a institucionalização, seja ela qual for. Porque mesmo o atendimento em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) pode incorrer em práticas ainda “médico centradas”.

Esta pesquisa reconhece a importância do trabalho em rede, da necessidade de inserção da pessoa em sofrimento psicossocial na comunidade e do enfrentamento do preconceito frente ao candomblé. E aponta o candomblé como equipamento social de cuidado e acolhimento.

Possibilita também compreender como a população negra busca apoio no sofrimento psicossocial, trazendo à luz do conhecimento, tanto as subjetivações do sofrimento psicossocial, quanto o processo de adoecer da população negra.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). In:_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 21-45.

ANDREI, E. M. **Religiosidades afro-brasileiras**. Londrina: [s.n., 20--].

ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, sup. 1, Ago. 2009, p. 85-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/754.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

ANTONIO, M. C. A. Dores da alma: etnografia do sofrimento psíquico em segmentos de camadas médias urbanas. **Caos Revista Eletrônica Ciências Sociais**, n. 11, out. 2006, p. 93-111. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/caos/n11/08.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

BERGER, M. **Etnicidade: uma questão propositadamente em aberto**. Disponível em: <<http://www.minosoft.com.br/mirela/download/etnicidade2.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMES, C. Manifestação do sofrimento e resistência do adoecimento na gestão do trabalho. **Revista Saúde e Sociedade**, n.2, v.18, p. 237-47, 2009. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/Manifestacao-do-sofrimento-e-resistencia-ao-adoecimento-na-gestao-do-trabalho.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade**. Brasília, 2005. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caderno%20SPN.pdf>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. **Política nacional de saúde integral da população negra**. Brasília, 2006. Disponível em: <www.bvsms.saude.gov.br/..../politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 22 maio 2010.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção Básica. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2009.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n. 1, 2007, p. 77-93. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2011.

CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito de integralidade. **Revista Radis**, v.49, 2006.

DALGALARRONDO, P. **Civilização e loucura. uma introdução à história da etnopsiquiatria**. Campinas: Editora Lemos, 1997. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n01/dalga/dalga1.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

DALMOLLIN, M. B.; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.1, p.49-54, fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/5997.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, 210 p.

DUNKER, C. I. L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v.11, n.1, p.94-111, mar 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n1/05.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

FRANCO, T. B. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In:_____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, Set./Out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500039&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2012.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-comofazer.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2011; 04 jan. 2012.

GUIMARÃES, A. Como trabalhar com raça e sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n.1, 2003, p.93-107.

HOLFBAUER, A. Mitologia dos Orixás. PRANDI, R. **Revista Antropologia**, São Paulo, 2001, v. 44 n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ra/v44n2/8845.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2012.

IANNI, O. Octavio Ianni: o preconceito racial no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.18, n.50, Jan./Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100002>. Acesso em: 02 jun. 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: IPEA, 2002.

LAGUARDIA, J. O uso da variável raça na pesquisa em saúde. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2005, p. 371-393. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2010.

LIMA, M. E. O.; V., J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. **Estudos de Psicologia**, v.9, n. 3, 2004, p. 401-411. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a02v09n3.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2010.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 226f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22133%2Fde-14012009-164720%2Fpublico%2FSilviaMatumoto.pdf&ei=oqJ4T-6dFMGAgwfMw7HeDg&usg=AFQjCNHhwvPJOdPHe_iDv9Q0ZMCK_09Pwg>. Acesso em: 2 jul. 2010.

MUNANGA, K. **Diversidade, etnicidade, identidade e cidadania**. 2005. Disponível em: <<http://cfh.ufsc.br/~npms/programas/Munanga%2005diversidade.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2011.

NASCIMENTO, C. A. **Análise do discurso**: Reflexões introdutórias. 2.ed. São Carlos: Claraluz, 2007. 128 p.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Tradução Eni P. Orlandi et al. 3.ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

PNUD et al. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Documento resultante do **Workshop Interagencial de Saúde da População Negra**. Brasília: 2001.

PORTUGAL FILHO, F. **Magias e oferendas afro-brasileiras**: teoria e prática na magia do candomblé. São Paulo: Masdras, 2004.

PRANDI, R. O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso. **Estudos Avançados**, v.18, n. 52, 2004, p.223-236. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a15v1852.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

SANTOS, M. S. Sexo, gênero e homossexualidade: o que diz o povo-de-santo paulista? **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 6, n. 12, p.145-156, jun. 2008 Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/29321_3851.PDF>. Acesso em: 01 abr. 2012.

SANTOS, M. S. Mito, possessão e sexualidade no candomblé. **Revista Nures** n. 8 – Janeiro/Abril 2008 – Disponível em: <<http://www.pucsp.br/revistanures>>. Acesso em: 22 out. 2011.

SAWAIA, B. B. Psicologia social: aspectos epistemológicos e éticos. In: _____. **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: EDUC Brasiliense, 1995.

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado do Paraíba. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2. São Paulo, maio-agosto 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011>. Acesso em: 19 maio 2010.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. **I Seminário Saúde da População Negra**. 2004. Disponível em: <www.mulheresnegras.org/doc/.../129-132MariaLucia.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2010.

SILVA, J. M. Religiões e Saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.171-177, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 jul. 2010.

TFOUNI, L. V.; PANTONI, R. V. **Sobre a ideologia e o efeito de evidência na teoria da análise do discurso francesa**. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/vinteecinco/leda_e_rosa_25.htm>. Acesso em: 23 out. 2011.

WANDERLEY, A. C. **CRP-RJ sedia seminário sobre saúde mental da população negra**. 2009. Disponível em: <<http://www.crpj.org.br/noticias/2009/1216-crpj-sedia-seminario-sobre-saude-mental-da-populacao-negra.html>>. Acesso em: 22 maio 2010.

ZAUHY, C.; MARIOTTI, H. (Org.). **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: 2002. 144 p.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Esclarecido

Eu, _____ após ser devidamente informado e esclarecido a respeito dos objetivos desta entrevista, concordo em participar da dissertação de mestrado em saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina intitulado: “Acolhimento da população negra em sofrimento psíquico nas religiões de matriz africana de Londrina- Paraná” da pesquisadora Jackeline Lourenço Aristides, sob a orientação da professora Regina Melchior. Entendo que minha entrevista será gravada, estou ciente também que as informações fornecidas por mim são confidenciais, e que os resultados divulgados serão gerais e anônimos. Também estou ciente que não receberei nada e nem terei que efetuar qualquer pagamento para responder as perguntas. Em caso de dúvidas posso esclarecê-la com a própria pesquisadora Jackeline Lourenço Aristides, fone (43) 33288390/99736777, na rua Élio Carmagnani, 356 Jardim Arapongas- Londrina- Paraná. E, tenho a liberdade de parar a qualquer momento a entrevista.

Londrina, de 2010

Pesquisadora

Entrevistado (a)

ANEXO

ANEXO A

Autorização do Serviço

Autorizamos a participação por meio de entrevistas na dissertação de mestrado em saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina intitulado: “Acolhimento da população negra em sofrimento psicossocial pelo candomblé de Londrina-PR” da pesquisadora Jackeline Lourenço Aristides, sob a orientação da professora Regina Melchior.

Londrina, de 2010

Assinatura