**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**
**DOUTORADO ACADÊMICO**

MOEMA ALVES MACÊDO

# CUIDADOS EM SAÚDE PÚBLICA PARA POVOS DE COMUNIDADES TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ:

## atravessamentos sensíveis e resistências ao racismo religioso

Recife
2025

MOEMA ALVES MACEDO

# CUIDADOS EM SAÚDE PÚBLICA PARA POVOS DE COMUNIDADES TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ:

## atravessamentos sensíveis e resistências ao racismo religioso

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de grau de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.
**Orientador:** Prof. Dr. Benedito Medrado.

Recife
2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Macêdo, Moema Alves.
Cuidados em saúde pública para povos de comunidades tradicionais de terreiro de candomblé: atravessamentos sensíveis e resistências ao racismo religioso / Moema Alves Macêdo. - Recife, 2025.
191f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.
Orientação: Benedito Medrado.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cuidados em saúde; 2. Religião de Matriz Africana; 3. Racismo. I. Medrado, Benedito. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

MOEMA ALVES MACÊDO

CUIDADOS EM SAÚDE PÚBLICA PARA POVOS DE COMUNIDADES TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ:
atravessamentos sensíveis e resistências ao racismo religioso

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de grau de Doutora em Psicologia.

Aprovada em: 28/03/2025

**BANCA EXAMINADORA :**

Prof. Dr. Benedito Medrado
(Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Jefferson de Souza Bernardes
(Examinador externo)
Universidade Federal de Alagoas

Professor Dr. Miguel Melo Ifadireó
(Examinador externo)
Universidade Federal de Campina Grande

Mônica Prates Conrado
(Examinadora externa)
Universidade Federal do Pará

Jorge Lyra
(Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

## RESUMO

Esta tese apresenta resultados e análises produzidas a partir de pesquisa cujo **objetivo geral** foi analisar a oferta de cuidados em saúde pública para membros de comunidades tradicionais de regiões de matriz africana. **Contextualização:** O Brasil foi estruturado a partir de instituições e processos de colonização, alicerçados em práticas racistas que estabeleceram linhas abissais, nem sempre visíveis, as quais demarcaram espaços de desigualdade social, naturalizando iniquidades sociais. Essa memória e organização social moldam relações interpessoais e coletivas, atualizando desigualdades. Neste sentido, a produção de cuidado em saúde pública, entendida como uma relação de afetação entre sujeitos singulares (síntese de planos universais e particulares), é profundamente impactada pelo racismo, que limita a efetivação de um cuidado integral à população e impõe obstáculos às transformações estruturais preconizadas pela Reforma Sanitária Brasileira. Cria-se assim sérios obstáculos à implementação de uma política de saúde, entendida como um direito universal, em uma visão ampliada que reconhece determinantes e condicionantes sociais. Nesse contexto, destaca-se a influência do racismo religioso e suas consequências para o cuidado em saúde voltado aos povos tradicionais de terreiros de Candomblé, uma religião de matriz africana. **Método**: A pesquisa foi de abordagem qualitativa e os espaços privilegiados para construção da pesquisa foram o Terreiro de Candomblé "Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá", localizado em Juazeiro do Norte-CE e uma Unidade Básica de Saúde da Família adscrita ao Terreiro, portanto acessada por membros desse Terreiro. Os/as interlocutores/as foram lideranças religiosas e filhos/as de santo do Terreiro, com mais de 7 anos de inserção na religião e maiores de 18 anos, bem como trabalhadores/as da saúde da referida unidade de saúde da família. A produção de informações aconteceu por meio de entrevistas e produções de ecomapas. Para análise, foram produzidos mapas dialógicos de orientação construcionista. O fato da pesquisadora não ser adepta de religiões de matriz africana e ser profissional de saúde na atenção primária incidiu em reflexões constantes sobre ética e sobre lugares de fala. **Fundamentação teórico-metodológica**: Trata-se de uma pesquisa com referencial teórico metodológico ancorado no construcionismo social, portanto, pautado numa inter-relação sujeito-objeto e assumindo posicionamento situado e, portanto, não representacionista, antiessencialista e antirrealista. **Resultados**: As produções discursivas dos/as trabalhadores/as da saúde abordaram o Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva de sua universalidade, mas não apontaram para estratégias de equidade que assegurassem o acesso integral aos serviços. Dessa forma, a clínica ampliada não consegue se concretizar na singularidade do sujeito, limitando-se à oferta de cuidados a indivíduos considerados, de forma genérica, universais. Essa dinâmica parece ser particularmente sentida pelos/as adeptos/as de religiões de matrizes africanas entrevistados, que, em momentos de adoecimento e vulnerabilidade, percebem a necessidade de recorrer a estratégias de neutralização de suas identidades específicas para obter acesso aos cuidados básicos, muitas vezes se sentindo desamparados. **Conclusões:** A partir dos resultados de nossa pesquisa, é possível refletir sobre a oferta de cuidados em saúde aos Povos Tradicionais de Terreiros de Candomblé, analisando as políticas públicas implementadas (lacunas existentes e barreiras de acesso), além das estratégias adotadas por essa população para resistir e enfrentar práticas racistas, de fundamento religioso, durante a busca por cuidados em equipamentos de saúde do SUS. Destaca-se a necessidade de promover ações de educação permanente em saúde, articuladas com as Comunidades Tradicionais de Terreiros, visando uma abordagem mais inclusiva e respeitosa.



**Palavras-chave**: Cuidados em saúde; Religião de Matriz Africana; Racismo; Saúde Integral da População Negra; Sistema Único de Saúde

## ABSTRACT

This thesis presents results and analyses based on research whose main objective was to analyse the provision of public healthcare to members of traditional communities of African diasporic regions. **Contextualization**: Brazil was structured based on colonial institutions and processes, grounded in racist practices that established deep, often invisible lines, which marked spaces of social inequality, naturalizing social inequities. This history and social organization shape interpersonal and collective relationships, perpetuating inequalities. In this sense, the provision of public health care, understood as a relationship of impact between individual subjects (a synthesis of universal and particular plans), is profoundly affected by racism, which limits the realization of comprehensive care for the population and imposes obstacles to the structural transformations envisioned by the Brazilian Health Reform. This creates significant barriers to the implementation of a health policy understood as a universal right, within a broader perspective that recognizes social determinants and conditions. In this context, the influence of religious racism and its consequences for healthcare aimed at traditional Candomblé "terreiro" communities, an African diasporic religion, stands out. **Method**: The research followed a qualitative approach, with the primary spaces for data collection being the Candomblé terreiro "Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá," located in Juazeiro do Norte-CE, Northeast of Brazil, and a Family Health Unit associated with the "terreiro", which is accessed by members of this terreiro. The interlocutors were religious leaders and followers of the terreiro, with more than seven years of religious involvement and aged over 18, as well as health professionals from the referred Family Health Unit. Data were collected through interviews and the production of ecomaps. For analysis, dialogical maps were created based on a constructionist orientation. The fact that the researcher is not an adherent of African diasporic religions and is a primary healthcare professional influenced constant reflections on ethics and the positionality of the researcher. **Theoretical and Methodological Framework**: This research is anchored in a social constructionist theoretical-methodological framework, based on an interrelation between subject and object, assuming a situated stance and, therefore, non-representational, anti-essentialist, and anti-realist. **Results**: The discursive productions of health professionals addressed the Unified Health System (SUS) from the perspective of its universality but did not point to equity strategies that would ensure full access to services. In this way, the expanded clinical model fails to materialize in the singularity of the subject, limiting itself to providing care to individuals considered, in a generic sense, universal. This dynamic appears to be particularly felt by the interviewees from African diasporic religions, who, in moments of illness and vulnerability, perceive the need to resort to strategies to neutralize their specific identities in order to access basic care, often feeling unsupported. **Conclusions**: Based on the results of our research, it is possible to reflect on the provision of healthcare to Traditional Candomblé Terreiro Peoples, analysing the public policies implemented (existing gaps and access barriers), as well as the strategies adopted by this population to resist and confront religiously-based racist practices during their search for care in SUS healthcare facilities. The need to promote ongoing health education actions, coordinated with Traditional Terreiro Communities, is emphasized, aiming for a more inclusive and respectful approach.



**Keywords:** Health care; African Diasporic Religion; ; Racism; Health Policy for the Black Population; Unified Health System

## RESUMEN

Esta tesis presenta resultados y análisis producidos a partir de una investigación cuyo objetivo general fue analizar la oferta de cuidados en salud pública para miembros de comunidades tradicionales de regiones de matriz africana. **Contextualización**: Brasil fue estructurado a partir de instituciones y procesos de colonización, basados en prácticas racistas que establecieron líneas abismales, no siempre visibles, las cuales marcaron espacios de desigualdad social, naturalizando las inequidades sociales. Esta memoria y organización social modelan relaciones interpersonales y colectivas, actualizando las desigualdades. En este sentido, la producción de cuidado en salud pública, entendida como una relación de afectación entre sujetos singulares (síntesis de planes universales y particulares), está profundamente impactada por el racismo, que limita la efectivización de un cuidado integral a la población e impone obstáculos a las transformaciones estructurales promovidas por la Reforma Sanitaria Brasileña. Así, se crean serios obstáculos para la implementación de una política de salud, entendida como un derecho universal, en una visión ampliada que reconoce los determinantes y condicionantes sociales. En este contexto, destaca la influencia del racismo religioso y sus consecuencias para el cuidado en salud dirigido a los pueblos tradicionales de "terreros" de Candomblé, una religión de matriz africana. **Método**: La investigación fue de enfoque cualitativo y los espacios privilegiados para la construcción de la investigación fueron el Terreiro de Candomblé "Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá", ubicado en Juazeiro do Norte-CE, y una Unidad Básica de Salud de la Familia adscrita al Terreiro, por lo tanto, accesible para los miembros de dicho Terreiro. Los interlocutores fueron líderes religiosos y seguidores/as del Terreiro, con más de 7 años de inserción en la religión y mayores de 18 años, así como profesionales de salud de la mencionada unidad de salud de la familia. La recolección de información se realizó a través de entrevistas y la elaboración de ecomapas. Para el análisis, se produjeron mapas dialógicos con orientación constructivista. El hecho de que la investigadora no sea adepta de religiones de matriz africana y sea profesional de salud en atención primaria incidió en reflexiones constantes sobre ética y sobre los lugares de habla. **Fundamentación teórico-metodológica**: Se trata de una investigación con un marco teórico-metodológico basado en el constructivismo social, por lo tanto, centrado en una interrelación sujeto-objeto y asumiendo una postura situada, no representacionalista, anti-esencialista y anti-realista. **Resultados**: Las producciones discursivas de los profesionales de salud abordaron el Sistema Único de Salud (SUS) desde la perspectiva de su universalidad, pero no señalaron estrategias de equidad que aseguraran el acceso integral a los servicios. De esta manera, la clínica ampliada no logra concretarse en la singularidad del sujeto, limitándose a ofrecer cuidados a individuos considerados, de manera genérica, universales. Esta dinámica parece ser especialmente percibida por los/as adeptos/as de religiones de matriz africana entrevistados/as, quienes, en momentos de enfermedad y vulnerabilidad, perciben la necesidad de recurrir a estrategias de neutralización de sus identidades específicas para acceder a los cuidados básicos, sintiéndose muchas veces desamparados/as. **Conclusiones**: A partir de los resultados de nuestra investigación, es posible reflexionar sobre la oferta de cuidados en salud a los pueblos tradicionales de "terreros" de Candomblé, analizando las políticas públicas implementadas (vacíos existentes y barreras de acceso), así como las estrategias adoptadas por esta población para resistir y enfrentar prácticas racistas, de base religiosa, durante la búsqueda de cuidados en los equipos de salud del SUS. Se destaca la necesidad de promover acciones de educación permanente en salud, articuladas con las Comunidades Tradicionales de "Terrerros", con el objetivo de lograr un enfoque más inclusivo y respetuoso.



**Palabras clave:** Cuidados en salud; Religión de Matriz Africana; Racismo; Salud Integral de la Población Negra; Sistema Único de Salud

## LISTA DE IMAGENS


| | |
|---|---|
| Imagem 01 | Obaluaê/ Omolú |
| Imagem 02 | Ossaim |
| Imagem 03 | Esquema explicativo 01 - Interrelação: princípios doutrinários e organizativos do SUS |
| Imagem 04 | Esquema explicativo 02 - Sentidos da universalidade no cuidado em saúde |
| Imagem 05 | Esquema explicativo 03: Sentidos da integralidade no cuidado em saúde |
| Imagem 06 | Esquema explicativo 04 - sentidos da integralidade na Assistência em Saúde |
| Imagem 07 | Esquema explicativo 05 - Modelo de análise para a clínica |
| Imagem 08 | Esquema explicativo 06 - Barreiras de acesso ao cuidado público integral |
| Imagem 09 | Mapa bússola para análise das informações dados com base no desenho dos objetivos da pesquisa |
| Imagem 10 | Mapa dialógico *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá* |
| Imagem 11 | Mapa dialógico dos/as trabalhadores/as da saúde |
| Imagem 12 | Mapa georreferenciado 1 - Localização geográfica dos espaços citados por pessoas do Terreiro |
| Imagem 13 | Ecomapa 1 – Banco de Areia |
| Imagem 14 | Ecomapa 2 – Orquídea |
| Imagem 15 | Ecomapa 3 – Oceano |
| Imagem 16 | Ecomapa 4 – Buquê Lilás |
| Imagem 17 | Ecomapa 5 – Amarelo |
| Imagem 18 | Esquema Explicativo 07 - Racismo Estrutural (Almeida,2019) |
| Imagem 19 | Carta de Anuência do Candomblé Quilombaxé Kwê Cèjá Omi Ypondá |
| Imagem 20 | Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde |

## LISTA DE QUADROS


| | |
|---|---|
| Quadro 01 | Trajeto de lutas pela Saúde Integral da População Negra |
| Quadro 02 | Políticas Públicas Regulatórias |
| Quadro 03 | Políticas Públicas Distributivas |
| Quadro 04 | Políticas Públicas Redistributivas |
| Quadro 05 | Interlocutores do Terreiro |
| Quadro 06 | Interlocutores do Serviço de Saúde – UBSf |
| Quadro 07 | Quadro legendado - relação de locais de cuidado em saúde – tempo – distância |
| Quadro 08: | Natureza jurídica dos locais de busca de cuidado em saúde pelos membros do terreiro |
| Quadro 09: | Distribuição de uso dos serviços de saúde |
| Quadro 10: | Espaços e contextos de acesso de cuidado em saúde indicados pelos interlocutores |
| Quadro 11: | Quadro explicativo da rede de cuidados em saúde acessada |

## LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| NEPIR | Núcleo de Educação para a Promoção da Igualdade Racial |
| CEU-f/UFPE | Casa de Estudante Feminina da Universidade Federal de Pernambuco |
| CF | Constituição Federal |
| Inamps | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| CAPS | Caixas de aposentadorias e Pensões |
| COMIRA | Conselho Municipal de Igualdade Racial |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| e-Mult | Equipe Multidisciplinar |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| MMN | Movimento de Mulheres Negras |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| eESF | Equipes de Estratégia de Saúde da Família |
| UBSf | Unidades Básicas de Saúde da Família |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| Fenafal | Federação Nacional de Anemia Falciforme |
| RENAFRO | Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde |
| PNSIPCF | Política Nacional de Populações do Campo e da Floresta |
| CE | Ceará |
| ACS | Agente Comunitária/o de Saúde |
| UPA | Unidade de pronto atendimento |
| PMAq | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| e-SUS APS | Estratégia de Informatização da Atenção Primária à Saúde |

Dedico este trabalho às mulheres da minha ancestralidade familiar. A energia de cada uma delas gestou os primeiros raios de sol do meu caminho, alimentando em mim, desde muito cedo, o desejo de cuidar e a vontade de de justiça. Minha bisavó materna, Mãe Zefa (*In memorian*), minha avó materna, Vó Mariquinha (*In memorian*), minha mãe, Naíde e minha tia paterna, Tia Iclea.

Mãe Zefa – bisavó materna
(*In memorian*)

Vó Mariquinha - avó materna
(*In memorian*)

Mãe - Naíde

***Vozes-Mulheres***

***A voz de minha bisavó***
***ecoou criança***
***...***
***Ecoou lamentos***
***de uma infância perdida.***

***A voz de minha avó***
***ecoou obediência***
***aos brancos-donos de tudo.***

***A voz de minha mãe***
***ecoou baixinho revolta***

***...***

***A voz de minha filha***
***recolhe todas as nossas vozes***
***recolhe em si***
***as vozes mudas caladas***
***engasgadas nas gargantas.***

***A voz de minha filha***
***recolhe em si***
***a fala e o ato.***
***O ontem – o hoje – o agora.***
***Na voz de minha filha***
***se fará ouvir a ressonância***
***O eco da vida-liberdade.***

***Conceição Evaristo (2008)***
Poemas de recordação e outros movimentos, 3.ed., p. 24-25

## AGRADECIMENTOS

No caminho do doutorado foi necessário muito apoio. Algumas pessoas estavam comigo e sem elas teria sido impossível percorrer o trajeto. A minha família, foi base de segurança e amor. Agradeço ao meu companheiro Ivan, por todas as vezes que assumiu todas as tarefas domésticas e o cuidado dos nossos filhos. Aos meus filhos, Davi e Miguel, que chegavam junto a mim, me abraçavam e perguntavam com afeto genuíno: “Mãe, falta muito? Você está conseguindo?”.

Agradeço, ao meu pai e à minha mãe, pela rede de suporte ao longo da vida. Gratidão a minha mãe, Naíde, mulher batalhadora que demonstrou o seu amor por meio de ações cotidianas, que acreditou e plantou objetivamente condições de oportunidades de estudo. lembro-me dela buscando livros em sebos, tentando ver como conseguir cadernos e lápis e dizendo que não iria acontecer comigo o que aconteceu com ela, que parou de estudar após a sua mãe dizer que não tinha como lhe dar um lápis. Hoje vejo que a minha vó fez por mim o que não foi possível fazer por minha mãe. Mainha tem o abraço de acolhimento e bênçãos que transmitem a força do sagrado. Gratidão ao meu pai, que na dureza de uma masculinidade hegemônica e sertaneja no qual se construiu, sempre moldou brechas para ser amoroso, cuidadoso, contar histórias, brincar, acreditar, abraçar, beijar. Em seus olhos é possível ver a alegria de me olhar nesse trajeto acadêmico e isso é potência de vida.

Agradeço, especialmente a minha avó materna, Vó Mariquinha (*in memorian*), a primeira pessoa que olhou para mim e disse: você será a minha doutora. Acho que ela não se referia a doutorado, mas a sua esperança de eu ser, uma exceção, uma mulher da sua família a concluir um curso de graduação. Essa esperança cresceu em mim como semente e suas palavras ficaram em minha lembrança. Mas, como uma mulher que precisou batalhar muito e que sabia que os sonhos só florescem com ações concretas, ela me designou uma pensão na sua aposentadoria como forma de dar algum chão para que eu pudesse concluir a graduação. Esse chão me acompanhou até 2004, quando terminei o bacharelado em psicologia na Universidade Federal de Pernambuco. Hoje reconheço que ela usava colares de contas e que ia em Terreiros. E sinto uma saudade do que não vivi, de conversar com ela sobre a sua espiritualidade. Esta tese acabou sendo um modo de sublimar este desejo. A Vó Mariquinha, a minha eterna gratidão pelo afeto, pelos abraços, pelos conselhos, por

sua presença em minha vida, por ter despertado, nos primeiros raios de sol da minha existência, um desejo de mudança no ciclo violência, que tantas mulheres da nossa família viviam.

Agradeço às minhas irmãs, Moésia e Morgana que vibram em cada sonho que realizo. Agradeço à Mônica que discutiu comigo alguns temas, mostrando potencial revolucionário em atos e palavras.

Agradeço ao quilombo da Articulação Nacional formada por Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) (ANPSINEP) do Ceará, por toda a torcida e apoio, em especial à Fran, por sua acolhida, a Raquel, a minha anja que leu atentamente o meu trabalho e me fez pontuações significativas e assertivas.

E por falar em anjo (ou agibonã), agradeço ao Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e Masculinidades (GEMA), no qual me inserir, com o advento do doutorado, em especial ao Neto, colega que, desde a minha entrada no curso, tem sido companheiro e conselheiro. Leu e comentou este trabalho, muitas mostrando um "sul" a perseguir.

Gratidão imensa aos/às interlocutores/as que toparam participar da pesquisa: aos colegas trabalhadores/as de saúde na Atenção Primária, em Juazeiro do Norte-CE e, especialmente, ao Quilombaxé na pessoa da Doné Herlania, sempre presente desde a primeira ideia de projeto para seleção do programa de pós-graduação. A sua amizade, sensível, política e comprometida são fontes de sabedoria e a sua luta pela população negra e pelo povo de terreiro são inspiração.

Agradeço ao povo de Terreiro que sempre me acolheu, aqui ressalto Bàbálorisa e Bàbálawo Miguel Melo Ifadireó e Mãe Célia.

Agradeço a Jefferson Bernardes, por ter dedicado uma parte do seu tempo para afetuosamente olhar o projeto antes de eu submetê-lo para a seleção do doutorado e aconselhar-me. A sua torcida foi essencial. Os seus ensinamentos, desde o mestrado, sempre me acompanham.

Agradeço ao meu orientador, Benedito Medrado, por ter me mostrado caminhos quando pareciam não existir ou quando eu estive confusa nas encruzilhadas e fazer esse percurso ser mais leve. Gratidão por ser um exemplo de docência revolucionária em atos e pela confiança que sempre demonstrou em mim e na minha trajetória. Tudo o que aprendi contigo me acompanhará sempre.

Gratidão ao sagrado, a energia de vida que me move e abre caminhos de realizações, que mantém a ancestralidade viva em mim e que é o começo, é o meio e ´novamente o começo, como dizia Nêgo Bispo (Santos, 2023, p.30)

## SUMÁRIO

**1. INTRODUÇÃO** ..... 18

**2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA** ..... **26**

2.1 SINGULARIDADES NO CUIDADO EM SAÚDE: POVOS TRADICIONAIS DE TERREIROS DE CANDOMBLÉ ..... 27

2.2 RACISMO: ENGRENAGENS (IN)VISÍVEIS DE ESTRATIFICAÇÃO RACIAL MARCANTES EM RELAÇÕES INTERPESSOAIS E INSTITUCIONAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO ..... **36**

RACISMO RELIGIOSO: DIÁLOGOS SOBRE (IN)EXCLUSÃO EM SAÚDE PÚBLICA PARA POVOS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS NO BRASIL **45**

**2.3 SISTEMA ÙNICO DE SAÚDE: INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE PARTINDO DA PROPOSIÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA** ..... **50**

*2.3.1 UNIVERSALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE* ..... *54*

*2.3.2 EQUIDADE OU IGUALDADE NO CUIDADO EM SAÚDE?* ..... *59*

*2.3.3 INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: TECNOLOGIAS E ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL EM REDES DE ATENÇÃO* ..... *62*

2.3.3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE ..... 64

2.3.3.1.1 SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE NA OFERTA DOS SERVIÇOS: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE COM BASE EM ELEMENTOS FUNDAMENTAIS ..... 68

2.3.3.1.2 SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO NA AMPLIAÇÃO CLÍNICA: ATRAVESSAMENTOS DE BARREIRAS PSICOSSOCIAIS DECORRENTES DO RACISMO RELIGIOSO ..... 71

**2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: CONSOLIDAÇÃO (OU NÃO) DOS PRINCÍPIOS DO SUS NA OFERTA DO CUIDADO EM SAÚDE** ..... **80**

**2.5 RESPOSTAS DO ESTADO BRASILEIRO PARA DEMANDAS DE POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO ..... 88**

**3 METODOLOGIA ..... 96**

*3.1 TIPO DE ESTUDO ..... 96*

*3.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO ..... 99*

*3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS ..... 103*

**4 RESULTADOS E DISCUSSÕES: TECENDO SENTIDOS VIVIDOS NA PESQUISA ..... 107**

*4.1 CORPO (FÍSICO-MENTAL-ESPIRITUAL) E SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO: ENGENDRANDO SENTIDOS EM ENCRUZILHADAS DIALÉTICAS ..... 109*

*4.2 MAPEANDO ESPAÇOS DE CUIDADO EM SAÚDE ..... 113*

*4.3 MAPEANDO AFETOS EM ESPAÇOS DE CUIDADO EM SAÚDE: TECENDO A REDE DE CUIDADOS A PARTIR DO TERREIRO ..... 118*

*4.4 ENTRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE: TUDO TRANQUILO E NORMAL AQUI (?). ..... 132*

*4.5 . DESENHANDO ESTRATÉGIAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS FORMAIS DE SAÚDE: DESVIANDO DO "FERRO EM BRASAS" ..... 145*

4.5.1 EU TÔ PAGANDO ..... 149

4.5.2 EU SOU MAIS UM? ..... 150

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 158**

**6 REFERÊNCIAS ..... 164**

**ANEXOS**

**APENDICES**

## 1. INTRODUÇÃO

> (...)*Quando exercemos um trabalho intelectual insurgente que fala a um público diverso, as massas de pessoas de diferentes classes, raças ou formação educacional, nos tornamos parte de comunidades de resistências (...)" (bell hooks, 1995, p.476)*

A trilha que senti mais propícia para iniciar essa escrita foi na conexão com outras mulheres negras. Encontrei em Lélia Gonzales e em Conceição Evaristo a inspiração na contação de histórias para demarcar passos e implicações que me guiaram nesta tese. Enquanto pesquisadora, a **proposta** que apresento é marcada por atravessamentos pessoais e acadêmicos, por lugares posicionados politicamente, não neutros e não essencialistas, então, convém iniciar apresentando essas afetações que promovem o objetivo deste estudo, a saber, analisar a oferta de cuidados em saúde pública para membros de comunidades tradicionais de regiões de matriz africana.

Quando iniciei o **contato com povos de Terreiro**, estava no lugar de profissional de saúde e docente, que voltava o seu campo de prática para a concretização de políticas públicas, em especial as voltadas para a saúde pública e coletiva, no âmbito do cuidado, e que carregava em si o ideal de transformação social e de agregação de pessoas nesse percurso, sendo à docência um espaço acadêmico vivido dessa forma.

Em um certo dia, o **Professor Dr. Miguel Melo Ifadireó**, docente do curso de Direito (na mesma instituição privada que eu) e sacerdote de Candomblé, convidou-me para coordenar um projeto de extensão voltado à educação popular em saúde nos terreiros de Juazeiro do Norte (CE). Segundo ele, esse projeto seria muito bom para os "povos de santo" (adeptos de religiões de matriz africana, especialmente do Candomblé), pois manifestavam essa necessidade... ademais, seria algo que mudaria a minha vida.

Na ocasião, topei a tarefa, sabendo que seria um desafio, pois nunca tinha entrado em um Terreiro e vinha de uma formação cristã católica. Mas a militância, a causa da defesa das políticas públicas, do cuidado em saúde, da equidade social, de lutar ao lado de quem estivesse nesse interesse, estava inscrita nas memórias das me antecederam e já falava alto em mim desde a graduação, quando ingressei no movimento estudantil de Casas de Estudantes, por residir na Casa de Estudante Feminina da Universidade Federal de Pernambuco (CEU-f/UFPE). Convidei alguns estudantes que já percebia como cooptados pela causa da saúde coletiva, agarrei-me no paradigma freiriano e na educação popular em saúde, ajustei um projeto escrito que ele me apresentou, submetemos como projeto de extensão na instituição que trabalhamos e iniciamos a jornada do “Encontros e Encantos: educação popular em saúde com povos de Terreiros em Juazeiro do Norte-CE”.

Jamais imaginei que minha vida estaria de fato mudando ali. Na verdade, eu estava mudando e, desde esse dia, sinto conectada e com desejo de permanecer em contato com esse povo, talvez numa busca de contato comigo mesma. O encontro com o “**povo de santo**” me fez encontrar e construir a minha negritude, de modo precioso e de maneira singular. Saber-se negra, eu sempre soube; sempre me foi dito, seja de forma afetuosa ou violenta. Mas, entender e sentir o que isso realmente significa, aprendi no Terreiro, através da oralidade, das narrativas de hoje e de ontem, do acolhimento, do cuidado e das parcerias que me foram ofertadas em todos os momentos.

Essa trajetória foi profundamente marcada pelas orientações de Miguel Ifadiréo e pela sabedoria e ensinamentos de **Doné Herlânia**, com quem dividi um trabalho na gestação de um Núcleo de Educação e Promoção da Igualdade Racial em Juazeiro do Norte-CE. Também pelos exemplos de **Mãe Célia**, que me sentei ao lado durante dois anos na presidência do Conselho Municipal de Igualdade Racial (COMIRA). Nesses espaços, várias vezes foram relatadas situações de direitos não garantidos de “povos de santo” em políticas públicas, dentre essas as de saúde.

Essa situação é significativa por haver violações de direitos e sofrimento físico e psíquico associados, especialmente dentro de um contexto singular da cidade de Juazeiro do Norte, pois até agosto de 2020, o **Núcleo de Educação para a Promoção da Igualdade Racial** (NEPIR), órgão vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho, já havia mapeado pelo menos 54 (cinquenta e quatro) Terreiros de religiões de matrizes indígenas e africanas no Município. Destes, 20 (vinte) são de Candomblé.

Chama-nos a atenção em uma cidade nacionalmente conhecida pela romaria católica devotada ao Padre Cícero, a manutenção de tantos templos não cristãos. Ressalta-se que a **história de manutenção dos cultos religiosos africanos** no Brasil como estratégia identitária e de resistência contra a dominação escravocrata, e que, até hoje, essa população tem usado essas ferramentas para enfrentar processos violentos, violações de direitos e para realizar cuidados em saúde.

Esse entendimento motivou um diálogo com a Doné Herlânia, pactuando a proposição de um projeto de tese de doutorado, o qual dialogasse com essas questões, sendo ela e seu Terreiro parceiros em mais esse caminhar. Após, aceitarem, gentilmente essa caminhada comigo, sigo apresentando **questões** que tensionam esse projeto:

- de que modo povos tradicionais de Terreiro de Candomblé estão acessando os serviços públicos da rede de atenção em saúde do seu território?
- que tecnologias (ferramentas, equipamentos, processos etc.) de cuidado em saúde são utizadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família para promover ou responder a demandas desta população específica e assim concretizar o princípio da equidade no atendimento às demandas de saúde de povos tradicionais vinculados a terreiros de Candomblé?
- como especificidades, de **povos tradicionais de Terreiro**, são agenciadas por trabalhadores/as da saúde, no atendimento às demandas desta população?

A opção por discutir o acesso integral, equânime e universal ao direito à saúde de povos de comunidades tradicionais de terreiro é atravessada, também, por minha jornada profissional de 20 (vinte) anos de trabalho no setor saúde. Em **2004**, graduei-me em psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e no dia seguinte à colação de grau mudei-me para Maceió, onde assumi um concurso público como psicóloga em uma unidade básica de saúde (UBS).

Desde então, mesmo desenvolvendo atividades concomitantes em outros setores, nunca estive longe do fazer da saúde. Em **2010**, quando assumi um concurso público em Juazeiro do Norte, desligando-me das atividades em Maceió, fui designada para a função de psicóloga em um NASF. Com a extinção dele, mantive-me na composição da equipe multidisciplinar (e-Mult). Deste modo, refletir sobre a atuação da saúde na garantia de direitos de povos tradicionais de terreiro candomblé é um modo de ampliar a resistência partindo de um olhar para o fazer do setor de política pública que venho atuando e no qual consigo ter incidência micropolítica.

No campo da docência, tenho ministrado disciplinas na área de **saúde coletiva desde 2010**. Assim, discussões acadêmicas nesse campo pareceram-me necessárias e imbricadas no meu percurso pessoal, profissional, ético-político e de movimentos sociais, levando-se ao desenvolvimento desta tese de doutorado, cujo **objeto de estudo** foi o cuidado em saúde pública para membros de comunidades tradicionais de regiões de matriz africana, particularmente do candomblé. Assim, como objetivos específicos, buscamos: 1) dialogar com a literatura sobre respostas do estado brasileiro a demandas e necessidades em saúde de populações vinculadas a religiões de matriz africana, especialmente do Candomblé; 2) mapear serviços públicos de saúde acessados por uma comunidade tradicional de terreiro de candomblé em Juazeiro do Norte; 3) compreender critérios, prioridades e estratégias usadas por essa comunidade para acessar esses serviços; 4) analisar, do ponto de vista dos princípios da equidade, integralidade e universalidade, tecnologias (discursos, práticas discursivas, ferramentas, procedimentos etc.) de cuidado em saúde ofertadas por esses serviços públicos para essa população.

Buscando **atender** aos **objetivos da pesquisa** e dialogar com base nas perguntas mobilizadoras apresentadas anteriormente, definimos o percurso metodológico pautado em princípios, diretrizes e ferramentas do movimento construcionista em psicologia social. Como estratégia de produção de informações, realizamos uma revisão dialógica de Literatura sobre o tema, em seguida, mapeamos, por meio de ecomapas e entrevistas, os vínculos e as vivências nos serviços de saúde usados pelos adeptos do Terreiro parceiro na pesquisa. Na sequência, realizamos entrevistas semiestruturadas com os/as trabalhadores/as em saúde vinculados/as ao serviço da Estratégia de Saúde da Família mais referido nos ecomapas. Essas informações nos possibilitaram construir mapas dialógicos para produção das nossas análises produzidas.

Considerando a **não neutralidade da linguagem** e o fato dessa tese ter sido construída com muitas parcerias e enlaces ancestrais, a linguagem adotada em concordância verbal foi a primeira, mas do plural (nós) e em alguns momentos que forem necessários posicionamentos pessoais, tais como relatos de história de vida, a linguagem usada foi será na primeira pessoa do singular (eu).

Destacamos que **alguns marcos teóricos** foram discutidos ao longo desse texto, dialogados com os discursos produzidos pelos meus interlocutores e interlocutoras. Conceitos centrais nesta trajetória são: integralidade, universalidade e equidade no cuidado em saúde, redes de atenção à saúde e clínica ampliada, além de eurocentrismo, Colonialismo, colonialidade, contracolonialidade, racismo, racismo religioso, epistemicídio, cuidado e cuidado em saúde. Para dar subsídio a essas definições, dialogamos com alguns autores e autoras, tais como: Frantz Fanon (1980, 2008, 2021), Suely Carneiro (2011; 2022), Guerreiro Ramos (1995), Abdias Nascimento (1978;2002), Quijano (1995; 2009), Lélia Gonzales (1983;2008), Neusa Souza (2021), Grada Kilomba (2016, 2019), Mbembe, (2014; 2018), Almeida (2019), Sodré (2023) e Faustino (2012, 2017). Do campo da **saúde coletiva** mais especificamente, dialogamos com textos de políticas públicas positivas em marcos regulatórios, além de Campos (2000), Cunha (2005), Paim (2008, 2009); Mendes

(2011, 2012) Feuerwerker (2014); Merhy (1997), Werneck (2010; 2020) entre outros. Como já dito, os sentidos das narrativas foram trilhados com base no movimento do construcionismo social e o diálogo, nessa trilha, se deu mais diretamente, com diversas produções de: Bernardes, Medrado, Lyra, Méllo, Spink e colaboradores.

**No primeiro tópico da fundamentação teórica** discorremos sobre singularidades no Cuidado em Saúde de Povos Tradicionais de Terreiros de Candomblé, apresentando uma construção textual artesanal que partiu de uma revisão dialógica de literatura sobre cosmovisão, cuidado, saúde e corpo no candomblé. Aqui, dispomos sobre o **sistema de agregação social (familiaridade)** desse povo tradicional, a sua estruturação enquanto forma de resistência às opressões coloniais e escravistas, baseada na manutenção da ancestralidade, da reorganização familiar e da ligação religiosa. argumentamos, ainda, que os sentidos de saúde partem do equilíbrio e do corpo tridimensional, que é uma encruzilhada entre: físico, metafísico e limite entre o indivíduo e o mundo. Nesse tópico, apresentamos, também, dois itens ligados mais diretamente ao cuidado em Saúde (muito embora o cuidado seja coletivo desde as mãos divinas até as humanas nos processos de cuidado), a saber: Omolu cura todos da peste e Ossain (Orixá das Ervas medicinais).

Já no **segundo tópico da fundamentação teórica** abordamos sobre o racismo considerando que este envolve aspectos emocionais, socioafetivos, intelectuais, interpessoais e institucionais que sustentam uma inferiorização de um grupo sobre o Outro (esse posto como modelo), promovendo relações assimétricas de poder e discriminação sistemática com base numa suposta racialização. Expomos que esse sistema deu base ideológica para o desenvolvimento do capitalismo central, o qual foi forjado por meio da exploração decorrente do colonialismo e que deixa, como herança nas ex-colônias, o mecanismo da colonialidade, ou seja, a supervalorização do modo de vida e da estética do colonizador. Este processo molda linhas abissais, que são invisíveis mais demarcam lugares visíveis de desumanização de grupos marginalizados. Advogamos que, no contexto brasileiro, algumas dimensões

(ideologia, política, economia e direito) dão substância (régua e compasso) para a estruturação do racismo.

Ainda no tópico dois, **acrescentamos um debate sobre o racismo** ser mantido, no Brasil, de modo ***paraestrutural***, ou seja, fora da estrutura jurídico-política e dentro das práticas e vontades, como uma força interna de uma forma coletiva, resquícios do modo pouco institucional de gestão do Brasil-colônia organizado em torno de latifúndios familiares e da casa-grande senzala, restando ajustes atualizantes desse modelo após a Proclamação da República. Ressaltamos que de qualquer modo (estrutural ou *paraestrutural*), **o racismo a brasileira** é mascarado no mito da democracia racial, com discursos de encobrindo. Tratamos, também, sobre o racismo religioso enquanto uma engrenagem que não só oprime a vivência religiosa de religiões afrorreferenciadas, como cria mecanismos de barreiras de acesso ao sistema único de Saúde e demais políticas públicas sociais, bloqueando o gozo da garantia de direitos fundamentais.

Na sequência, no **terceiro tópico da fundamentação teórica**, olhamos especificadamente para o Sistema Único de Saúde enquanto uma política pública social redistributiva resultante do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, na qual se defende conceito ampliado de saúde (não sendo apenas a ausência de doenças) e se positiva na Constituição Federal e na Lei 8080/90 os princípios doutrinários, a saber: universalidade, integralidade e equidade. Para tentar engendrar a concretização desses, algumas diretrizes e marcos regulatórios são programados, tais como: propositura do modelo de clínica ampliada, ferramentas tecnológicas (tecnologias leves, leves-duras e duras) e a conformação das redes de atenção à saúde (RAS).

Para tentar atender ao **princípio da equidade, foi elaborada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)** sobre a qual conversamos no tópico terceiro do referencial teórico. Na ocasião dispomos sobre políticas de focalização ou de equidade, indicadores de acompanhamento, escassez de implementação e implementação setorial. Expomos sobre a Saúde da população de terreiro ser agrupada nessa política.

Enquanto **último tópico da fundamentação teórica**, discorremos sobre algumas respostas que o Estado Brasileiro vem apresentando para demandas que atravessam as iniquidades vividas por Povos Tradicionais de Terreiro de Candomblé, organizando a exposição em marcos legais indicativos de políticas públicas dos tipos: regulatórias, distributivas e redistributivas. Problematizamos, que mesmo havendo publicações positivadoras de garantias legais, a subjetivação do racismo em âmbitos interpessoais e institucionais, são barreiras de efetivação dos direitos fundamentais assegurados legalmente.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Partindo do **objetivo geral de analisar a oferta de cuidados em saúde pública para membros de comunidades tradicionais de regiões de matriz africana**, tecemos uma fundamentação teórica que julgamos necessária para nos dar sustentação ao diálogo entre autores, teorias e nossos/as interlocutores/as.

A **trilha** que compomos passou pelo diálogo sobre particularidades no modo de vida e na cosmovisão de corpo, cuidado e saúde de povos de candomblé para termos subsídios de reflexão sobre a necessidade de uma política de saúde integral para a população negra, na qual, haja espaço para a garantia da saúde para povos de terreiro, considerando, inclusive as interferências do racismo religioso no âmbito institucional de oferta de cuidados formais.

Como o **cuidado em saúde em sistema formal** jamais pode ser discutido fora do seu território e de seu contexto sócio-histórico-cultural, fiamos, inicialmente, linhas reflexivas sobre o cenário brasileiro, partindo das marcas do colonialismo, da colonialidade e do racismo, sobretudo o institucional e o religioso. Ainda ponderamos ser necessário entrelaçarmos uma abordagem teórica sobre o sistema único de Saúde enquanto política pública brasileira e a sua organização institucional com base nos pilares dos seus princípios doutrinários. Esses fios nos possibilitaram pensarmos atravessamentos nos caminhos de cuidado de povos-de-santo no âmbito do SUS, principalmente, os caminhos da comunidade específica que é parceira na pesquisa e que dialogou conosco no tópico dos resultados e discussões.

Para além da **política social da saúde**, baseados na literatura crítica aqui apresententada, compreendermos que cuidado em saúde é amplo e não se esgota em um setor ou em práticas de assistência, por isso, pensamos ser importante enlaçarmos no diálogo alguns marcos legais de resposta do Estado para demandas de povos tradicionais de terreiro.

Essas foram pistas teóricas pensadas para nos dar sustentação na caminhada e nas conversas específicas com um terreiro e com o setor de saúde pública a ele adscrito, ou seja, foram nossas bases iniciais para sentirmos, junto com os interlocutores, algumas das suas particularidades, além do chão onde estamos pisando, os obstáculos que existem neles e os calçados necessários para enfrentá-los.

## 2.1 SINGULARIDADES NO CUIDADO EM SAÚDE: POVOS TRADICIONAIS DE TERREIROS DE CANDOMBLÉ

*Eu saúdo Exu, que deve ser louvado*
*Antes dos demais orixás.*

*Oduduwa Templo dos Orixás(https://www.facebook.com)*

Várias produções (tais como Araújo, 2013; Niel, 2017; Ramos, 2015; Silva, 2015; Malagrino, 2017) evidenciam que o **termo candomblé é polissêmico**. Quando considerado de origem Quibundo e Yorubá seria literalmente “Casa de negro”, sendo Kiandombe (do quimbundo – negro) e Ilê (do Yorubá – casa), ou ainda, do quimbundo candombe (dança com atabaques) com do Yorubá ilé (casa). Já quando considerado de Origem Bantu, designaria batuque, ligando-se a práticas de cura e revelação. Por mais que, em termos etimológicos, existam diversas designações, que podem estar relacionadas com as diferentes nações africanas escravizadas no Brasil, em termos sócio-históricos, há uma certa uniformidade em afirmar que é uma religião, com origem em matrizes africanas, trazida pelos povos africanos, provenientes de diversas regiões e escravizado no Brasil Colônia, que preservam costumes, tradições, histórias e uma cosmovisão (maneiras de ver e estar no mundo) afrorreferenciada, sendo, ainda resultante de processos de resistência e lutas pela manutenção da vida da identidade.

Em **linhas gerais, as singularidades da vivência dessa religião no Brasil**, envolvem, para além dos aspectos já citados, o sistema de agregação social, por exemplo, os sentidos de casa e família para os/as integrantes dessas comunidades, destaca-se: (1) as narrativas produzidas nos espaços sagrados do candomblé que remetem a atribuição de parentesco (Pai, mãe, irmão e irmã, avô, avô, neto, neta, tio e tia de santo); (2) a estruturação hierarquizada remonta a organização de sistemas familiares; (3) a figura da mulher como central nessa representação de familiaridade e cuidado; (4) A organização social remete a contextos domésticos, dando ao Terreiro o sentido de casa, de domesticidade (conjunto de engajamentos envolvendo agentes sociais no espaço privado da casa, incluindo atividades nomeadas como domésticas) e (5) o parentesco de santo que se configura como a rede familiar construída na feitura do noviço (Coutinho Iendrick, 2019; Flaksman, 2018).

Assim, é necessário reconhecer que a **diversidade de nações**, que são agrupamentos de cultos e práticas religiosas que possuem características distintas, mas que seguem a mesma base espiritual e filosófica da religião. Cada **nação do Candomblé** tem suas próprias particularidades em termos de rituais, cantos, danças, vestimentas e mitologia, mas todas reconhecem as mesmas entidades espirituais, chamadas Nkices/ Mukices, Voodons etc, que são deidades associadas a forças da natureza e aspectos da vida humana.

Ao dialogar sobre a família, a partir de sua experiência junto a terreiros de xangô pernambucano e candomblé fluminense no Candomblé, Rios (2010), por exemplo, informa que a reprodução social nos terreiros se importa com o nascimento de novas iaôs (esposas mais novas do orixá) pelos rituais de iniciação (feitura ou raspagem) que são feitos de modos diferentes, partindo de necessários arranjos sincréticos utilizados para conseguir preservar as religiosidades afrodiaspóricas.

Deste modo, o espaço sagrado, o Terreiro, não é apenas um lugar a ser frequentado, é simbolizado enquanto casa, é uma unidade social onde há a perpetuação da cultura afro-brasileira e de formação de novas gerações por meio da transmissão oral dos saberes ancestrais e que reúne a comunidade (fiéis e visitantes),

utilizando essa sabedoria em prol da vida e do cuidado. Diante disso, destaca-se que a senioridade é valorizada (o meu mais velho na linguagem cotidiana), pois quem tem mais idade, têm mais tempo de aprendizado e construção de saberes e a responsabilidade de formar as novas gerações. A idade aqui não se relaciona apenas ao tempo de vida, mas ao tempo de nascimento no Terreiro, a feitura, e ao convívio cotidiano no espaço sagrado. Ao falar sobre o Terreiro, Araújo (2013, p. 56), diz que:

> Este local, onde as cerimônias são realizadas, é a síntese do mundo, e por menor que seja o espaço-mundo, ele é espaço sagrado, tido como espaço familiar, princípio de equilíbrio para a existência. Esse espaço sustentáculo da religião é como uma célula-mãe da comunidade negra. Célula que se inscreve como princípio de equilíbrio para a existência na sociedade.

A **vivência da familiaridade no Candomblé** é central e potente enquanto mecanismo comunitário de resistência e cuidado. Para Silva (2015), alguns aspectos da cosmovisão africana, presentes no Candomblé, foram fundamentais para que os povos escravizados se reestruturassem e resistissem, mantendo as suas origens. A saber: (1) o reagrupamento em famílias, mesmo que pela via do simbolismo, partindo da coletividade e ancestralidade e (2) a relação ecológica entre o ser humano e o universo, de onde vem a força vital e de onde todos os seres fluem. Essas relações são perpassadas pelo respeito e pelo cuidado que adquirem epistemologias diferentes das ocidentais.

**O cuidado no Candomblé** envolve um corpo que é tridimensional: físico, mental e espiritual e que tem a sua origem divina ligada aos elementos terra, fogo, água e ar. Um dos itãs (mitos) da criação do Universo diz que Olodumare (deus supremo), designou a Oxalá que criasse o homem para habitar o mundo. Este, por sua vez, chamou os Orixás para criar o corpo humano. Ogum trouxe o ferro, mas era duro demais para modelar. Já a água de Oxum era fluida demais para modelar. Então, a morte (Ikú) entregou a Oxalá a matéria adequada, uma mistura de terra e água. Depois que Oxalá modelou o corpo, viu que para torná-lo firme precisaria secá-lo, então usou o fogo. Após esse processo, levou o resultado para Olodumare. Mas este

o achou muito imóvel, e decidiu soprar nas suas narinas o emi (sopro divino), o ar. Assim, a vida foi criada. Oxalá foi recompensado sendo chamado de pai de todos os seres humanos e a Iku foi prometida a devolução da matéria-prima que ela forneceu, sendo restituída cada porção após a morte de cada pessoa. Já emi, por ocasião da morte, se desprende e Iansã que o leva para se fundir a natureza. (Silva, 2015; Prandi, 2003).

Assim**, o corpo** não sendo simbolizado em uma perspectiva dualista cartesiana (mente-corpo), as formas de cuidado assumem a necessidade de equilíbrio, de serem multifacetadas e conectadas diretamente ao sagrado e as forças da natureza (terra, água, fogo, ar), a quem o ser humano é integrado. Teixeira (2009), diz que o Corpo pode ser lido como uma encruzilhada entre: físico, metafísico e limite entre o indivíduo e o mundo.

> Essa composição torna, pois, todo corpo também divino. Traz também em si a ideia de que o homem é parte indissolúvel da natureza de onde veio, vive e retorna. Funda a noção de interdependência, já que nenhum dos elementos isoladamente se prestou à modelagem do corpo. Assim, alude que uma vida plena depende fundamentalmente do equilíbrio entre todas essas partes. (Silva, 2015, p. 35 – 36.)

Percebe-se, portanto, que **o equilíbrio** é central na noção de cuidado com a saúde numa simbolização afrorreferenciada e que a conexão com o sagrado por meio do fortalecimento da relação com suas divindades é essencial. Diz-se que nesse equilíbrio o corpo fica fechado, mas pode ser aberto, quando há um enfraquecimento nesse contato com o Orixá, podendo fraquejar e haver manifestação de doenças. Assim, o corpo “se torna o prolongamento do próprio Orixá” e “recaem” nele interditos ou quizilas que devem ser observadas pelo filho de santo para a manutenção do almejado equilíbrio” (Silva, 2015, p. 37.)

Outro aspecto importante no candomblé, enquanto **cosmovisão afrorreferenciada**, e que se reflete nas formas de cuidar e viver do seu povo é a noção da vida para ser feliz no aqui e agora, sem esperar para que isso aconteça somente na realização de uma promessa pós-morte. Assim, há uma afirmação do mundo, sem

rejeitá-lo ou mudá-lo em busca de uma perfeição, há um investimento nas relações no momento presente, sendo importante destacar as relações entre: fiel e seu santo, fiel e seus parentes de santo, fiel e a casa de candomblé, ou seja, a comunidade. (Prandi, 1991)

Nisso**, a saúde, no candomblé**, está ligada diretamente à vivência equilibrada e comunitária no mundo. Portanto, extrapola absolutamente as questões sintomáticas e a nosologia das doenças. Abrange questões ligadas à identidade, relacionamentos, convívio social, garantias de direitos, relação com o sagrado, harmonização com a natureza e suas energias, vivência do *Axé*.

Rios (2010) acrescenta que Axé é uma categoria semântica muito difícil de ser definida, por ser um termo polissêmico. Prandi, 1991, P.103, corrobora com essa afirmação e diz que de modo geral se relaciona “com força vital, energia, princípio da vida, força sagrada dos orixás” e está presente nas folhas, em partes sagradas dos animais, sementes e frutos sagrados, na benção, na senioridade, na ancestralidade.

> Assim sendo, falar de saúde não é dizer como se devem remediar as doenças. A saúde é o aspecto mais visível dessa integração, que jamais é dada de uma vez por todas, mas é um processo constantemente refeito de trocas entre princípios vitais na articulação dialética. (Araújo, 2013, p.77)

Entretanto, é sabido que **muitas pessoas chegam ao Candomblé** na busca por cuidados relacionados a agravos em saúde, sendo as doenças responsáveis por um número significativo de buscas. Mas estas, para o candomblecista, não costumam ser consideradas somente físicas ou espirituais, assim, as pessoas podem ser tratadas ao mesmo tempo por lideranças religiosas e clínicos, como podem fazer uso ao mesmo tempo de chás, benzimentos, orações… e de remédios alopáticos. Nesse sentido, a **medicina biomédica** não precisa ser invisibilizada para que o cuidado em saúde no Terreiro aconteça, muito embora, geralmente, nos sistemas formais de saúde exista o discurso do menosprezo ou aniquilamento das práticas ditas enquanto informais de cuidado. Assim, a **lógica do cuidado nos Terreiros** tem potencial de ultrapassar o entendimento da linha abissal do pensamento moderno de colonialidade,

tornando-se um lócus de resistência na oferta de cuidado afrocentrado. (Araújo, 2013; Niel, 2017; Ramos, 2015; Silva, 2015; Araújo e Repetto, 2016; Quijano, 1995; 2009; Mbembe, 2014, 2018; Fanon, 2008; 2021).

Compreender o **cuidado em saúde** como uma vivência central dentro dos Terreiros de candomblé é perceber esse espaço sagrado de modo integral. Diria que não se trata de cuidado em saúde, mas apenas de cuidado, pois compartimentar o cuidar e o ser humano não faz parte de uma cosmologia afrorreferenciada. Contudo, a construção do saber de modo fragmentado e colonial está tão presente na forma de construção do saber acadêmico, que se torna difícil pensar cuidado e saúde sem departamentos, por mais que se tenha um discurso institucional, nos SUS, de redes de atenção como forma de ligação. O esforço do discurso da interdisciplinaridade-transdisciplinaridade se esvazia na concretização da integralidade na vivência cotidiana e fluída do cuidar nos Terreiros por intermédio da oralidade (Macedo *et al*, 2017A; Macedo *et al,* 2017B; Macedo e Bernardes, 2019; Coutinho Iendrick, 2019)

Um outro aspecto importante de ser conhecido no candomblé, diz respeito a simbologia doença-cura. Um dos itãs (mitos) que fala sobre doença e cura, conhecido pelo título: Omolu cura todos da peste. Quando Omulu tinha uns doze (12) anos, saiu de casa para fazer a vida e foi procurar emprego, mas ninguém lhe deu. Então precisou pedir esmolas, mas, também, ninguém lhe dava. Então, com um cachorro que sempre o acompanhava, foi para o mato, tentar sobreviver comendo frutas, folhas e raízes. Contudo, ficou coberto de chagas, devido às feridas causadas por espinhos e picadas de mosquitos. O cachorro lhe confortava, lambendo-lhe as feridas. Mas, um dia, quando dormia, ouviu uma voz dizendo “está pronto. Levanta e vai cuidar do povo”. Percebeu que não havia mais feridas em seu corpo, então, ele se levantou, pegou as cabacinhas, os atós, onde guardava os remédios que aprendeu a usar na floresta, agradeceu a Olorum e partiu. Chegando à cidade, cuidou e curou muitas pessoas com peste e pio, inclusive os/as que antes lhe negaram até mesmo água para beber. Com o Xarará (vassoura feita de fibras de coqueiro) varria a peste para fora da casa, para que ela não infestasse outras pessoas da família. Todos passaram

a festejar a sua presença e chamá-lo de Obaluaiê (Senhor das Terras). (Araújo, 2013; Prandi, 2003)

Neste *itãs*, Araújo (2013) destaca que Omolu (Orixá da Saúde), dá um exemplo de humildade cuidando e curando as pessoas que um dia lhe fizeram mal. Ressalta que a doença causa marcas na biografia das pessoas e podem terminar culminando em reorientações de valores e projetos de vida, inclusive atingindo questões sociais. Esse fato é muito representativo de pessoas que buscam o Terreiro na esperança de encontrar a cura de uma doença, pessoas que às vezes já trataram esse espaço com discriminação e estigmas, contudo, independente disso, costumam ser recebidos e cuidados no Terreiro.

**Imagem 01:** **Obaluaê/ Omolu**

**Fonte:** https://candombledabahia.wordpress.com/2012/08/10/obaluae-omolu

Além do Obaluaiê, é designado o tratamento de saúde a outro Orixá, Ossain (Orixá das Ervas medicinais), que conhece a cura e os mistérios da vida, que sabe o segredo de todos os Banhos, chás, infusões, pomadas, Abô, beberagens. Ele não fala, quem fala por ele é *Aroni* ou *eyè* (Pássaro) que pousa na sua cabeça. Os segredos de Ossain são valiosos. Cada folha tem os seus ofós (cantigas) e o seu Axé (poder divino de cura). Sem esses conhecimentos as ervas não funcionam. Os preparos e os manejos com as ervas não podem ser feitos por qualquer pessoa, por

isso, muitas vezes são feitos em espaços reservados. Carregam em si, grande energia e exigem rituais específicos. Considera-se que o manejo inadequado causa danos (Araújo, 2013; Prandi, 2003)

Os **conhecimentos sagrados** dependem da transmissão da oralidade, faz parte de um patrimônio imaterial valioso e sigiloso, que é dado gradativamente no cotidiano dos Terreiros. Esses saberes são preservados e o segredo deve ser respeitado por todas as pessoas fiéis ou não da religiosidade. Há uma história acadêmica violenta de desrespeito e apropriação inadequada de saberes preservados, sendo este mais uma forma de sequestro eucêntrico e de epistemicídio.

**Imagem 02: Ossaim**

**Fonte:** https://candombledabahia.wordpress.com/2012/08/10/ossain-ossanha/

Em relação a doença e a saúde, apoiadas no fundamento do Axé, existem multiplicidades de terapêuticas para restabelecer o equilíbrio, que mesmo se manifestando por meio de uma doença de ordem física, existirá um suporte de uma dimensão espiritual, como por exemplo: não cumprimento de obrigações, influências de espírito desencarnados, ação negativa de pessoas encarnadas. As **terapias** podem ser várias: *ebó, bori*, ervas, folhas, banhos, benzeduras, beberagens, limpeza do

corpo e do espírito, aconselhamentos, acendimento de velas, imposição de mãos (Pinezi e Jorge, 2014, Mota e Trad, 2011).

Dito deste modo, percebe-se que os cuidados com saúde nos Terreiros não são complementares, são os principais, haja vista que na doença sempre tem um desequilíbrio e uma dimensão divina. Partindo dessa epistemologia, os cuidados complementares em saúde são os ofertados em serviços tidos como formais, incluindo os das políticas públicas no SUS. Para o povo de Santo, não há nenhuma hesitação em usar o sistema complementar dito formal.

**As estratégias de cuidado em saúde em terreiros** assumem modos coletivos e comunitários, haja vista que a própria construção das divindades nessa religiosidade é de noção coletiva. Por exemplo, sendo o *Omulu/ Obaluaiê*, o Orixá da saúde, precisa que o culto seja aberto com Exu, o mensageiro e ainda, as ervas que curam são de sabedoria de *Ossaim/Ossain* que fala através de *Aroni* ou *eyè*, pássaro que pousa sobre a sua cabeça. Mas, apenas Omolu com o *xarará*, pode varrer a doença da Terra. Portanto, o princípio da vivência e da construção coletiva estão na fundamentação do candomblé e se concretizam nos seus modos de vida e de cuidado.

Como já dito, na **cosmovisão afrorreferenciada**, as elucidações sobre o viver se pautam em epistemologias de interligação comunitária, assim, o cuidado e suas estratégias acontecem na coletividade, então o culto e os preparativos dependem de muitas mãos humanas e divinas, mas não excluem as necessidades, complementares, de cuidados nas redes de saúde oficiais, cabendo a essa rede, a gestão e aos/às trabalhadores/as da saúde usarem estratégias de acolhimento adequadas às singularidades de todos os segmentos populacionais.

Como já refletimos, os modos de vida do povo-de-santo são envoltos de cosmovisão e de estéticas de matriz africana, portanto, marcadas pelo racismo que se torna estruturante das relações e da organização social do capitalismo (desde a sua origem) e por fragmentar os povos categorias superiores e inferiores e os territórios em dominantes e dominados. Nisso, Lima e Valla (2004, p.403) dizem que tanto o preconceito quanto o racismo “parecem ser tão antigos quanto são as relações

assimétricas de poder entre os homens e a concomitante necessidade de justificação dessas relações", sendo sempre vistos de um âmbito xenofóbico, como sendo um problema do outro. Assim, como o racismo está inscrito no âmbito das relações, pode interferir nas relações formais de cuidado em saúde. Porém, compreendemos que mesmo partindo de uma mesma base, cada localidade teve particularidades nas disputas e avanço do racismo, de acordo com contextos de cada território, inclusive se colonizador e colonizado e que tipo de colônia. Portanto, faremos um olhar para o racismo à moda brasileira.

## 2.2 RACISMO: ENGRENAGENS (IN)VISÍVEIS DE ESTRATIFICAÇÃO RACIAL MARCANTES EM RELAÇÕES INTERPESSOAIS E INSTITUCIONAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO

> *Se há uma lição que podemos aprender com a luta contra o racismo, tanto em nosso país quanto no seu, é que o racismo precisa ser conscientemente combatido, e não discretamente tolerado. (Nelson Mandela, 2013, sp)*

Fanon (1980, p.45), apresenta um **conceito para racismo** que vem ao encontro do diálogo feito aqui ao afirmar que este se configura como "explicação emocional, afetiva, algumas vezes intelectual" da inferiorização de um grupo sobre o outro.

Em consonância, **Almeida (2019)** define o racismo como uma forma de discriminação sistemática, fundamentada na raça e manifesta em ações conscientes e inconscientes, mas que resultam em privilégios e desvantagens para indivíduos, dependendo do grupo racial que ele pertença. Cabe, então, discutir como essa estruturação foi forjada histórica, econômica e socialmente partindo da colonização europeia. Vale ressaltar que, recentemente, surgiram denúncias e controvérsias envolvendo o nome do filósofo Silvio Almeida, as quais devem ser avaliadas e julgadas à luz da legislação brasileira. Entretanto, tais controvérsias não se referem diretamente à sua produção teórica, a qual estabelece diálogos significativos com

outros autores abordados nesta tese. Diante disso, optamos por manter sua inclusão em nosso texto.

Pode-se dizer que colonização é uma prática na qual o povo de um território exerce domínio sobre outro e o seu povo, abrangendo dimensões políticas, culturais, financeiras e religiosas (Assis, 2014. Quijano,1995). No Brasil, ele ocorreu de modo vasto e violento a partir do século XVI, com as grandes navegações e promoveu a centralidade valorativa nos modos de vida europeu.

Com o processo de invasão e exploração, feito pela Europa em outros continentes, se vai construindo uma racionalidade que desloca os diferentes dos europeus para um lugar de subalternidade, afirmando um conceito de raça, que desemboca na crença de seres superiores e inferiores (racismo), atribuindo o *status* de humanidade apenas o homem branco, a quem os valores socioculturais são postos enquanto modelo. A permanência desses valores na centralidade da vida do povo colonizado, após a saída da dominação territorial e política do colonizador, chama-se de colonialidade (Assis, 2014. Quijano,1995). A colonialidade dar base para a permanência e atualização do racismo no mundo.

Quijano (1995) argumenta que a suposição de raças humanas e a identidade racial foram postas como classificação social Básica da população na modernidade, sendo forjadas referências a falseadas estruturas biológicas diferenciais que justificariam a inferioridade de alguns povos, os nativos dos territórios dominados, arrastando a ideologia, dessa dita inferioridade, não apenas para o fenótipo, mas para todas as suas formas de viver, incluindo língua, costumes, religiosidades. Nesse arcabouço, a ideia de raça enquanto estrutura biológica, se articulou com outro eixo central, o controle do trabalho, dos recursos e dos produtos nas colônias, que resultou na colonialidade do poder e em diversas formas de opressão contemporânea.

Tanto na colonização, quanto na colonialidade que permanece até hoje, há linhas invisíveis que separam e classificam os seres e denotam uma racionalidade, o pensamento abissal. Essas linhas invisíveis justificam as separações visíveis e a consideração de desumanidade e de invisibilidade aos que estão do outro lado da linha forjada pelo dominador. A não humanidade ou sub-humanidade justifica todas

as formas de genocídio e de epistemicídios. Essa engrenagem é central na perpetuação do racismo e do branqueamento, que mobiliza mecanismos de negação de aspectos culturais, linguísticos e religiosos da negritude (Quijano, 2009; Mbembe, 2018, Fanon, 2008; 2021, Santos, 2009).

Assim, **o racismo** foi ideologicamente construído como pilar estruturante para o sistema capitalista, sendo os países africanos e americanos fontes de produção de riquezas, de mão de obra e de conhecimentos que foram explorados e apropriados como necessários ao desenvolvimento do capitalismo central na Europa. Assim, a perpetuação das iniquidades sociais ganhou contornos justificáveis, à época, e que se atualizam, hoje, em diferentes argumentos, tais quais a falácia de que todos lutam em condições de igualdade e que conseguem sobreviver com dignidade quem tem mérito por ter lutado o suficiente, o mito da meritocracia. Outra falácia, alicerçada no Brasil é o mito da democracia racial, no qual se acredita não existir racismo e por isso não ser preciso problematizá-lo e nem serem necessárias políticas reparatórias e afirmativas (Gonzales 1983; Gonzales, 2008; Nascimento,1978.; Nascimento, 2002; Almeida, 2019). Em consonância, Sodré (2023) discute a sociedade do encobrimento, no sentido de uma formação social orientada para o apagamento do que houve antes do fim da escravatura. Essas conformações fazem parte da construção do racismo à moda brasileira. Esse mito serve a manutenção do racismo que se materializa por meio da discriminação, ou seja, de tratamento diferenciado a indivíduos de grupos raciais identificados.

**A discriminação negativa**, que gera prejuízos ao grupo discriminado, pode ser classificada em direta (ações de repúdio ostensivo a indivíduos ou grupos, tendo o motivo da condição racial como justificativa explícita, havendo intenção de discriminar), ou indireta (processo que ignora situações específicas de grupos considerados minoritários, desconsiderando diferenças sociais relevantes, impondo uma suposta neutralidade racial, gerando discriminações no âmbito do direito ou do impacto adverso). Como consequência dessas duas modalidades de discriminação, tem-se a estratificação social que afeta possibilidades de reconhecimento, sustento material e ascensão social (Almeida, 2019).

**As discriminações com base na raça**, no contexto brasileiro, remontam a colonialidade, pois o país foi marcado por longo período de colonização npo qual o genocídio de povos originários e a escravização de povos negros eram a tônica, desse modo fissuras tão profundas não podem apenas terem sumido após um marco legal da abolição da escravatura, que nem sequer criou mecanismos com objetivos de reparos e reestruturação das iniquidades. Portanto, a organização das relações sociais segue se atualizando em formas de sustentação do racismo tal qual forjado na colonização (desenhando invisivelmente linhas abissais) e atualizam formas de sustentação das desigualdades, havendo explicações emocionais, afetivas e intelectuais racistas, naturalizadas e mascaradas.

> O racismo é sempre estrutural, ou seja, de que ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Em suma, o que queremos explicitar é que o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea. De tal sorte, todas as outras classificações são apenas modos parciais – e, portanto, incompletos – de conceber o racismo (Almeida, 2019, introdução).

Dito isto, a raça, Segundo Almeida (2019) só pode ser compreendida conceitualmente sob um olhar relacional, pois se manifesta em atos que são concretos e que ocorrem dentro de uma estrutura social antagônica e conflituosa, resultando que o racismo estrutural (Ver esquema explicativo em apêndice 1) se desdobra em processo histórico e político.

Em se tratando do processo histórico, a especificidade da dinâmica estrutural do racismo liga-se à cada formação social de acordo com suas peculiaridades, podendo ter nuances diferentes em cada território. Já em se tratando de processo Político, a discriminação negativa sistemática de grupos sociais depende de poder político e se desenrola em duas dimensões: institucional e ideológica. No cerne da dimensão institucional o Estado usa meios repressivos, dissuasivos e persuasivos que, se ligam a dimensão ideológica, garantindo a incorporação do racismo e suas violências às práticas cotidianas na sociedade, tornando-as naturalizadas.

Já, Sodré (2023) considera que discutir o racismo no Brasil como uma questão estrutural tem um lastro de incidência política considerável, contudo, indica que seja uma definição equivocada em termos sociológicos, pois para ele, a definição de estrutural requer estruturas concretas e explícitas no aparato estatal de modo que as discriminações aconteçam exclusivamente para grupos estabelecidos. Assim, defende que após a Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro não editou nenhuma Lei explicitamente racista e que, pelo contrário, tem editado leis com escritos antirracistas. Pondera, ainda, que pela resistência do movimento negro, o movimento social mais antigo no Brasil, a queda da estrutura racista seria menos complicada do que a queda do racismo como é vivido atualmente, pois esse estaria no cerne das relações intersubjetivas e nas instituições.

Sodré (2023) faz uma **análise do contexto histórico brasileiro**, acrescentando que antes da Proclamação da República, não havia no Brasil, por parte das classes dominantes, um espírito burguês, assim a “empresa Brasil” (p.39) era o domínio da Casa-Grande, onde reinava o espírito fidalgo ou senhorial. A Casa-Grande detinha o poder de vida e de morte ligado à produção açucareira. Por conseguinte, entende-se que esse poder não fazia parte da soberania mais direta do Estado. Assim, por ocasião da Proclamação da República, que acontece por meio de um golpe, acomoda- se o aparelho do Estado à Oligarquia das famílias, deste modo, o sistema de patrimonialismo de compadrio foi combinado com o autoritarismo militar, podendo ser exemplificado na figura do coronel nordestino.

Essa análise o leva a propor que **no Brasil o racismo** permanece, e se atualiza, por uma *paraestrutura* (fora da estrutura jurídico-política e dentro das práticas e vontade, ou seja, por uma força interna de uma forma coletiva social), desse modo, muda o jogo (estrutura – legislações), mas as peças permanecem imersas em um imaginário escravista, ou seja, numa forma social hierarquizada mantida numa imagem ambígua baseada no imaginário da raça, configurando uma forma social escravista (Sodré, 2023). Essa forma se molda em condições de trabalho e acesso à direitos, promovendo naturalização de lugares privilegiados para uns e de lugares de

subalternização e opressão para outros. Esses lugares adquirem nuances específicas relacionadas á gênero e classe.

A realocação de peças, no imaginário e nas práticas sociais, e a manutenção das formas de relações escravistas singularizadas com questões de gênero e classe é discutido sob um prisma analítico-reflexivo por Lélia Gonzalez (1983, 2008), especialmente ao analisar o processo de racismo e discriminação racial vivenciado pela mulher negras no texto “racismo e sexismo na cultura brasileira”, onde ela faz uma análise interseccional de raça, gênero e classe. A autora discute a mulher negra, no Brasil contemporâneo, como representada em lugares de doméstica (ex “mãe preta”) e de mulata (ex “dama de companhia” e “mucama” para satisfazer os desejos sexuais dos senhores). Mônica Conrado (2020, p.74) acrescenta a importância dessa leitura social ao afirmar que: “não há possibilidade, depois de ler a Lélia, de pensar as desigualdades sem racializá-las e [igualmente sem] generificá-las”

Independente do entendimento sobre o racismo no Brasil ser estrutural ou *paraestrutural*, tanto Silvio Almeida (2019) quanto Muniz Sodre (2023), Gerreiro Ramos (1995), Abdias Nascimento (1978;2002), Neusa Souza (2021), Lélia Gonzalez (1983) e Suely Carneiro (2023) consideram a necessidade de um sistema ideológico que subjetiva e justifica a discriminação racial enquanto modos de viver no Brasil, e que mantém o racismo como naturalizado, designando lugares de estratificação social hierarquizado no qual a população negra sofre danos e perdas objetivas e subjetivas concretizadas nas relações interpessoais e institucionais.

Ainda na discussão sobre Racismo Estrutural (ver apêndice 1), Almeida (2019) apresenta que esse é formado por quatro elementos: (1) ideologia, (2) política, (3) economia e (4) direito. A saber:

- **Elemento 1, a ideologia**: ele discute que há um processo de constituição de subjetividades que conectam as práticas sociais dos indivíduos a ações, nem sempre conscientes, relacionadas ao racismo, portanto, há uma certa modulação inconsciente que sustenta o racismo de modo a naturalizá-lo socialmente e que se baseia em duas linhas: (a) construção de explicação “racional” que justifique a

desigualdade racial e (b) sujeitos que conseguem ficar pouco abalados sentimentalmente diante da discriminação existente.

- **Elemento 2**, a **política**: ele discute o biopoder e o exercício de soberania do Estado, tomando por mote as construções teóricas de Michel Foucault e Achille Mbembe (2014, 2018) respectivamente. Para Foucault (2010) a concepção de soberania muda a partir do século XIX, com a queda do sistema expansionista territorial, deixando de ser o poder de tirar a vida para ser exercida por meio do biopoder, ou seja, poder de suspensão da morte, de fazer viver e deixar morrer. Destacamos que o funcionamento e o acesso à assistência em saúde no Brasil podem ilustrar diretamente esse modo de soberania do Estado.

Então, para Foucault (1983, 2010), o racismo ocupa as funções de (a) criar uma linha divisória de fragmentação da humanidade designando raças inferiores, composta por pessoas más, que merecem morrer e assim, (b) designar pessoas com as quais haveria uma relação positiva com a morte, pois são imaginadas como perigosas e degeneradas, então a morte delas seria uma proteção para o outro e para ela mesma.

Já **Mbembe** (2014; 2018) ao relacionar **os conceitos de biopoder**, com estado de exceção e estado de sítio, acomoda o conceito de soberania na atualidade, que normativa o direito de matar baseado numa construção de um suposto estado de emergência e uma noção ficcional do inimigo, relações de inimizade, que leva a população a viver num estado de terror. Assim, **o racismo**, que estratifica pessoas, permite que haja conformação diante de barbáries, de negligência de políticas públicas e de mortes que têm, comprovadamente em dados estatísticos, como alvos pessoas negras.

Esse discurso é congruente com o pensamento de Suely Carneiro (2023). Ela enlaça ideias de biopolítica [1]e dispositivo[2] propostas por Foucault (1983, 2010)

[1] modo como o poder se desenvolve e controla a vida das pessoas e da sociedade, usando estratégias envolvidas em mecanismos biológicos, tais como a higiene, a alimentação, a sexualidade, a natalidade, a longevidade manipulando discursos sobre saúde, corpo, subjetividade, vida

[2] estratégias de relações de forças que sustentam tipos de saberes e são sustentadas por eles, forjando estruturas que relacionam o saber com o poder e o justificam

alinhando-as às discussões de Charles Mills (1997) sobre contrato racial[3] e propondo a existência de mecanismos de racialidade que vão construindo supostos saberes e se atualizando em cada contexto produzindo uma dualidade (positivo-negativo) tomando a cor da pele como referência e atribuindo a normalidade à brancura dispondo uma ontologia do ser e da diferença.

- **Elemento 3, a economia**: ele discute a estruturação com base na desigualdade que tem manifestações objetivas (perdas concretas e privilégios concretos para determinados grupos raciais) e subjetivas (fazendo com que a pobreza seja naturalmente atribuída como natural a determinados grupos raciais). Ressalta, ainda, que nem sempre as teorias econômicas da desigualdade analisam com amplitude questões raciais e quando o fazem, tendem a usar critérios, mesmo que pouco explícitos, de meritocracia e apontam a qualificação profissional como solução.
- **Elemento 4, o direito**: ele apresenta algumas concepções (justiça, norma, poder, relação social) e suas relações com o racismo. Discute que é no âmbito do direito enquanto relação social que podem ser pensadas e implementadas as políticas de ações afirmativas, as quais visam discriminar positivamente grupos subalternizados de modo que esses possam acessar direitos de modo equânime.

Contudo, destacamos que mesmo com o surgimento de políticas afirmativas, que são necessárias, ainda não podemos falar em um desmantelamento do racismo, pois ele vai se atualizando, do mesmo modo que o capitalismo, em diferentes cenários e momentos históricos. Lima e Valla (2004) nos séculos de exploração do trabalho escravizado e de colonização de indígenas, havia uma expressão aberta do racismo, refletindo as normas sociais do período, a saber: discriminação e exploração.

Já após a segunda Guerra Mundial, os mesmos autores apontam que em decorrência de lutas por direitos civis da população negra, libertação de algumas colônias europeias, espanto diante das consequências do nazismo, além da Declaração dos Direitos Humanos, forjam-se outras formas de manifestação do

[3] acordo não nomeado e implícito de hierarquia racial forjada antes mesmo do desenvolvimento da noção de raça ou racismo para dar sustentação ao dominio econômico da europa e à privilégios branco considerado como pessoa em detrimento do não branco considerado subpessoa

racismo que chega a parecer que está sendo extinguido, por haver atribuição de estereótipos positivos ao discriminado, contudo, o que passa a existir são novas roupagens e formas de expressão que por serem novas não deixam de serem perversas, apenas são remodeladas para caberem no cenário nas justificativas racionalizadas e objetivadas do contexto contemporâneo.

> No Brasil, uma análise cuidadosa das características positivas atribuídas aos negros indica uma nova e mais sofisticada forma de preconceito, uma vez que os estereótipos positivos aplicados definem ... papéis sociais específicos para este grupo. Podemos pensar que se eles são musicais, são também aptos para o ritmo e para a dança, se são fortes, estão aptos para o trabalho braçal, e se são alegres, não devemos nos preocupar com a sua situação social, pois nem eles têm consciência dela…(Lima e Valla, 2004, p.403)

Já, Lima (2019), partindo da psicologia social das relações intergrupais, enfatiza que o relativo avanço social, cultural e econômico das minorias no cenário do brasileiro, é seguido por um certo sentimento de nostalgia em relação ao passado e ressentimento em relação ao presente, despertando formas abertas e difundidas do racismo, ao que ele chama de retorno do reprimido. Essa configuração parece ser adaptada ao contexto de emergência de discursos populistas-conservadores que se expandem mundialmente e ganham voz nas disputas das eleições em 2018 no Brasil.

Então, um tempo após o período escravista, o racismo se moldou a uma forma brasileira de suposta cordialidade que ficou majoritariamente expressada até o início dos anos 2000, pautada no mito da democracia racial. Mônica Conrado (2004, p.96) afirma que:

> O mito da democracia racial ter teve efeitos desastrosos para os negros. Na sociedade brasileira atual, os mecanismos sociais, políticos e econômicos, ao produzirem desigualdades, têm nesse mito a “porta de entrada” ao tratamento dispensado às relações entre brancos e negros. De forma elaborada e dinâmica, no contexto das relações contemporâneas, o negro não compete, igualmente, com os brancos nas condições base muitas vezes tendência com saúde, moradia, é educação e trabalho.

Dessa forma, ela analisa que a pluralidade de cor na população brasileira, resultante da miscigenação, não pode ser entendida como havendo uma democracia

racial. O não acesso à direitos básicos é majoritariamente apresentado em dados estatísticos oficiais como prevalente nesse grupo racializado. Aqui destacamos a análise para o acesso equânime, universal e integral na política pública de saúde e destacamos a população de terreiro.

Portanto, reconhecer a existência do racismo no Brasil é uma das estratégias de enfrentamento, mas não a única, pois, como já refletimos, tal qual o capitalismo, o racismo encontra formas de adaptação em diferentes cenários. De acordo com Lima (2019), o reconhecimento da existência do racismo por parte do Governo Federal na década de 1990, e o início da criação de políticas afirmativas, principalmente de cotas em universidades, foi um dos fatores que influenciou na mudança das formas de manifestação do racismo, da mais velada para a mais explícita. Ele analisa que em momentos nos quais o status quo do grupo dominante está ameaçado, o racismo se apresenta de modo mais saliente. Do contrário, quando a dominação parece estável, a docilização, infantilização, caricaturização, supostas proteções paternalistas, discriminações sutis ou indiferenças são mais marcantes, pois o racismo estaria apenas a serviço da exclusão do grupo discriminado, mas, também a serviço da garantia de permanente inclusão e superioridade do grupo dominador nas relações assimétricas de poder.

Assim, o racismo em suas diferentes formas de manifestação, pode interferir na não concretização de políticas públicas, como é o caso do SUS, promovendo barreiras de exclusão no acesso para uns grupos e privilégios de ser a norma no acesso para outros. Uma das formas de opressão racista no Brasil é o racismo religioso, que engendrado ao racismo institucional pode criar discriminações negativas para povos tradicionais de terreiro, conforme abordado no tópico a seguir.

### 2.2.1. RACISMO RELIGIOSO: DIÁLOGOS SOBRE (IN)EXCLUSÃO EM SAÚDE PÚBLICA PARA POVOS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS NO BRASIL

Por vezes, **o racismo religioso** foi citado como intolerância religiosa, contudo, Fernandes (2021) aponta que tolerância significa indulgência, condescendência e que a intolerância se voltaria a atitude de inflexibilidade e intransigência. Ela diz que a intolerância estaria conectada à teoria da verdade, assim, a religião do outro não faria parte de um escopo possível de verdade e a intolerância partiria de uma rigidez cognitiva. Porém a teoria da verdade não se desconecta do poder político, portanto a relação dominante/dominado está presente nesse âmbito, pois uma pessoa só pode ser condescendente com alguém que hierarquicamente estivesse inferior em termos de relações desiguais de poder. Com o igual se negocia, com o desigual não.

Assim, para haver tolerância religiosa é preciso, antes, haver uma estratificação de poder pautada em características hegemônicas de dominação. É nesse ponto que a intolerância religiosa se torna um termo insuficiente para designar as violências voltadas aos povos de religiões de matrizes africanas e se aproxima do racismo, que por si só já tem o ponto de partida da criação de raças e na hierarquização de inferioridade e superioridade entre elas.

> O eurocentrismo, ao criar uma dualidade de mundo, civilização (europeu) *versus* barbárie (povos colonizados), promoveu heranças no imaginário social que marcaram até hoje a religiosidade de origem afro com a estampa da "raça" inferior e bárbara (FERNANDES, 2017, p.132).

**O racismo religioso contra religiões afro-brasileiras** se caracteriza por atitudes discriminatórias contra comunidades religiosas, seus adeptos, suas tradições, culturas, bem como seus espaços sagrados, causando violações de direitos constitucionais e de dignidade da pessoa humana. Ifadireó *et.al* (2020) acrescenta que a categoria racismo religioso está inserida na gramática do Racismo, pois está enraizada na questão da discriminação e do preconceito racial, de acordo com a Lei 7.716 de 1989 (Lei Antirracismo)." Ainda expõe:

> em muitos casos, as motivações políticas, ideológicas, étnico-raciais e religiosas são majoradas quando os pressupostos do Estado do Bem-estar Social não se encontram harmonizados com a ideologia da defesa social, corroborando assim, com a proliferação de ações que ferem princípios básicos– legitimidade, dignidade da pessoa humana, culpabilidade,

> finalidade, igualdade, liberdade e interesse social - garantidos pelo Estado Democrático de Direito (Ifadireó *et al*, 2020, p.95458)

Seguindo nessa reflexão, vemos que o racismo religioso interfere diretamente na garantia de gozo de direitos fundamentais das pessoas afetada por ele. Em consonância a esse diálogo, a cartilha Terreiros em luta: caminhos para o enfrentamento ao racismo religioso (Criola,2022, p.8) define racismo religioso como:

> conjunto de práticas violentas que expressam a discriminação e o ódio pelas religiões de matriz africana e seus adeptos, assim como pelos territórios sagrados, tradições e culturas afro-brasileiras. Violência física, psicológica, simbólica, xingamentos, constrangimentos, perseguições, perda do patrimônio e bens patrimoniais, depredação, invasão e/ou expulsão do território (favelas, bairros periféricos, bairros centrais, terrenos ou da sua propriedade), falsas denúncias de perturbação da ordem, exposição da imagem de religiosas/os/es para fins de ofensa à sua moral e ao seu caráter, em razão da sua religião e/ou crença…

Entretanto, **a discriminação religiosa**, de acordo com Ifadireó *et al* (2020), é crime, no Brasil, desde 15 de maio de 1997, com a Lei Federal 9.459. Porém, a legalidade e vigência desta Lei não tem causado o resultado impedir e diminuir a frequência de ataques, de terror e de crimes de ódio pautados no pertencimento e identidade religiosa contra fiéis e terreiros das distintas religiões de matrizes africanas e afrodescendente, tais como: Candomblé, Umbanda, Quimbanda, Catimbó, Jurema, Batuque, Ifá, Ngu'zu ê Kimbanda entre outras.

Podemos apontar que a base histórica do surgimento do racismo religioso, no Brasil, também é o colonialismo e que o seu desenvolvimento se moldam nas relações interpessoais partindo da crença, pautada na colonialidade, de que religiões negras são demoníacas e inferiores  e sustentada por um racismo institucional, no qual o Estado se colocou como agente de exclusão dessas religiões por meio de mecanismos legais impeditivos  ou por meio de omissões em se fazer cumprir mecanismos legais garantidores da liberdade religiosa (Araújo, 2018; Miranda, 2018). Então, as formas de opressão e exclusão direcionadas aos povos-de-santo são mais

evidentes e acontecem de modo mais frequente e intensificado do que as direcionadas a outras religiões não-cristãs.

No que concerne ao aparato da colonialidade, a captura dos orixás em um modelo de matriz cristã eurocentrada remete a simplificação das ações humanas em dois pólos; bem e mal. Prandi (2001; 2022; 2023) aponta que nesse suposto sincretismo, a figura de Oxalá foi assimilada à imagem de Jesus e que Exu foi jogado ao Inferno Cristão como sendo representativo do diabo. Acrescenta que os primeiros europeus a terem contato na África com o culto de Exu, orixá Yorubá, atribuíram a essa entidade as identidades de deus fálico greco-romano (Príapo) e do diabo dos judeus cristãos. Assim, aqui no Brasil, a atribuição do colonialismo que deixou heranças racistas de colonialidade, foi a associação de Exú a imagem do demônio e de generalização de todos os cultos de candomblé a uma suposta adoração ao mal.

Pierre Verger (1999, p. 119) diz que os primeiros missionários assimilaram Exu ao “Diabo e fizeram dele o símbolo de tudo o que é maldade, perversidade, abjeção e ódio, em oposição à bondade, pureza, elevação e amor de Deus" (Verger, 1999: 119). Ressaltamos, entretanto, que o diabo não é uma figura que compunha o rol de divindades das religiões de matriz afrorreferenciadas, especialmente o Candomblé aqui destacado e que Exú, nos sentidos vividos no Candomblé, é um orixá mensageiro, protetor dos caminhos, guarda das portas das casas.

Munanga (2020) diz que o processo de destruição das religiões de matrizes africanas inicia, antes mesmo dos escravizados pisarem no solo dos colonizadores, pois durante o tráfico já eram batizados, já tinham seus nomes trocados por nomes do calendário cristão, iniciando um processo violento de morte das suas identidades étnico-culturais. Ainda na travessia transatlântica, não podiam cultuar as suas divindades. Nas colônias de destino, havia implantação de leis e proibições policiais que os impedia de viverem as suas religiosidades de origem, visando promover um total desenraizamento religioso e cultural, que deixou traços (colonialidade) nos moldes de vida dos países que foram colonizados.

Esses aspectos de colonialidade se moldam aos trâmites institucionais, e assim,

> o campo religioso constitui um dos lugares privilegiados de atuação do que denominamos de racismo religioso, nas ações e omissões do Estado entendidas como racismo institucional, ou nas práticas discriminatórias e intolerantes de setores da sociedade… (Araújo, 2018, p.44)

Silva (2019) complementa essa reflexão ao considerar o mais recentemente nomeado de intolerância religiosa, no Brasil, surgiu no período colonial e deixou marcar no âmbito cultural e político-estatal até a contemporaneidade. Desse modo, comportamentos violentos envolvendo destruições de terreiros e ofensas a símbolos religiosos afro-brasileiros são registrados e vividos desde o final do século XIX como resultantes de preconceitos forjados pela Igreja católica e pelo Estado, que estigmatizaram ritos e símbolos ligando-os à criminalidade e ao diabo.

Desse modo, o Estado enquanto base de criação e sustentação do racismo religioso institucional engendra ações e omissões. Nesse âmbito, podemos citar mecanismos existentes nos códigos penais de 1890 até 1940, que promoviam aparato político de repressão. Em Alagoas, a repressão chegou ao ponto de os Terreiros fazerem o Xangô rezado baixo (rituais sem instrumentos de percussão). Destacamos, aqui, a obrigatoriedade de registro de Terreiros nas secretarias de segurança pública dos Estados, além de pedido de licença à autoridade policial e à prefeitura, para realização de cultos. Para a concessão da autorização era necessário o pagamento de taxas. Miranda (2018, p. 20) reflete que

> o racismo religioso mantinha-se ativo na discriminação e exclusão destas religiões, seja na insistência das perseguições ou até mesmo em uma prática de controle que subsistiu até 1976, a obrigatoriedade de um alvará de funcionamento que era feito junto a Delegacia de Jogos e Costumes, da Secretaria de Segurança Pública, para celebração de cultos públicos, entretanto, esta licença nem assim era garantia de proteção, pois para exercer os cultos tinham que comunicar o dia e horário a polícia, bem como à apresentação de testes de sanidade mental do responsável pelo culto, mediante realização de exames psiquiátricos, de escolha do órgão governamental.

Aqui percebemos um entrelace institucional do racismo religioso em setores diversos, que no caso da obrigatoriedade de realização de exames psiquiátricos conta

com a suposta conivência do setor de saúde pública designado pela secretaria de segurança. Assim, mesmo não havendo a inserção de um controle criminal, há a inserção de um controle científico de profissionais de medicina e psicologia em hospitais psiquiátricos (Braga, 1995).

Assim, no setor público de saúde, **o racismo institucional** pautado no racismo religiosos assume nuances de inclusão em espaços de controle e de exclusão em espaços de cuidado. No caso, do direito à saúde. A cartilha Terreiros em luta: caminhos para o enfrentamento ao racismo religioso (Criola, 2022, p. 4), discorre que:

> O racismo contra as religiões de matriz afro-brasileira é uma prática histórica, fruto de um projeto sistemático e estrutural brasileiro. A despeito da existência de vários dispositivos legais, legitimados pelo conjunto de leis e políticas brasileiras, a defesa da liberdade religiosa não é realidade para nós, povos de terreiro, que continuamos sendo destruídos por ações que promovem o apagamento da nossa cultura, a invisibilização dos nossos saberes e o não reconhecimento da nossa existência. Os adeptos dos terreiros perdem o acesso aos seus direitos básicos por conta da violência…

Entretanto o SUS, implementado em 1990 e garantido na Constituição Federal de 1988, tem realizado diversos arranjos para tentar garantir a efetivação dos seus princípios doutrinários, a saber: integralidade, universalidade e equidade. Na efetivação desses, as pessoas de religiões de matrizes africanas, como é o caso do Candomblé, não podem ser atendidas de modo ineficaz e dissonante das suas necessidades e demandas. Para compreensão sobre como o Estado Brasileiro tem garantido ou não essa efetivação, vamos dialogar sobre a estruturação do SUS e depois nos voltaremos às informações produzidas na pesquisa que deu sustentação a esta tese, de modo a fazermos um enlace do preconizado com o vivido.

## 2.3 SISTEMA ÙNICO DE SAÚDE: INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE PARTINDO DA PROPOSIÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

> *A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. (CZERESNIA, 2009, p. 46)*

A **possibilidade de dialogar com a saúde** enquanto **política pública redistributiva no Brasil** é uma das conquistas de lutas do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Este manifestava-se em prol de um projeto de reforma social ampla, ou seja, como uma reforma geral, na qual se propõe várias reformas parciais (transformação de setores particulares, instituições ou sociais) visando transformação de toda a sociedade e promovendo a melhoria da qualidade de vida tendo a saúde como eixo de transformação. Assim, esse movimento não teve o objetivo, apenas, da concretização de uma política setorial de saúde, como é o caso da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), muito embora ele seja um dos importantes focos de reivindicação. Porém, em sendo a saúde considerada para além do paradoxo da doença, as condições de dignidade da pessoa estão incluídas nos processos reivindicatórios e no ideal de sociedade pensado por esse movimento (PAIM, 2008).

Assim as condições de saúde extrapolam o nível setorial dessa política pública, se dispondo a atingir um nível de organização social que predispõe uma reforma geral. Entretanto, isso jamais poderia acontecer sem abalos as estruturas sociais e econômicas postas que firmaram e mantém o capitalismo e os privilégios de alguns grupos no Brasil (PAIM, 2008).

A consolidação da saúde enquanto concepção ampla vai ganhando contornos de consolidação parcial e de adequação a modos conservadores. Não à toa, centra-se, quase que exclusivamente, nas questões econômicas das classes sociais, sem lançar olhares mais aprofundados para pilares que as forjaram e as sustentam, tais como raça e gênero.

> o movimento da Reforma Sanitária ...veria com estranheza um mundo movido através de constructos raciais, a saber: 1) longa tradição sociológica que opera com a categoria de classe social para tratar as desigualdades sociais; 2) tradições de esquerda cuja utopia socialista e nacionalista **não concebe atores raciais** ... ( MAIO E MONTEIRO,2005, p.440) Grifos nossos.

Mesmo a base popular do movimento de RSB sendo sustentada por mulheres e pessoas negras, a exemplo de movimentos feministas, de Movimentos Negros, tais como o Movimento de Mulheres Negras (MMN) a partir da década de 1980, o qual denunciava práticas racistas no controle de Natalidade e cobrava ações governamentais, sendo em 1990 responsável por conformar proposituras para a conformação do campo da Saúde da População Negra (Araújo e Teixeira, 2022). Ressalto que, farei reflexões mais específicas sobre a questão de raça/etnia, por estar mais relacionada ao objetivo desta tese.

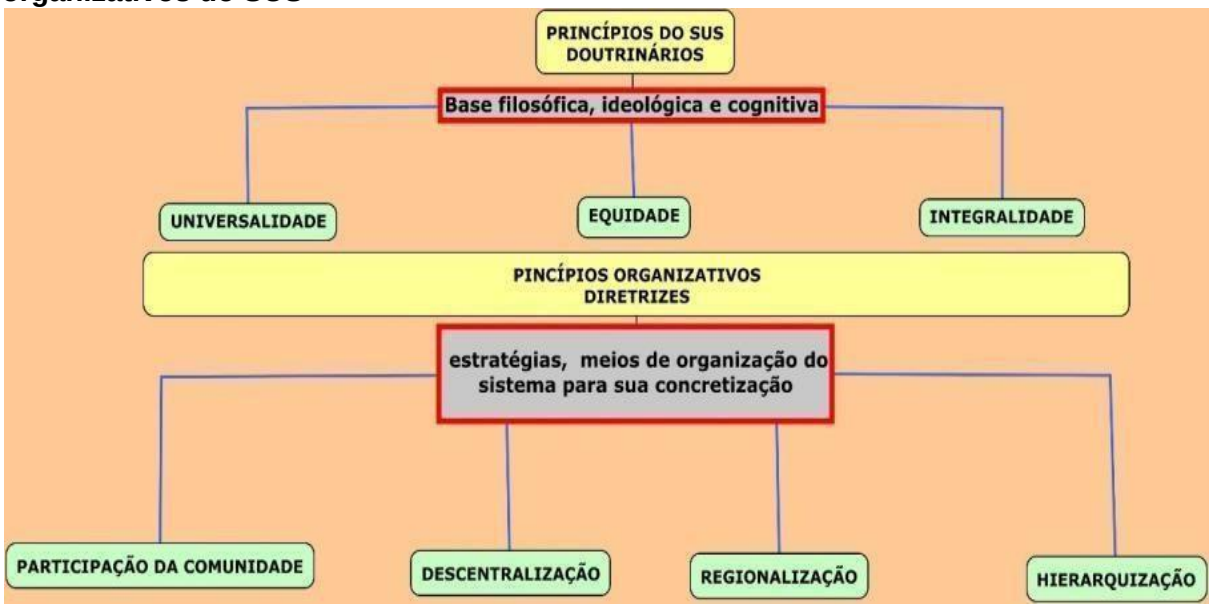
Contudo, a saúde, partindo da RSB vai abarcar condições de cidadania que envolvem determinantes e condicionantes, tais como explicitados na Lei 8080/90, a qual juntamente com a Lei 8142/90, é considerada Lei Orgânica da Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

> Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990, art. 3º)
>
> Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. ((BRASIL, 1990, parágrafo único, art. 3º)

**As Leis orgânicas da Saúde, 8080/90 e 8142/90** também discorrem sobre princípios doutrinários e organizativos do SUS, alguns princípios doutrinários (Universalidade, equidade, integralidade) e organizativos ou diretrizes (hierarquização, regionalização, comando único, descentralização, participação social).

Os princípios doutrinários correspondem ao núcleo comum de valores basilares ao Sistema, o horizonte ideológico de mudanças setoriais que foram pensados para a saúde na RSB e que caberiam ser um espelho de uma mudança geral na sociedade e nas formas de relação entre as pessoas. Nesse sentido, os princípios doutrinários trilham e resultam da escolha ideológica da sociedade brasileira na luta para legitimar e garantir esses valores, que se opõem a valores liberais, neoliberais, conservadores e segregacionistas. Já os princípios organizativos são diretrizes para que o sistema seja efetivado, apresentam caminhos para organizar e sistematizar o SUS, ou seja trilhas para a concretização dos valores expostos nos princípios doutrinários (Matta, 2007), conforme explicitado no esquema abaixo:

**Imagem 03: Esquema explicativo 01 - interrelação - princípios doutrinários e organizativos do SUS**




**Fonte:** Autoria própria, 2024

Nesse ínterim, as mudanças nas condições sanitárias previstas com a implantação do Sistema Único de Saúde, por meio da Lei Orgânica 8080/90, requerem não apenas ações intersetoriais, mas também a ruptura com ideologias conservadoras e individualistas, como as falsas meritocracias que sustentam

privilégios para alguns grupos em detrimento de outros historicamente subalternizados. Esse propósito é reforçado na proposição legal da política, em seus princípios doutrinários e em seu conjunto de valores.

### 2.3.1 UNIVERSALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

> *O sujeito universal é símbolo de privilégios acumulados, que o colocam na posição de superioridade, conferindo-lhe poder de determinar, até mesmo, a medida da universalidade dos direitos (Vaz, 2022)*

**A universalidade** está prevista desde a Constituição Federal (CF) de 1998 quando esta afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Falar de universalidade é ampliar o acesso de modo sem discriminações a toda a população de brasileiros ou estrangeiros que estejam no Brasil. **Universalizar** o acesso, portanto, não implica em universalizar os sujeitos.

> Universal é aquilo que se aplica à totalidade, que é válido em qualquer tempo ou lugar" ...Na lógica tradicional, uma proposição universal é aquela em que o sujeito é tomado em toda a sua extensão, isto é, inclui todos os indivíduos da classe considerada (Japiassú e Marcondes, p.191).

Assim, **universalizar sujeitos** implica em considerar que existe um modelo de existência humana e que o mundo se moldando a esse modelo satisfaz as necessidades de toda a humanidade. No cuidado em saúde isso remete a centralidade em um modelo de atenção biocentrado e normalizador.

Já **universalizar a política de saúde** implica em garantir políticas sociais e econômicas que objetivem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação, conforme disposto no artigo 196 da

Constituição Federal de 1988 na Lei 8080/90, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Dito isso, implica ressaltar que o acesso igualitário se torna inacessível quando as instituições que o ofertam estruturam-se em um sistema de privilégios para uns grupos sociais e opressão de outros grupos, como é o caso da opressão pelo racismo. Assim, nos moldes da sociedade brasileira o acesso universal e igualitário só é possível sendo mediado pelo princípio da equidade.

Dando continuidade às reflexões sobre universalidade, Matta (2007) afirma que ela rompe com o modelo seguro social que havia sido implementado no Brasil desde 1923 com a Lei Eloi Chaves, na qual previa que trabalhadores/as e empregadores/as financiavam as Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPS) e, portanto, apenas esses teriam o direito ao acesso a serviços de saúde vinculados a essas Caixas. O modelo de seguro saúde perdurou até 1990 sob os moldes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Cabe destacar que a Lei 8080/1990 que regulamenta o sistema de saúde no Brasil, rompeu legalmente com o modelo de seguro saúde e dispôs que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990, art. 2º) garantindo o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (Brasil, 1990, art. 7º). Deste modo, cabe ao Estado o financiamento da saúde enquanto direito universal. De acordo com Sousa (2014), aí se tem uma treta entre um modelo de política pública social-democrata (direito de todos, havendo uma recusa da saúde enquanto mercadoria) e o modelo liberal (acesso viabilizado por meio do mercado).

Menezes, Moretti e Reis (2019) ressaltam que a universalidade de políticas de saúde no Brasil é impactada pela gestão de recursos (não financiamento) do modelo neoliberal que é diferente do modelo liberal. Enquanto este último, em seu modelo clássico pede ao Estado para não intervir no mercado, ou seja, que deixe o mercado fazer (*laissez-faire*), no neoliberalismo a ordem de poder se inverte, tornando o mercado um padrão de regulação das práticas de governo para não o deixar fazer.

Na prática do financiamento em saúde isso implica em pouco investimento, cortes de gastos e congelamentos de recursos por meio legais e ao mesmo tempo imorais. Ou seja, os humores do mercado passam a controlar os investimentos governamentais em políticas sociais, o que reverbera sobremaneira na possibilidade de universalidade da saúde no que tange a cobertura e oferta de serviços.

Além das questões econômicas que dificultam a cobertura e oferta, a universalidade da saúde pode ser afetada por barreiras de acessibilidade. A acessibilidade aqui é empregada como sendo “o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde” (Travassos e Martins, 2004, P191).

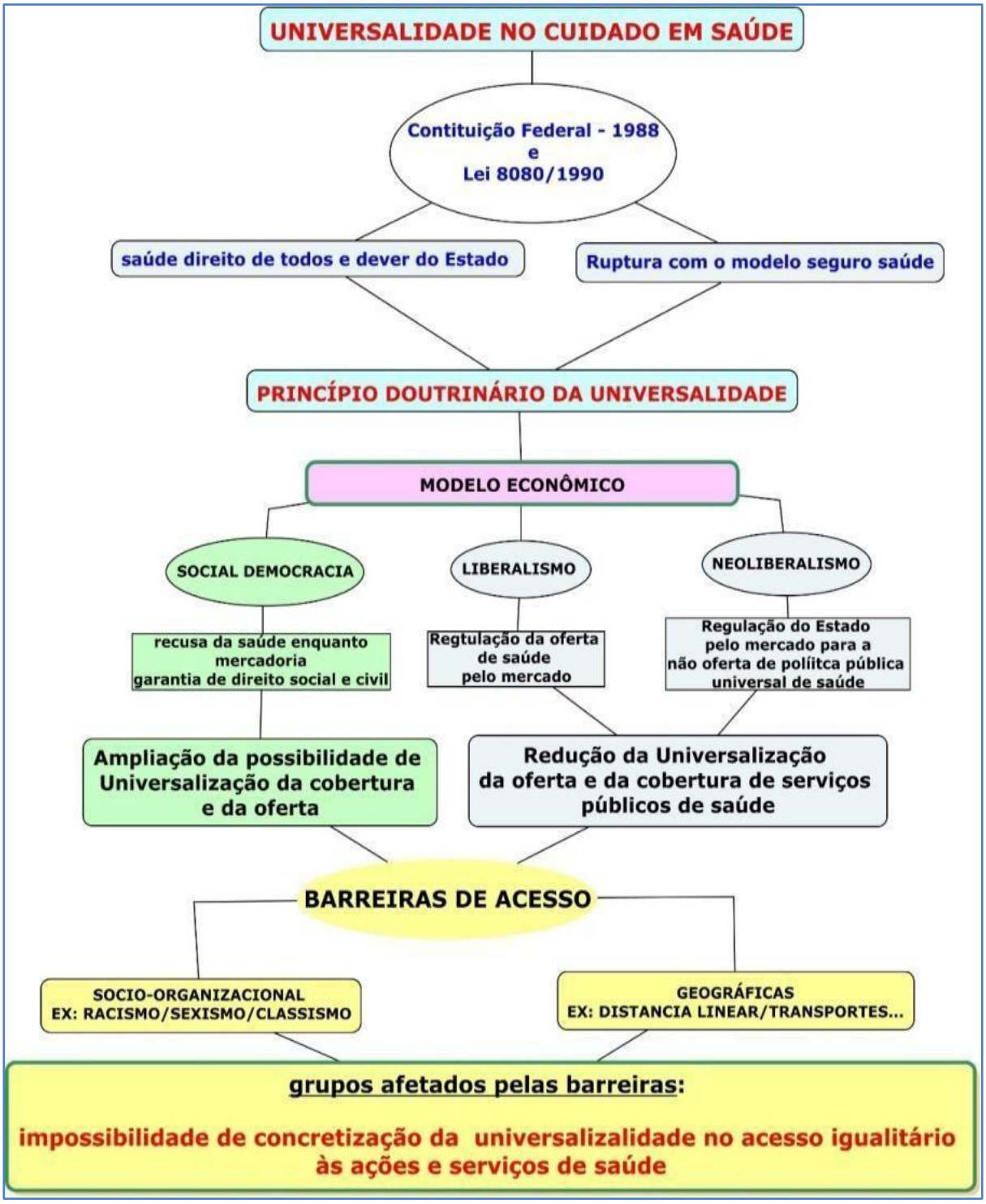
> Existem vários tipos de acessibilidade. Donabedian (1973) distinguiu o acesso sócio-organizacional do acesso geográfico. O primeiro inclui aquelas características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. Um exemplo...Preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social também são exemplos. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços (Starfield, 2002, p.226).

Partindo do apresentado por Starfield (2002) sobre barreiras no acesso sócio-organizacional e refletindo sobre o contexto brasileiro, pode-se pensar no racismo religiosos em âmbito institucional voltado às religiões de matrizes africanas como sendo uma barreira potencial para o acesso universal dessa população.

Corroborando com esse olhar, Buss *et al* (2014) e Buss (2019) afirmam que a existência de cobertura não garante o acesso universal seja efetivo de modo atender as necessidades da população ou gerando condições de acolhimento capazes de promover a busca pelos serviços sem barreiras sócio-organizacionais de raça e gênero. Indicam, ainda, que essas barreiras precisam ser superadas para que o acesso seja universal. Independente do modelo econômico, as barreiras de acesso ou acessibilidade comprometem a universalidade da política de saúde. Diante do exposto, tenho pensado os sentidos da universalidade no SUS conforme o desenho do esquema explicativo 02.

Por conseguinte, advogamos que, independentemente do modelo econômico, as barreiras sócio-organizacionais, que são vividas no âmbito institucional e das relações, causam impedimentos da concretização do princípio da universalidade enquanto garantia de acesso igualitário a todas as pessoas. Ressalto que questões de subalternização relacionadas à gênero e raça são marcadores da construção sócio-histórica brasileira e que uma não especificidade de olhar e estratégias na oferta de políticas públicas para essas questões promovem exclusão invisibilizada. Essas invisibilidades e ineficiências em Políticas públicas de garantias de direitos parecem engendrar colonialidade a brasileira, sendo o acesso aos direitos marcados por uma lógica racista-escravocrata, na qual os textos legais garantem algo que no cotidiano não é efetivado. Assim, essa lógica, ao mesmo tempo, legitima, de forma direta ou indireta, essas relações e acessos, na medida em que certos corpos devem ser cuidados, enquanto outros são marginalizados.

**Imagem 04: Esquema explicativo 02 - sentidos da universalidade no cuidado em saúde**




**Fonte**: Autoria própria, 2024

Por fim, ressalto que a Universalidade enquanto princípio do SUS baseia-se no direito enquanto sendo universal, sendo acessado sem barreiras, e não nos sujeitos enquanto desprovidos de singularidades e nem no cuidado em saúde sendo ofertado de modo universalizante das pessoas. Tanto é que ao lado do princípio da universalidade, como nos diz Faustino (2017) e não antagonicamente, são colocados os princípios da integralidade e da equidade.

### 2.3.2 EQUIDADE OU IGUALDADE NO CUIDADO EM SAÚDE?

> *Uma mulher negra diz que ela é uma mulher negra. Uma mulher branca diz que ela é uma mulher. Um homem branco diz que é uma pessoa. (Grada Kilomba, 2016)*

Paim (2009) aponta que o princípio definido em lei é igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, acrescentando que nos textos tanto da Constituição Federal quanto da Lei 8080/90 não existe a palavra equidade e que este termo seria ambíguo, junto com o termo discriminação positiva, e que ambos partem de organismos internacionais que não são apoiadores de políticas de saúde universais. Ele acredita que o texto legal envolvendo a palavra igualdade já é suficiente para permitir que dados epidemiológicos sejam usados para estabelecimentos de prioridades, orientações e alocações de recursos públicos no âmbito do SUS.

Matta (2007) ao discorrer sobre o texto constitucional reflete que a preocupação do texto parecia ser o reforço à igualdade enquanto questão de cidadania, assim, todo o brasileiro seria cidadão e teria direito legitimado de acesso à saúde, como se fosse prescrita uma certa cidadania sanitária.

Em contraponto, Barros e Sousa (2016) acrescentam que igualdade, enquanto princípio, orienta a cidadania e tem desdobramentos no princípio da

universalidade das regras de distribuição, o que corresponde aos princípios universalistas de justiça, tendendo à homogeneização, a diluição de diferenças, o que prejudica grupos de cidadãos menos favorecidos.

Já Escorel (2001), por sua vez, destaca que o termo igualdade foi utilizado na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, mas a preocupação com a equidade esteve presente no pensamento da RSB, aparecendo de modo explícito, posteriormente, nas conferências de 1992, 1996, 2000 e estando estampado no tema da conferência de 2011 que foi: Avanços e desafios para a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade.

Entre **os conceitos de equidade e igualdade no âmbito das políticas públicas** existem tensões entre os supostos campos progressistas. Um aspecto importante dessa tensão é que os movimentos basilares das reivindicações por mudanças sociais partem, de modo geral, de dois pontos de análise sobre os problemas das injustiças sociais. De acordo com Nancy Fraser (2012), o primeiro atribui a injustiça a estrutura econômica concretizada nas formas de exploração e miséria. O segundo, atribui a natureza simbólica que engendram dominação cultural, não reconhecimento e desprezo por determinados grupos. Contudo, ela afirma que as duas formas, injustiça cultural (simbólica) e injustiça econômica, na prática, estão imbricadas e se reforçam dialeticamente. Mas, partindo do ponto de análise, da causa da injustiça, haverá a propositura de uma solução por parte do grupo que a propõe.

Contudo, **a tensão dessas vertentes na área da saúde coletiva** diz respeito aos sentidos atribuídos aos termos focalização ou universalização de políticas sociais, nesse caso, a política pública de saúde. No que concerne à universalização, apregoa-se a expansão irrestrita dos direitos sociais ao conjunto da sociedade. Já a focalização, parte do entendimento da escassez de recursos públicos, partindo essencialmente da fragilização do modelo econômico de social-democracia em detrimento dos modelos liberal/neoliberal, propondo aos governos a concentração de recursos em políticas sociais para grupos desfavorecidos. Assim, a defesa de políticas

de focalização implica numa tentativa neoliberal de desmantelar o modelo de *Welfare State*.

Entretanto, por mais que essas tensões existam, a equidade no campo da saúde não parte da premissa básica da saúde enquanto mercadoria, ou seja, não defende a distribuição de recursos para uns grupos e não distribuição para outros. Ao contrário parte do entendimento de que existem singularidades no acesso ao direito social da saúde para alguns grupos e que existem determinantes e condicionantes de saúde que se vinculam aos contextos sociais e culturais de cada população, levando a necessidade de estratégias específicas para garantir a universalidade do cuidado em saúde para toda a população.

Assim, para Barros e Sousa (2016), o conceito de equidade confunde-se com o de justiça (o estabelecimento de regras justas para a vida em sociedade), aproximando-se do sentido de igualdade, como empregado nos termos legais na área da saúde. Acrescentam ainda que, em uma compreensão mais ampla, a equidade é a adaptação de uma norma geral a situações específicas, especialmente em contextos nos quais a aplicação literal dessa norma produziria injustiças

No contexto desta tese, o **termo usado é equidade**, tendo em vista que os sentidos para universalidade e igualdade apresentados pelos interlocutores remeteram a uma trilha de invisibilidade e de não atendimentos a algumas demandas singulares de pessoas de Candomblé em serviços de saúde pública, levando a atravessamentos na concretização plena do SUS no cotidiano dessa comunidade, dificultando a universalidade e a integralidade no cuidado. Ressalta-se que o debate da temática (equidade e igualdade) não está vencido e que não é objetivo deste estudo se deter em nuances conceituais e filosóficas dessa questão. Temos o interesse maior em vislumbrar possíveis inacessibilidades de direito efetivo à saúde partindo de marcadores sociais de exclusão e determinantes sociais de saúde.

### 2.3.3 INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: TECNOLOGIAS E ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL EM REDES DE ATENÇÃO

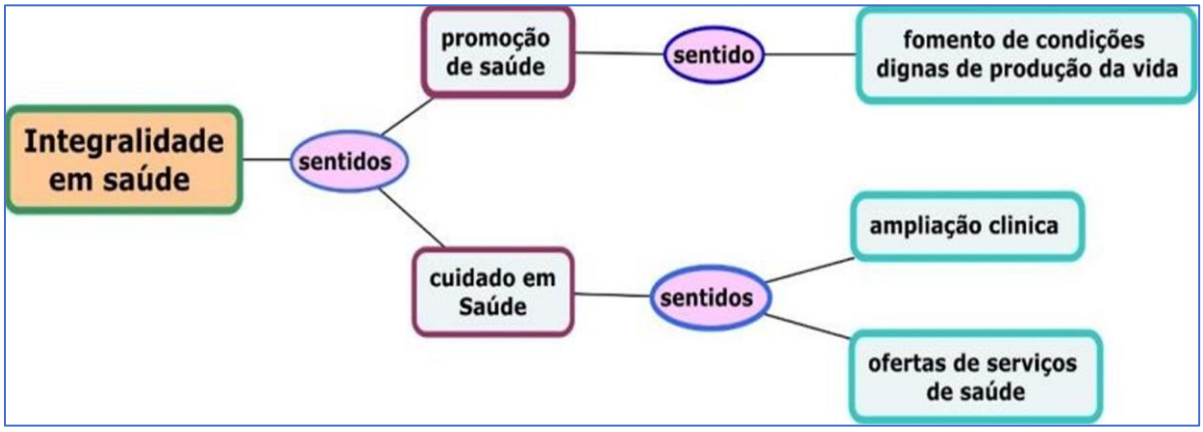
> *[...] cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram."* (MATTOS, 2001, p. 52)

**Cuidado**, assim como saúde, pode ser compreendido como um termo polissêmico e que não cabe em um conceito. Entretanto, cabe buscar alguma concepção para ele, de modo a dar aparato pedagógico e posicionamento político das reflexões aqui propostas.

Para Pinheiro (2009, s/p) **Cuidado** liga-se a Cuidar e se deriva do latim *cogitare* significando 'imaginar' 'pensar', 'meditar', 'julgar', 'supor', 'tratar', 'aplicar' a atenção, 'refletir', 'prevenir' e 'ter-se'. Cuidar é o 'cuidado' em ato." (Pinheiro, 2009, s/p). Esse termo associa-se a terminologia Saúde no SUS (Sistema Único de Saúde) dando um sentido de um nível de atenção dentro do sistema, de técnicas específicas e ação integral voltada ao direito de ser, perpassando pela autonomia da pessoa a ser cuidada, e que vem sendo o marco teórico legal considerado mais humanizado e progressivo nas políticas atuais de saúde.

Assim, penso que a categoria cuidado integral à saúde, conforme disposto pelas normativas do SUS, envolve dois sentidos, o primeiro, o cuidado das condições de promoção de dignidade enquanto integralidade de cuidado em saúde de modo amplo e sem vinculação direta com doenças, ou seja, ação integral voltada ao direito de ser. O segundo sentido, penso na integralidade do cuidado na assistência à saúde, que, parece assumir, também, dois sentidos: oferta de serviços de atenção em saúde e oferta da clínica ampliada no atendimento às pessoas, conforme ilustrado no esquema explicativo 03, abaixo.

**Imagem 05: Esquema explicativo 03: sentidos da integralidade no cuidado em saúde**




**Fonte**: Autoria própria, 2024

A integralidade é, portanto, um princípio de direito universal ao atendimento das necessidades de saúde, e, de acordo com Mattos (2009), pode ser compreendida com base em três sentidos, e ressalta que não são esses os únicos possíveis, mas que vale a pena lutar por esses, a saber:

- refere-se a atributos das práticas dos/as trabalhadores/as da saúde, valores relacionados ao considerado como uma boa prática;
- relaciona-se com atributos da organização dos serviços;
- faz referência a respostas governamentais aos problemas de saúde, podendo ser representados por políticas setoriais, aqui exemplifico essa modalidade com a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra.

Entretanto, compreendo que as políticas setoriais, só podem assumir um papel de integralidade no cuidado em saúde se forem implementadas no cotidiano da assistência e imbricadas na clínica e na organização da oferta dos serviços. Do contrário, ficam inócuas. É provável que a designação dessas políticas setoriais em programas e setores nas secretarias de saúde atendam manutenção do *status quo* do conservadorismo da sociedade brasileira e das suas iniquidades sociais, pois tendem a ficar inoperantes.

Assim, quando uma política que visa mudança institucional na oferta e no acesso em uma política pública social fica restrita a um setor, ela não tem potência de

ação para promover todas as mudanças que compõem os seus objetivos. Entretanto, em sendo o racismo, em todas as suas modalidades, um base de sustentação de privilégios sociais e de estrutura de manutenção das relações de poder do Estado, podemos inferir que o desmonte do racismo na esfera institucional não é um percurso simples e nem tampouco será tensionado de modo efetivo pelo próprio aparato estatal. Assim, manter algumas políticas em setores, pode assumir a dupla missão de fazer de conta que algo efetivo foi feito, ao mesmo tempo que mantém inabalável as relações de poder e opressão.

Agora, voltando-se para o cuidado em saúde, por mais que exista um amplo escopo de estudos que se voltem para tecnologias e organização estrutural deste, se a oferta seguir a lógica de aplicação tecnicista, não haverá aparato de mudança social e, portanto, será incapaz de promover atenção em saúde numa concepção transformadora das relações sociais iníquas, restando, apenas práticas assistencialistas e de prevenção individualizantes, fragmentadas, centradas em sintomas e doenças.

#### 2.3.3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE

Enquanto **estratégia de superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional** do SUS, visando assegurar para os/as usuários/as um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, foi implementada a Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria passa a ser ratificada com a implantação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a lei 8080/90, radicalizando a regionalização, sistematizando a organização do planejamento e da assistência à saúde, firmando a hierarquização e dispondo, ainda, sobre a articulação interfederativa.

Para a Portaria Ministerial, as RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, P.4). Esse conceito é ratificado no Decreto Presidencial, que as define como: “um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, art 2, VI). Entretanto, neste decreto, verifica-se uma abrangência maior da sua funcionalidade, estabelece que a “integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011, art.20).

As RAS estruturam os serviços em pontos de atenção à saúde, e são compostas por equipamentos (instituições) de diferentes densidades tecnológicas, distribuídos, espacialmente, de forma que os com maiores densidades tecnológicas sejam concentrados e os com menores densidades tecnológicas, como os de Atenção Primária à Saúde (APS), sejam dispersos nas comunidades (MENDES, 2012).

De acordo com Mendes, 2011, p. 82, as RAS podem ser definidas como:

> organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

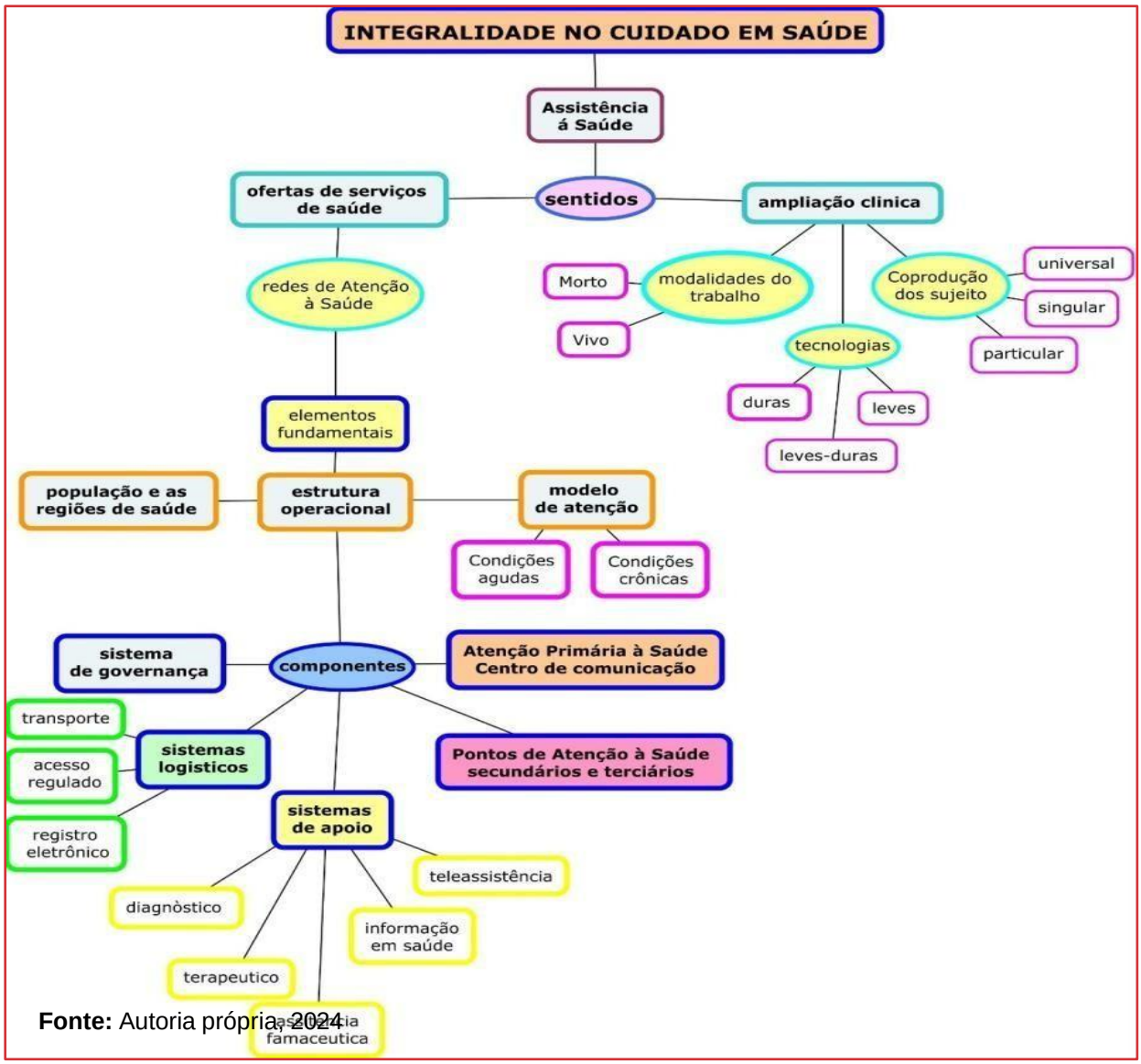
São compreendidas como **poliárquicas** por terem vários pontos de atenção organizados de modo horizontal e com estabelecimento de portas de entrada, tendo na atenção primária o ordenamento. Em relação a gerar valor para a população, Mendes (2012) afirma que só é possível acontecer se o cuidado na assistência à saúde se estruturar para dar respostas sociais integradas, relacionadas a um ciclo completo de atenção à saúde, indo desde a prevenção, ao tratamento e ao monitoramento.

Tendo a atenção primária como principal porta de entrada e ordenadora da rede, a responsabilidade sanitária de cuidado às necessidades de saúde da população gera um elevado nível de complexidade cotidiana nesse nível de atenção, que tem em sua organização baixa densidade tecnológica. Dentre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), destaca-se, pela quantidade implementada e de população atendida, as equipes de estratégia de saúde da família (eESF) que assumem uma adscrição de clientela,[4] devendo manter o cuidado de modo contínuo e longitudinal, sendo ainda referência resolutiva de problemas da população a ela vinculada, devendo atuar considerando suas singularidades dos sujeitos.

As eESF trabalham em espaços chamados Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSf), mas que é popularmente conhecida pelas pessoas assistidas aqui em Juazeiro do Norte como UBS ou Posto, ou ainda, Posto de Saúde. Esses prédios que oferecem estrutura física para trabalhadores/as da saúde na atenção primária, devem atender ao princípio da descentralização, estando espalhados pelas comunidades de modo a possibilitar o acesso à pé das pessoas assistidas.

[4]A adscrição diz respeito à demarcação de um território ou população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

**Imagem 06: Esquema explicativo 04 - sentidos da integralidade na Assistência em Saúde**




**Fonte:** Autoria própria, 2024

Percebe-se, portanto, que esse arranjo se relaciona diretamente com a forma de cuidado assistencial que acontece no encontro entre trabalhadores/as de saúde e pessoas usuárias dos serviços, direcionando, de certo modo, a gestão e o tipo de

clínica desejável. Na qual o trabalho vivo (o que acontece criativamente na hora do cuidado em atos) soma-se a utilização de trabalho morto (equipamentos, utensílios, protocolos, ferramentas diversas já existentes antes do trabalho do cuidado iniciar, que o subsidia), formando um complexo dialógico e em movimento.

O esquema explicativo 04 dá continuidade ao 03 e ilustra que a compreensão para a integralidade da assistência envolve a clínica e a organização dos serviços de saúde. No SUS, a tentativa institucional de políticas públicas para essa garantia é a proposição do modelo de clínica ampliada e da organização do sistema em redes. Ele apresenta a integralidade no cuidado com base em dois sentidos, caminhos que necessariamente devem acontecer: oferta de serviços e ampliação clínica. Esses sentidos serão discutidos nos subtópicos seguintes partindo de atravessamentos da forma de (2.3.3.1.1) organização do SUS em redes de atenção à saúde e (2.3.3.1.2) do racismo religioso e institucional enquanto barreiras.

### 2.3.3.1.1 SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE NA OFERTA DOS SERVIÇOS: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE COM BASE EM ELEMENTOS FUNDAMENTAIS

No que tange a **oferta dos serviços em saúde** as redes se organizam com base em elementos fundamentais (MENDES, 2012) são eles: (1) modelo de atenção (2), estrutura operacional e (3) população e regiões de saúde. Passarei a discorrer sobre cada um deles. O modelo de atenção em saúde, que envolve modelos de atendimentos à condições agudas ou crônicas, também é utilizado a depender das características populacionais (situações demográficas, epidemiológicas e determinantes sociais).

Em se tratando do modelo de atenção a condições agudas, estas podem ser entendidas como sendo eventos agudos ou agudizações de condições crônicas que precisam ser identificadas e cuidadas de modo urgente ou emergente. Já as

condições crônicas, requerem um acompanhamento longitudinal e vínculo de cuidado continuado.

Foi o aumento significativo das condições crônicas, em decorrência transição epidemiológica (aumento de agravos por condições crônicas e causas externas) que acontece atrelado a um processo de transição demográfica (a população brasileira tem aumentado a expectativa de vida em decorrência de mudanças econômicas e da própria implementação do SUS, que reduziu mortalidade infantil e ampliou ofertas de cuidados preventivos), que mobilizou a necessidade de implementação das redes de atenção à saúde. o modelo anterior do sistema piramidal não dava conta de manter, de modo adequado, o sujeito vinculado aos processos de cuidado, em decorrência de um único agravo, por um tempo indefinido, sendo necessário modificar a organização para as redes poliárquicas (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

Em se tratando das estruturas operacionais das RAS, todos os elementos se articulam e se interligam de modo a que a atenção em saúde aconteça de modo efetivo. Há possibilidade de implementação de redes temáticas, que são pensadas partindo da identificação de especificidades de condições de saúde da população. Contudo, essas redes não devem ter serviços específicos, mas, devem compartilhar serviços, tendo uma linha de cuidado delineada com conhecimento das especificidades da demanda pelos/as trabalhadores/as da saúde (OLIVEIRA, 2016).

Seguindo essa lógica, **políticas setoriais** também devem estar acomodadas em linhas de cuidados compartilhadas nos espaços cotidianos das redes de atenção à saúde. Entretanto, atualmente, em raríssimos casos, a política de saúde integral da população negra vem sendo implementada, e quando é, normalmente, acontece como programa considerado vertical, ou seja, separado das redes de atenção à saúde. Nessa política, especificidades da população de Terreiros de Candomblé são reconhecidas e valorizadas no âmbito da saúde pública (FAUSTINO, 2012).

A população é a razão de ser de uma rede, por isso precisa ser conhecida em suas singularidades, de modo a romper com um sistema de oferta, fragmentado, e passar instituir um sistema integrado baseado nas necessidades de saúde da

população, com base em seus contextos, cultura e preferências (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

**A gestão da base populacional** possibilita que as regiões de saúde possam ser criadas de modo a agregar públicos com características semelhantes, além de dividirem um sistema de transporte em comum. É nesse ponto de gestão populacional que trabalhadores/as da saúde precisam compreender as especificidades de povos tradicionais de Terreiros e a gestão local precisa estabelecer políticas públicas capazes de atendê-los em suas especificidades de modo eficaz e efetivo.

Aqui, então, a integralidade só é possível se associada ao princípio da equidade, que dispõe sobre o direito de cada pessoa ser atendida na medida das suas desigualdades de modo a que ninguém fique excluído do processo de cuidado em saúde integral dentro do sistema. Desse modo, a universalidade e a integralidade só são possíveis se a equidade acontecer como base.

Para que alguém seja atendido considerando-se as suas diferenças, é preciso que essas sejam reconhecidas enquanto tal. Essa passa a ser uma questão importante, pois se as gestões em saúde e os/as trabalhadores/as não conhecerem os povos tradicionais de Terreiros de Candomblé e os seus modos de vida, não terão condições de atendê-los de modo integral e equitativo. Então, seus direitos serão feridos no que diz respeito ao sistema único de saúde em suas garantias constitucionais e o cuidado em saúde no cotidiano será pautado em uma clínica universalizante, fragmentada com enfoque apenas biomédico.

### 2.3.3.1.2 SENTIDOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO NA AMPLIAÇÃO CLÍNICA: ATRAVESSAMENTOS DE BARREIRAS PSICOSSOCIAIS DECORRENTES DO RACISMO RELIGIOSO

Aqui adentra-se no segundo sentido da integralidade do cuidado na assistência em saúde, mostrado no esquema explicativo 02, lançando-se um olhar para a clínica como seus modelos e sua gestão. O SUS adotou a clínica ampliada para modelo, justificando a escolha com base em alguns argumentos, a saber: (1) que esse modelo clínico seria capaz de articular várias disciplinas e os enfoques (biomédico, social e psicológico), reconhecendo que a singularidade de cada situação pode requerer uma predominância maior de um enfoque ou disciplina, sem que isso signifique a negação das outras possibilidades e enfoques. (2) A segunda argumentação seria a necessidade que exista compartilhamentos de informações, corresponsabilização e pactuação de compromissos com os/as usuários/as, considerando a sua autonomia de sujeito nos processos de cuidado em saúde (Brasil, 2009).

Essa proposição clínica abarca 5 (cinco) eixos fundamentais: (1) compreensão ampliada do processo saúde-doença; (2) construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; (3) ampliação do “objeto de trabalho”, que passaria a ser a pessoa do doente e não a doença; (4) a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; (5) suporte para os/as trabalhadores/as da saúde. Esses elementos articulam a complexidade do trabalho em saúde envolvendo vínculos horizontais e responsabilização compartilhada entre trabalhadores/as e usuários/as do SUS, em um processo de síntese dialógica que tem potência transformadora (Brasil, 2009).

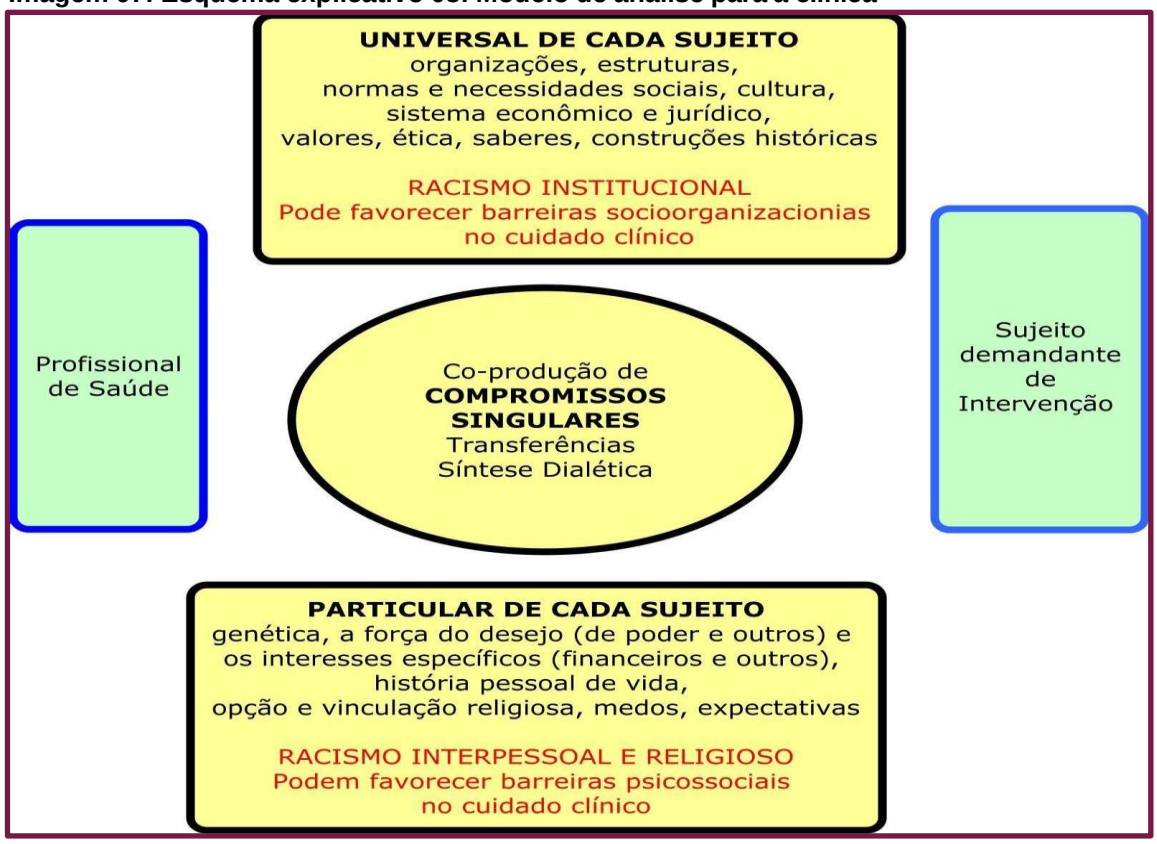
Visando propor um modelo para análise e gestão da clínica ampliada, conforme esquema explicativo 05 (cinco), abaixo, Cunha (2005) toma por base Campos (2000) que discutiu sobre cogestão de coletivos, propondo um Sujeito coproduzido dialeticamente pela tensão contínua entre forças externas e internas, um

Ser biológico, imerso na sociedade e na história e com subjetividade singular e capacidade para reagir no seu contexto.

A esse esquema desenvolvido por Cunha (2005) acrescentamos o olhar sobre possíveis incidências do racismo institucional, interpessoal e religioso, de modo a traçarmos reflexões sobre sentidos que podem ser vividos no cuidado clínico em saúde de pessoas de religiões de matrizes africanas, aqui sendo destacada uma comunidade de terreiro de Candomblé.

Pensamos que o **racismo institucional** está inscrito de modo in(visível) na organização macroestrutural das equipes de saúde, bem como no imaginário social sociedade em geral e da comunidade assistida pela equipe em questão, sendo componente da categoria universal no esquema a seguir. Supomos, ainda, que o racismo interpessoal e religioso está marcado nas histórias individuais dos sujeitos assistidos e trabalhadores/as de saúde, sendo, então, um marcador subjetivo que pode interferir na oferta do cuidado por meio de criação de barreiras psicossociais.

**Imagem 07: Esquema explicativo 05: Modelo de análise para a clínica**




**Fonte:** Modelo adaptado de Cunha (2005)

No esquema acima, há o reconhecimento do encontro entre dois sujeitos nos processos de cuidado assistenciais em saúde, dois sujeitos singulares e dialeticamente coproduzidos por forças universais e particulares, marcados pela força de uma instituição externa, serviços de saúde, os quais já têm as suas marcas de poder no âmbito de construção histórica e social.

As questões que marcam essa análise nessa relação de cuidado em saúde envolvem o plano universal, descrito como organizações, estruturas, normas e necessidades sociais, cultura, sistema econômico e jurídico, valores, ética, saberes, e que, carrega o peso da construção histórica do passado. Nesse ponto chamo a atenção para uma reflexão futura sobre construções de estruturação racista na sociedade brasileira, o peso delas enquanto plano universal no trabalho assistencial

de cuidado em saúde de povos de religiões de matrizes africanas (Campos, 2000; Cunha; 2005).

Envolvem, também, um plano particular, que age como uma certa negação do universal, trazendo para a dialética, em questão, a genética, a força do desejo (de poder e outros) e os interesses específicos (financeiros e outros), história pessoal de vida, opção e vinculação religiosa, medos, expectativas. Na síntese resultante desses dois planos, emerge o Sujeito singular. Esse é o sujeito cuidado pela clínica ampliada na assistência à saúde, destacando que o elemento mais significativo para ser foco da atenção em saúde define-se a cada momento, na singularidade do Sujeito e na instituição que ele está sendo cuidado (Campos, 2000; Cunha; 2005).

Cunha (2005) faz uma **análise da proposição da clínica** ampliada ancorado nas bases político-ideológicas da Reforma Sanitária Brasileira e da construção histórica do SUS como um dos resultados desse movimento, acrescenta que as transformações esperadas não foram atingidas de modo mais amplo e considera que as armadilhas da clínica tradicional permanecem ativas e embarreiram algumas mudanças. Como estratégia para lidar com elas, apresenta a proposta de tecnologias leves, de Merhy (1997) e a clínica ampliada, proposta por Campos (1997), que teria a capacidade de lidar com a singularidade dos sujeitos sem deixar de ver, também, as possibilidades da ontologia das doenças. Nessa análise e proposição, a clínica ampliada passa a ser um posicionamento em defesa do SUS e das mudanças nas estruturas sociais iníquas.

A **proposição do uso das tecnologias** leves como potencialmente capazes de promover mudanças nas relações de cuidado em saúde, partem de discussões sobre o processo de trabalho em saúde. O/A trabalhador/a em saúde são atos produtivos, pois modificam algo e produzem algo novo, estando ligado a interesses e necessidades sociais, e envolvendo numa relação de afetação mútua entre trabalhador/a (que usa suas ferramentas, tais como, conhecimentos, equipamentos e concepções) e usuário/a (que também chega nessa relação com intencionalidades, conhecimentos e concepções. Assim, esse trabalho acontecerá sempre em ato, se

dará sempre com algum grau de incerteza, pois nenhum diagnóstico nosológico é capaz de dar conta das manifestações e da singularidade da pessoa que busca cuidado. O trabalho de saúde em si, é um trabalho vivo em ato, mas que utiliza trabalho morto, ou seja, usa instrumentos, fluxogramas, protocolos, que foram criados antes daquela relação de cuidado em saúde que se dar no momento do encontro entre trabalhador/a e usuário/a (Feuerwerker, 2014; Merhy,1997)

**Esse trabalho utiliza, também, ferramentas tecnológicas em três agrupamentos**: (1) tecnologias duras: propedêutica e procedimentos (diagnósticos e terapêuticos); (2) Tecnologias leves-duras: saberes e (3) tecnologias leves: relações entre trabalhador/a- usuário/a, implicada pelos atravessamentos singulares de cada um deles. Por isso, seria, a tecnologia leve, por excelência, capaz de criar possibilidades de armadilhas e prisões do profissional de saúde com os fazeres da clínica tradicional, pois no espaço de afetação as tecnologias duras e leves-duras estariam sendo empregadas a serviço do cuidado e não da clínica em si.

Entretanto, indico que **o racismo** pode afetar de modo significativo a potência dessa tarefa de cuidado em saúde de modo integral, e possibilidade de ação transformadora da sociedade que vem sendo problematizada na saúde coletiva enquanto resultado do movimento de reforma sanitária brasileira. A reflexão parte do entendimento de que o cuidado integral em saúde, acontece numa relação dialética entre dois sujeitos e portanto, prever a possibilidade de alteridade entre ambos. Esse vínculo de alteridade, resulta de uma síntese singular de compromissos entre um plano universal, externo aos sujeitos da relação (permeadas pela cultura e sociedade) e um plano particular (que nem sempre é consciente, mas que interfere diretamente no vínculo por envolver crenças, interesses, vinculação religiosa, medos, expectativas...), conforme já discutido anteriormente. Assim, a estruturação social, econômica e subjetiva do racismo tem potencial de ferir bases que sustentam a possibilidade de formação de compromissos e pactuações de projetos potencialmente capazes de transformação social e de promoção de saúde em sentido amplo.

> Formação de compromisso" indica situações em que a resultante de relações entre o atendimento ao desejo e à necessidade social, entre o interno e o externo, ocorre de forma inconsciente, ou com pequeno grau de interferência deliberada do Sujeito. A gestão de Contratos e de Projetos, ao contrário, implica em intervenção deliberada do Sujeito nestas relações. Tentativas de administrar estas polaridades. É óbvio que há continuidade entre estes dois conceitos, todo contrato tem embutido certo grau de formação de compromisso e vice-versa. Ou seja, o Sujeito nem é senhor completo destes movimentos, nem se submete absolutamente a eles. O Sujeito nem se anula nem é completamente anulado, tampouco elimina sua dependência destes Planos. (Campos, 2013, p. 65)

Não à toa, **o racismo** vem sendo apresentado como o principal desafio para implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Aiquoc *et al*, 2021). Nesse sentido, reflito que problematizar o racismo na saúde é uma estratégia de transformação práticas de cuidado e de transformação social, tendo em vista que, o racismo está na base histórica da construção do capitalismo e das suas mazelas e assume especificidades na vivência brasileira. Até 2010 não se tem notícias de legislações do setor saúde que visassem promover equidade no cuidado baseado em raça ou com alguma singularidade voltada à comunidades tradicionais de Terreiros.

Ainda é notório, em vários espaços públicos de saúde a presença de objetos litúrgicos ou simbólicos de matriz Cristã ocidental e a falta de representações semelhantes de religiões de matrizes afro-brasileiras, aqui sendo discutido o Candomblé. Também, é comum o uso, por trabalhadores/as, de vocábulos sagrados ou símbolos, como se naturalmente todas as pessoas assistidas tivessem uma religião judaico cristã marcadora de um eu hegemônico. Esses são apenas alguns dos fatos nítidos que mostram o enraizamento e a naturalização do racismo religioso nas nuances institucionais em saúde.

**O racismo religioso** pode interferir diretamente na possibilidade de oferta universal, equânime e integral de cuidado em saúde pública, no modelo ampliado de clínica, pois tem potencial de levantar barreiras de acesso sócio-organizacional (plano universal) e psicossocial (plano particular), criando discriminações, ou seja trato desigual, nem sempre conscientes, mas sempre gerador de consequências.

Fernandes (2021) problematiza que a discriminação tem componentes culturais que se alimentam de preconceitos que mobilizam os comportamentos de

sujeitos para com alguns grupos sociais, assim reverberando em atitudes, propósitos e disposições interiores de comportamentos de ações concretas, que resultam em dificuldades ou obstáculos para o acesso a garantia de algum direito.

**Imagem 08: Esquema explicativo 06 - Barreiras de acesso ao cuidado público integral**

**Fonte:** Autoria própria, 2024

Aqui chamamos de barreira psicossocial entraves na condição de ofertar e/ou de receber cuidado em saúde pautada em marcas construídas em vivências anteriores dos sujeitos envolvidos na relação de cuidado, que nos moldes da clínica ampliada estão inscritas tanto no plano particular (ver esquema explicativo 06 – imagem 08). Para nos ajudar a refletir sobre a vivência e o delineamento conceitual dessa modalidade de barreira, buscamos dialogar com Souza (1983), Nogueira (2017) e Cida Bento (2022).

Neusa Santos Souza (1983), discorre sobre o Mito Negro, que seriam todos os simbolismos coloniais associados propositadamente ao corpo negro e que geram impactos nos planos social, ideológico, político e econômico e que impactam, também, no plano psíquico, interferindo na subjetivação e construção identitária da pessoa negra. Assim, a transmissão do racismo acontece em níveis subjetivos, gera

sofrimentos psíquicos e defesas psíquicas específicas e promovem naturalização e essencialização das relações sociais favorecendo a dissolução de suas contradições. Desse modo, ela afirma que o negro tem que sempre ficar em posição de defesa e alerta para evitar ser atacado, violentado e discriminado, pois ferro em brasa (metáfora que remete ao período da colonização) estar sempre preparado, separando o branco do negro. Esse ferro em brasa é vivido não só em comportamentos externos, mas também em nível psíquico, reeditando essa desigualdade e introjetando no universo psíquico.

> para afirmar-se ou para negar-se, o negro toma o branco como marco referencial. Com isto, a criatividade, a espontaneidade e a sensibilidade lhe são direitos negados, não lhe cabe simplesmente ser. Há que estar alerta não tanto para agir, mas para evitar situações em que seja obrigado a fazê-lo abertamente". (Navasconi E Moscheta, 2023, p. 7)

Ainda nesse contexto de sofrimento psíquico e mecanismos defensivos, Isildinha Nogueira (2017) parafraseia o sistema político discute a existência de um *apartheid* psíquico, pois não se manifesta em leis formais e sim nas relações cotidianas marcadas por construções simbólicas racistas decorrentes das engrenagens da colonialidade. Ela relata, ainda, que devido ao mito da democracia racial, as barreiras sentidas pela população negra no Brasil, às vezes são referidas como sintomas persecutórios, sem ligação real com a concretude dos fatos cotidianos, o que amplia a dor decorrente desse dispositivo.

Por conseguinte, ressalto que as sutis reedições do racismo na contemporaneidade são vividas de forma traumática pelas pessoas diretamente afetadas, ao mesmo tempo em que marcam o imaginário da branquitude (Cida Bento, 2022), criando barreiras psicossociais (conscientes e/ou inconscientes) que dificultam o acesso e o cuidado integral de saúde para a população racializada. Destaco, aqui, o racismo religioso como uma extensão desse sistema, que encontra apoio funcional no racismo institucional e move as engrenagens sociais de exclusão, visibilizadas no esquema abaixo, ampliado partindo das proposições de barreiras de acesso proposto

por Starfield (2002), na qual discutia as modalidades geográfica e sócio-organizacional.

Assim, **as barreiras psicossociais** agem em duas vias: (1) no que concerne a branquitude criam mecanismos de naturalização de inferioridades atribuídas aos negros e às religiosidades afrodiaspóricas, remendo a sentimentos e ações de desvalorização e desvalidação das vivências e existências desses povos. (2) no que concerne às pessoas diretamente afetadas, criam mecanismos psíquicos diante dos sofrimentos impostos de modo a modular ações concretas de evitação do “ferro em brasa” descrito por Neusa Santos Souza (1983), que fere por ações e omissões explícitas ou implícitas. Assim, a ferida nem sempre é capaz de gerar provas concretas e apresentáveis, mas as suas marcas e dores são sentidas de modo inequívoco.

Para enfrentamento dessas barreiras, os movimentos negros criaram diversas estratégias de lutas que remontam a ancestralidade, pois, mesmo mediante do que Munanga (2022) chamou de rolo compressor da escravidão, os negros sobreviveram enquanto povo e deixaram vivas as suas identidades: cultural e religiosa além de sua memória histórica. Inclusive tornando a religião de matriz africana um dos patrimônios culturais brasileiro, cubano, haitiano, colombiano, venezuelano, entre outros.

> A questão que se coloca é saber como conseguiram resistir, sobreviver para se tornarem um dos patrimônios. Onde estaria escondido o segredo dessa resistência, que surpreende o mundo diante de tanta força opressiva e destruidora pela qual passaram os africanos escravizados e seus descendentes de hoje? Tudo deixa crer que, apesar da violência da qual foram vítimas, eles não abriram mão da defesa de sua dignidade humana, de sua liberdade e identidade. (Munanga, 2022, p. 9)

Rios (2010) nos apresenta pistas nesse debate apontando que a população negra chegou ao Brasil vivendo sofrimento, desrespeito moral, desterro e chibata, mas que não se consideraram vencidos e resistiram com as culturas que trouxeram em seus corpos, fazendo negociações de crenças compuseram algo que fosse seu, construindo projetos frente às adversidades e firmando raízes de modos de vida próprios.

Munanga (2022) acredita que o núcleo duro dessa resistência foi a religião pois nela se guardam a visão do mundo, da natureza, do cosmos, ou seja, nela é guardada a visão global da existência, a cosmovisão que costura as relações que existe em todas as culturas e sociedades africanas, muito embora com nomes diferentes, devido à diversidade linguística continental. O povo africano não abriu mão de suas religiões.

Não abrir mão de viver, de existir e de ter direitos tem mobilizado as pessoas de religiões de matrizes africanas e afro-brasileiras a lutarem por acesso efetivo ao SUS em todos os princípios doutrinários, garantidores da sua eficácia, a saber: universalidade, integralidade e equidade. Um dos resultados desses enfrentamentos é a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), na qual há algumas referências à observação de singularidades no cuidado em saúde de povos tradicionais de terreiro. Refletiremos um pouco sobre a construção dessa política e a sua efetivação no subtópico seguinte.

## 2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: CONSOLIDAÇÃO (OU NÃO) DOS PRINCÍPIOS DO SUS NA OFERTA DO CUIDADO EM SAÚDE

> *Não tem mistério no que está escrito na política. Mesmo assim, o Brasil fora da lei que a gente tem, desobedece. Mas temos a política, é uma ferramenta adicional. Resolve? Não. Mas, talvez, dê à nós, ativistas, uma ferramenta adicional (Werneck, 2020, p.14)*

> *Os marcos regulatórios internacionais, as legislações e os processos de planejamento estão estabelecidos; a produção científica é robusta o suficiente para apoiar a gestão. Assim, todos esses fatores favorecem a implementação da Política, sendo o maior entrave, até hoje, o racismo (Aiquoc, 2021, p. 30)*

De acordo com Lopes e Werneck (2010), a saúde da população negra sempre foi uma demanda a ser vista, mesmo antes dos africanos pisarem no solo escravista,

pois o traslado já era extremamente desumano e já deixava danos físicos e emocionais.

> ao longo de todos os anos de vigência do regime escravista, africanas e africanos, afrobrasileiras e afrobrasileiros, tiveram que enfrentar altas taxas de mortalidade infantil, materna e de adultos; epidemias; violência; traumas físicos e psicológicos (Werneck, 2020, p.4).

Para lidar com isso, o povo negro, precisou usar das suas tecnologias de cuidado para sarar o corpo, a alma e a espiritualidade, sendo essa integração necessária para o fazer saúde desses povos. Contudo, precisavam se adaptar ao contexto da biodiversidade e da geografia brasileira, mantendo-se ancorados nas suas memórias e rituais, assim:

> Novas folhas, novos animais, novas formas de sentir e traduzir os elementos da natureza e as reações do corpo e suas novas necessidades geraram novos rituais, novas religiões, novos remédios e formas de cuidado corporal e espiritual, unindo passado e presente (Lopes e Werneck, 2010, P. 07).
>
> Atualmente, a memória destas iniciativas preserva-se tanto por meio da medicina popular praticada em diferentes regiões do país, quanto das práticas religiosas de alívio e cura promovidas nas religiões de matrizes africanas ou mesmo naquelas de origem cristã (Werneck, 2020, p.6).

Esse percurso criativo e adaptativo foi indispensável para a existência e cuidados desses povos em contexto violento e extremamente adverso à sobrevivência. Essas estratégias se mantêm conservadas em comunidades tradicionais, tais como as de religiões de Matrizes Africana, como é o caso do Candomblé.

Percebe-se que **o racismo** atravessa a história do cuidado em saúde do povo negro, que vêm desenvolvendo estratégias de resistência em prol da vida, desde longas datas. Esse processo se mantém, como sequelas coloniais e como marcas da estruturação do capitalismo, assumindo nuances peculiares do processo brasileiro de Proclamação da República e manutenção do espírito fidalgo e de compadrios que

moldam e dão nuances peculiares às relações sociais e raciais no Brasil, conforme já foi discutido anteriormente.

Disso resulta que o movimento negro pode ser identificado como o movimento social mais antigo no Brasil (a exemplo das identificações de organizações de quilombos) e que esteve presente de modo incisivo na luta pela reforma sanitária brasileira, o qual tem como um dos resultados a implementação do sistema único de saúde (SUS). Entretanto, não fossem as estratificações sociais designadas pelo racismo, as políticas públicas tenderiam a ser acessadas de modo igualitário por todos os segmentos da população.

Contudo, **o racismo**, por promover contextos de condições de vida e de saúde precárias para segmentos populacionais, gera a demanda de que haja a construção de uma política de equidade para que essas pessoas consigam ter acesso equânime e que a integralidade na oferta em saúde possa ser atendida, inclusive abrangendo a proteção, a recuperação e a promoção, de acordo com a lei 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Esse marco legal foi a portaria 992, de 13 de maio de 2009, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, a qual tem a transversalidade como princípio organizativo, portanto, deve ter complementaridade e integração com diferentes políticas públicas de saúde e tem como marca:

> Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009, Cap.1).

Obviamente, elementos que são estruturantes de relações iníquas demandam lutas do subalternizados em busca de mudanças, assim apresento um trajeto com alguns marcos de luta dos movimentos negros pela implementação de uma política de saúde integral da população negra, no quadro 01 abaixo:

**Quadro 01: trajeto de lutas pela Saúde Integral da População Negra**

| | |
|---|---|
| 1984 | • Elaboração do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) |
| 1992 | • Instalação da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Esterilização em massa de mulheres Brasileiras |
| 1995. | • realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares: vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde chegou à agenda da gestão pública com mais força<br>• criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI), |
| 1996 | • Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra, resultando na proposição de um conjunto de medidas:<br>o a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos;<br>o a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) e a detecção precoce da doença via triagem neonatal a partir do Programa Nacional a ser criado;<br>o a reestruturação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus;<br>o o fortalecimento e extensão do então Programa de Saúde da Família até as<br>• comunidades quilombolas |
| 1998 | • o Ministério da Saúde publicou o documento “A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas” |
| 2000 | • inserção da temática nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde |
| 2001 | • O "Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente”.<br>• elaboração do documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, informando “as doenças, agravos e condições mais freqüentes na população negra”: (i) Geneticamente determinadas; (ii) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis; (iii) De evolução agravada ou de tratamento dificultado;<br>• (iv)Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas |
| 2003 | • criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra |
| 2004 | • Formalização do Comitê Técnico de Saúde da População Negra Portaria no 2.632/2004), instância consultiva vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com papel de assessorá-lo; |
| 2004 | • I Seminário Nacional de Saúde da População Negra; |
| 2005 | • criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que permitiu as articulações e ações necessárias para instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). |
| 2006 | • II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra<br>• Aprovação da PNSIPN pelo CNS |
| 2008 | • publicação no diário oficial da PNSIPN |
| 2009 | • elaboração de Plano operativo; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite com atribuição de responsabilidades para cada um dos entes federativos |
| 2010 | • As mobilizações inseriram seus objetivos no corpo da Lei no 12.288/2010 (Brasil, 2010) aprovada pelo Congresso Nacional em 2011 (Estatuto da Igualdade Racial). |
| 2013 | • Lançamento da terceira edição da PNSIPN. |
| 2017 | • Lançamento da terceira edição da PNSIPN. |

**Fonte:** Autoria própria, 2024

Evidencia-se que o **movimento de mulheres negras** foi propulsor de momentos significativos e potentes para a construção dos marcos legais, para a identificação de demandas e estruturação de propostas que resultam ou que corroboram com o texto da PNSIPN, buscando compreender e intervir nos impactos do racismo em relação a saúde, e assim, superar a iniquidades sociais e traçar um caminho que ruma em direção a concretização da democracia. Evidencia-se que o foco não é a raça enquanto componente biológico, até mesmo porque, como já discutido, o que demarca as subalternidades são questões políticas, econômicas, sociais e ideológicas.

> A noção de saúde da população negra, cunhada pelo movimento negro na década de 80 e aprimorada pelo movimento de mulheres negras na década de 90, está orientada pela análise sistemática das desigualdades raciais em saúde e no julgamento de que sua manutenção, ao longo dos séculos, é determinada pelo racismo e outras formas de inferiorização social a ele associadas. (Werneck, 2020, P.8)

Embora seja uma grande vitória a publicação da PNSIPN em todas as suas versões (2009, 2013 e 2017), Batista e Barros (2017; 2020), informam que apenas 57 municípios e sete unidades da federação implementaram a Política. Esse dado, por si só, mostra um atravessamento discriminatório e ao mesmo tempo reafirma o funcionamento paraestrutural do racismo e a necropolítica enquanto mecanismo de deixar morrer alguns e de suspender a morte de outros. Dessa forma, mudanças sociais amplas nesse âmbito, não acontecem apenas pela estruturação de políticas de Estado ou de Governo, é necessário haver uma incidência no imaginário social e nas formas de relações interpessoais e institucionais. Apostando nisso, algumas experiências de Educação Permanente em Saúde para trabalhadores/as do SUS são apontadas como experiências exitosas por Aiquoc*,* (2021), mesmo sendo, essas ações isoladas no contexto geral do Brasil.

Araújo (2018) realizou pesquisas científicas, utilizando abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, buscando construir indicadores que pudessem dar objetividade na avaliação da implementação da PNSIPN no Brasil, além de validar

um instrumento de aferição de discriminação racial nos serviços de saúde, partindo da perspectiva das pessoas assistidas. Os resultados subsidiaram o Plano de indicadores do **projeto Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo Sobre as Práticas de Cuidado em Estados do Nordeste e do Sudeste Brasileiro**, documento publicado em 2017, e que abarcam as seguintes dimensões, conforme exposto em Aiquoc (2021, p.26):

- ***Atenção à Saúde****:* (a) percentual de assistência pré-natal nas mulheres negras; (b) percentual de exames realizados pelas mulheres definidos na consulta pré-natal; (c) Implantação de comitê de mortalidade materna; (d) Comitê de mortalidade materna realizando as investigações; (e) Implantação de instância de promoção da equidade em saúde; Implantação de vigilância de violência e acidentes; (f) Vigilância de óbito infantil na população negra; Razão: mortalidade por doenças diarreicas e pneumonia na população negra na infância / total de óbitos na infância pelo mesmo grupo de causas; (g) Unidade de Saúde com atendimento às pessoas com doença falciforme; (h) Ações desenvolvidas em comunidades quilombolas; (i) Ações desenvolvidas com Comunidades Tradicionais de Matriz Africana.
- ***Gestão***: (a) Representantes de entidades negras como conselheiros de saúde; (b) Conselheiros participando da elaboração de planos e de projetos voltados para a saúde da população negra; (c) Projeto ou plano de ação voltado para a população negra apresentado no conselho municipal de saúde; (d) Processo decisório baseado nas diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde; (e) Existência de instância de promoção de equidade em saúde
- ***Ensino e Pesquisa****:* (a) Presença de disciplinas que contemplem a abordagem étnico-racial na grade curricular dos cursos de saúde; (b) Produção bibliográfica sobre a Saúde da População Negra no Brasil.

De acordo com Aiquoc (2021, p. 27) a pesquisa de Batista (2017) apresentou como resultado 33 (trinta e três) indicadores, divididos em 4 (quatro) eixos, a saber: (a) Sociodemográficos da população segundo sexo, faixa etária e raça/cor; (b) Morbimortalidade segundo sexo, faixa etária e raça/cor; (c) Estrutura para Enfrentamento ao Racismo na Gestão Municipal/Estadual; (d) Gestão da PNSIPN (implementação da PNSIPN nos Estados e Municípios). Além de apontar indicadores, também apontam desafios para a efetivação da política, sendo o racismo indicado como o principal.

> …dentre os desafios para implementar a Política, o racismo é colocado como o principal desafio. Esse racismo se expressa na dificuldade do Ministério da Saúde em subsidiar os gestores estaduais e municipais com dados desagregados por raça/cor; na falta de apoio dos chefes do executivo e secretário nomeado para a pasta da saúde; no racismo dos outros técnicos da secretaria, que veem a universalidade como estruturante no sistema de saúde. (Aiquoc, 2021, p. 30).

Embora haja uma gama de entraves advindo de fatores diversos, especialmente do racismo, Aiquoc (2021) considera que existem algumas potencialidades que contribuem para que a implementação da mesma aconteça de forma efetiva e que barreiras racistas sejam rompidas, tais como: força e constância dos movimentos negros nas lutas sociais, ampliação de intelectuais negros em espaços de ensino e produção científica, além de ampliação de publicações na área, bem como, um Projeto de cooperação internacional assinado por órgãos do governo brasileiro com a Organização das Nações Unidas (ONU) e que integram o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o qual aponta que a redução das desigualdades sociais e da pobreza no Brasil, estão atrelados ao combate ao racismo.

Faustino (2012) apresenta, entre outras potencialidades, alguns movimentos sociais que têm foco no racismo e suas relações com a questão da saúde, a saber: Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO); Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra; Rede Lai Lai Apejo: População Negra

e Aids; Rede Sapatá: Rede Nacional de Promoção e Controle Social da Saúde das Lésbicas Negras; Federação Nacional de Anemia Falciforme (Fenafal), entre outras.

Observa-se que dentre os movimentos sociais mobilizadores da implementação dessa política, estão movimentos ligados a religiões de matrizes africanas, pois o racismo incide sobre os modos de vida ligados a pessoas lidas como subalternizadas por questões raciais, incluindo a vivência religiosa. A constatação desse fato resulta que em uma das diretrizes da política versa sobre a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas. Esse reconhecimento deve estar presente como ferramenta de promoção da saúde e de estratégia de cuidado pautado na clínica ampliada, que, em tese, promove o encontro de dois sujeitos (profissional de saúde e assistido) singulares (com atravessamentos universais e particulares) mediado por um vínculo clínico terapêutico. Deste modo, é importante que trabalhadores/as da saúde se aproximem das necessidades particulares e das vivências universais dos diversos segmentos populacionais por eles assistidos, incluindo os que são vulnerabilizados e subalternizados socialmente.

Por conseguinte, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN) é um exemplo de política de equidade editada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Vimos, entretanto, que mesmo com a publicação da desta em 2009 (Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009) indicadores e dados estatísticos ainda mostram uma disparidade no acesso a assistência em saúde e ao desenvolvimento de agravos quando comparados a população negra e a branca no Brasil.

Os dados de acesso a demais políticas públicas e a condições consideradas dignas de vida, os quais fazem parte do escopo de promoção da saúde, são desiguais, em termo inferiores, para a população negra. Dessa forma, infere-se que mesmo não havendo uma lei explicitamente racista e havendo uma política de discriminação positiva, esse grupo racial parece permanecer sem igualdade material de direitos,

levando a pensar numa tecitura racista limitante da possibilidade de acesso, resultando materialmente em impossibilidades.

Essas impossibilidades assumem conotações interseccionais quando a religiosidade do assistido é de religião de matriz africana, pois nesses casos o racismo de marca se intersecciona com o racismo religioso e ambos movem engrenagens componentes do racismo institucional, reforçando barreiras de acesso sócio-organizacional e psicossocial. Então, optamos por buscar quais mecanismos, para além da PNSIPN tem sido adotado pelo Estado Brasileiro para enfrentamento das iniquidades no cuidado em saúde pública integral povos tradicionais de terreiro.

## 2.5 RESPOSTAS DO ESTADO BRASILEIRO PARA DEMANDAS DE POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO

"Se chove em um de nós, chove em todo nosso povo"
Provérbio Yorubá

Tendo saúde como um conceito ampliado que envolve acesso à qualidade de vida e políticas públicas, sendo estas o instrumento de gestão do estatal, elaboramos uma lista de normativas brasileiras que visam à garantia de direitos de comunidades tradicionais, as quais foram categorizadas e apresentadas em quadros. Ao final do tópico, discutiremos as que se direcionam especificamente ao cuidado em políticas sociais de saúde, buscando atender ao objetivo de refletir sobre respostas do estado brasileiro a demandas e necessidades em saúde de populações vinculadas a religiões de matriz africana, especialmente candomblé.

Existem várias teorias para categorizar e analisar políticas públicas, assim, para seguirmos o nosso trabalho de organização dos quadros, optamos por usar a teoria das arenas decisórias ou de poder, proposta por Lowi (1964), que define três categorias: regulação, redistribuição e distribuição. Essa teoria se propõe refletir sobre que tipo de interesses econômicos e políticos são resguardados por cada espécie de

política, partindo da análise de estruturas de poder, sendo este imerso nas relações políticas e definido como a possibilidade de compartilhar na elaboração da política ou alocações de autoridades.

> O esquema de Lowi se estrutura ao redor dos seguintes argumentos: os tipos de relacionamento encontrados entre as pessoas dependem de suas expectativas; estas, do ponto de vista político, são estabelecidas por resultados ou políticas governamentais; portanto, o relacionamento político é determinado pelo tipo de política adotada, de modo que para cada tipo de política haverá uma espécie de relacionamento político (Casalino, 2021, p. 640).

Assim cada área tem o potencial de desenvolver sua estrutura e seu processo político, suas elites e seus grupos de relações. Entretanto, esse tópico não visa se deter na análise da teoria das arenas decisórias e nem se propõe a analisar nenhuma política pública específica com base nela. A teoria de Lowi (1962) serve apenas de pano de fundo para categorizar respostas do Estado brasileiro às demandas de povos tradicionais de terreiro, com especificidade de Candomblé, e dar base para a discussão dessas respostas em termos de disputas de poder no contexto social do Brasil.

Iniciaremos apresentando as normativas ligadas à arena regulatória, que é composta por múltiplos de grupos organizados em torno de relações tangenciais ou atitudes compartilhadas, remetendo a resultados políticos residuais de demandas apresentadas por grupos e tendendo a ampliar o suporte do lado majoritário, assim, o processo decisório tende a ser tomado, na maioria dos casos, pelo próprio Congresso e apenas sancionado pelo poder executivo (Casalino, 2021). Alguns exemplos são mostrados no quadro 02 abaixo:

**Quadro 02: Políticas Públicas Regulatórias**

| Políticas Públicas Regulatórias |
|---|
| **Lei nº 9.475, de 22 de julho de 1997**<br>• O ensino religioso, de matrícula facultativa, é parte integrante da formação básica do cidadão e constitui disciplina dos horários normais das escolas públicas de ensino fundamental, assegurado o respeito à diversidade cultural religiosa do Brasil, vedadas quaisquer formas de proselitismo.<br>• Assim, no Ensino Fundamental, fica definido o respeito à diversidade religiosa do Brasil. |
| **Constituição Federal de 1988**<br>● Dispõe, sobre garantias fundamentais de proteção à liberdade religiosa, vinculando-a ao princípio da dignidade da pessoa humana. |
| **Lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989**<br>• Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, incluindo os que são atrelados à religião.<br>• Estabelece,os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. |
| **Portaria n. 210, de 10 de novembro de 1998**<br>• Aprovar o Regulamento Técnico da Inspeção Tecnológica e Higiênico-Sanitária de Carne de Aves.<br>• Permite-se o abate sem prévia insensibilização apenas para atendimento de preceitos religiosos ou de requisitos de países importadores. |
| **Instrução Normativa nº 3, de 17 de janeiro de 2000**<br>• Aprova o Regulamento Técnico de Métodos de Insensibilização para o Abate Humanitário de Animais de Açougue.<br>• Faculta o sacrifício de animais de acordo com preceitos religiosos, desde que sejam destinados ao consumo por comunidade religiosa que os requeira ou ao comércio internacional com países que façam essa exigência, sempre atendidos os métodos de contenção dos animais. |
| **Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023**<br>• Institui o Dia Nacional das Tradições das Raízes de Matrizes Africanas e Nações do Candomblé, a ser comemorado anualmente no dia 21 de março. |
| • Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023<br>• Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 (Lei do Crime Racial), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar como crime de racismo a injúria racial, prevê pena de suspensão de direito em caso de racismo praticado no contexto de atividade esportiva ou artística e prever pena para o racismo religioso e recreativo e para o praticado por funcionário público. |
| **Decreto nº 3.551, de 4 de agosto de 2000**<br>• Institui o Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial que constituem patrimônio cultural brasileiro, cria o Programa Nacional do Patrimônio Imaterial e dá outras providências. |
| **Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000.**<br>• Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. |

**Fonte**: autoria própria, 2024

Em seguida, vamos apresentar algumas políticas públicas representativas da categoria de arenas distributivas. Essa modalidade tem características de ganhos individualizados, distribuídos em pequenas unidades. Nos resultados, os perdedores não são identificados diretamente e quase sempre não há embate entre esses e os ganhadores, como é o caso de políticas tarifárias e subsídios.

**Quadro 03: Políticas Públicas Distributivas**

| **Políticas Públicas Distributivas** |
|---|
| **Lei nº 3.193, de 4 de julho de 1957**<br>• Dispõe sobre a aplicação do art. 31, V, letra *b,* da Constituição Federal, que isenta de impostos templos de qualquer culto, bens e serviços de partidos políticos, instituições de educação e de assistência social. Ressalta-se que mesmo sendo uma Lei que faz menção à CF de 1946, não foi revogada e tem respaldo do artigo 150 da CF de 1988 que veda à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios instituir impostos sobre entidades religiosas e templos de qualquer culto, inclusive suas organizações assistenciais e beneficentes; |
| **Decreto no 3048/99**<br>• Aposentadoria na categoria destinada a ministros de confissão religiosa para sacerdotes, inclusive de matriz africana (mesmo não havendo a escrita explícita) na categoria de contribuinte individual - o ministro de confissão religiosa e o membro de instituto de vida consagrada, de congregação ou de ordem religiosa. |

**Fonte**: autoria própria, 2024

Em relação a comunidades tradicionais de terreiro, foram identificadas duas políticas públicas distributivas que podem ser usadas. Contudo, elas não foram pensadas olhando as especificidades dessa população, por isso, raramente é utilizada por ela. Em relação à Lei nº 3.193, de 4 de julho de 1957, aqui em Juazeiro do Norte, pelo Núcleo de Educação para a Promoção da Igualdade Racial, em 2018, Doné Herlania e eu fizemos uma atividade para garantia de acesso a esse benefício, contudo, devido ao processo, às documentações exigidas, envolvendo trabalhos de áreas técnicas diferentes, apenas alguns terreiros conseguiram concluir o processo.

Já em relação à aposentadoria, poucos sacerdotes costumam tomar essa decisão de usar o exposto no decreto nº 3048/99, pois a descrição de outra ordem religiosa só foi incluída na redação de 2002. Desse modo, muitas pessoas que tentaram acessar tinham um montante de retroativo a esse período de pagamentos individuais ao INSS causando embarreiramento. Desse modo, as arenas distributivas, no caso de religiões de matriz africana, tendem a ser pouco inoperantes.

Agora, vamos dialogar sobre as arenas redistributivas. De acordo com Casalino (2021) internacionalmente, a base dos estudos das arenas redistributivas é a batalha pelo Estado de Bem-Estar Social da década de 1930. Nessa arena, há explicitações mais visíveis de interesses de classes, divididas em duas categorias, as provedoras de recursos e as demandantes de serviços. É uma arena que costuma ter uma estabilidade de interesses compartilhados. Alonso e Casalino (2024) categorizam as políticas públicas de saúde como redistributivas. Segue, abaixo, o quadro 04 exemplificativo delas em relação a povos tradicionais, com foco em povos de terreiro.

**Quadro 04: Políticas Públicas Redistributivas**

| Políticas Públicas Redistributivas |
|---|
| **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**<br>• Desde 2005, o MDS inseriu na versão 7 do Cadastro Único para Programas Sociais (CADUNICO), a possibilidade de pessoas pertencentes a comunidades tradicionais de Matriz Africana se identificarem enquanto tais, promovendo redistribuição de recursos específicas voltadas à alimentação, acompanhamento e financiamento de políticas municipais. |
| **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**<br>• Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. |
| **Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008**<br>• Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". |
| **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**<br>• institui o Estatuto da Igualdade Racial, que visa garantir a igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos e o combate à discriminação racial. |
| **Lei nº 8.750, de 9 de maio de 2016**<br>• Institui o Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais |
| **Lei nº 13.796, de 3 de janeiro de 2019**<br>• Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para fixar, em virtude de escusa de consciência, prestações alternativas à aplicação de provas e à frequência a aulas realizadas em dia de guarda religiosa. |
| **Decreto nº 8.750/2016, atualizado pelo Decreto nº 11.481/2023**<br>• Reconhece nacionalmente os Povos e Comunidades Tradicionais, dentre essas as de terreiro, visando propor ações para a redução de desigualdades sociais. |
| **Decreto nº 12.278, de 29 de novembro de 2024,**<br>• Institui a Política Nacional para Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiro e de Matriz Africana, no âmbito da administração pública federal. |

**Fonte:** Autoria própria, 2024

A mais recente política da arena redistributiva que foi publicada é o decreto nº 12.278, de 29 de novembro de 2024, que, por ser ainda recente, não existe como dialogar sobre possível efetividade dele. Então, vamos seguir o caminho de apresentá-lo.

O decreto se alicerça no reconhecimento e no enfrentamento ao racismo, visando proteção de comunidades tradicionais, além de preservação e difusão do seu patrimônio material e imaterial. Em seu texto, propõe a elaboração de um plano de ação para o biênio 2025-2026, que poderá ser executado em regime de cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, mediante a assinatura de termo de adesão. Um dos eixos é o racismo religioso. Tanto a implementação da Política quanto a execução do plano serão coordenadas pelo Ministério da Igualdade Racial, muito embora haja a designação da formação de um comitê gestor com outros ministérios e órgãos governamentais.

Contudo, não há uma dotação orçamentária específica, ela é atrelada às dotações orçamentárias da União consignadas anualmente aos orçamentos dos órgãos e das entidades envolvidas, observados os limites de movimentação, de empenho e de pagamento estabelecidos anualmente e recursos próprios dos Estados, Distrito Federal e Municípios, além de doações. Portanto, consideramos que tem alguma probabilidade de ser pouco implementada em termos práticos, da mesma forma que é baixa a adesão dos municípios à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNAISPN).

Não existe uma política pública de saúde voltadas especificamente para os povos de comunidades tradicionais de terreiro, como existe para outros povos tradicionais, a saber: Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014 e Povo Cigano/Romani, Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Contudo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, que atravessa todos os povos, mas enfatiza suas diretrizes e ações para os povos e comunidades de terreiro/matriz africana e para os quilombolas do Brasil.

Assim, avaliamos que o Estado brasileiro tem edições de diversas políticas públicas de acesso à comunidades tradicionais de terreiro, contudo, elas não são efetivadas eficazmente. A efetivação de uma política pública não depende apenas do texto dela, pois é executada por pessoas no dia-após-dia, assim, enquanto o racismo

compuser os modos de vida e de subjetivação da população brasileira, enquanto o racismo religioso for naturalizado e invisibilizado, e enquanto o racismo institucional passar despercebido, as barreiras sócio-organizacionais e psicossociais estarão ativas no impedimento do acesso de povos de comunidades tradicionais de Candomblé às políticas públicas de diversos setores, especialmente, dialogada nesse tese, a saúde de modo integral e equânime.

# 3 METODOLOGIA

Partindo do objetivo de refletir sobre cuidado em saúde pública integral para população vinculada a religião de matriz africana, no âmbito do Sistema Único de Saúde, trilhamos um **caminho metodológico** ancorados no construcionismo social e em parceria com um Terreiro de Candomblé da cidade de Juazeiro do Norte, no sertão do Ceará (CE), região do Cariri, o *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá* e contando com a colaboração de uma Unidade Básica de Saúde referência para a população do Terreiro. Para dialogarmos com os interlocutores usamos ecomapas e entrevistas com o povo-de-santo e entrevistas com os/as trabalhadores/as da saúde. Para analisarmos os dados produzidos, utilizamos mapas dialógicos. O detalhamento de nossas escolhas metodológicas será feito a seguir.

## 3.1 TIPO DE ESTUDO

> As multiplicidades da vida (...) nos move nessa adrenalina de não serenar em um “porto seguro” de uma teoria ou metodologia. Mas não é só isso o que nos move a tornar nossa vida inseparável dos nossos modos de pesquisar e seguir em frente. (...)Reconhecer que método não é meio de acessar algo, mas sim de se (re)construir no que estudamos e pesquisamos. (Spink, Medrado, Mèllo, 2014, P.26 -27)

Foi realizada uma **pesquisa qualitativa** partindo do referencial teórico-metodológico do movimento construcionista social, portanto, não pautado numa dualidade sujeito-objeto e assumindo um posicionamento (1) **não representacionista** (em que a linguagem é compreendida como uma forma de ação no mundo e o discurso uma prática discursiva); (2) **antiessencialis**ta (na medida em que somos construídas em práticas sociais e não determinadas por uma natureza imanente); (3) **antirrealista** (que nos convida a um postura relativista, na qual a realidade é

configurada não a partir de estruturas pre-determinadas, mas em um emaranhado de versões construídas, negociadas e disputadas em coletividade) (Méllo *et al*, 2007; Medrado; Spink; Méllo, 2014; Spink; Frezza, 2013; Bernardes; Santos; Silva, 2015).

**Essa abordagem (ou movimento)** se define como pós-estruturalista e critica a racionalidade eurocêntrica, no contexto da modernidade, que se baseia na própria construção do conceito de ciência e de seus métodos. Assim, amplia-se a colonialidade na produção de saberes, ao depositar credibilidade em uma verdade universal, fundada em uma suposta realidade observada e descoberta por meio de uma neutralidade científica. Nesse sentido, fazer um trabalho acadêmico que se diga insurgente, precisa ir à fronteira desse formato. Assim, o movimento construcionista social veio ao encontro desse meu interesse.

**Não existe uma definição única para construcionismo social**, nisso, parece- me mais coerente falarmos em trilhas construcionistas. Contudo, pode-se pensar que esse movimento esteja ligado a críticas ao modelo moderno de ciência e à busca por resposta não encontradas nesse modelo, perpassando três linhas principais de críticas: social (o conhecimento é cultural e historicamente situado), ideológica (as teorias têm vieses nas suas construções que as ligam a determinados grupos sociais, portanto não há neutralidade) e retórico literária (as metáforas usadas para explicações não se derivam de observações neutras diretas, mas de regras literárias capazes de produzir persuasão) (Sanches-Justo *et al,* 2010; Spink, Medrado e Méllo, 2014).

Ressalto que não tem como nenhum pesquisador produzir qualquer conhecimento fora das suas implicações e atravessamentos. Portanto, se faz necessário que esses estejam nítidos tanto para o leitor quanto para o próprio pesquisador, de modo a deixar explícito as práticas e as teorias que são construídas sobre elas, deixando-as situadas como produtos humanos e localizados socialmente. Dessa forma, não existe um campo no qual se vai procurar descobrir verdades, o tema de estudo perpassa o cotidiano do pesquisador, podendo ser dito como um campo-tema (Spink, Medrado e Méllo, 2014).

Nessa **abordagem construcionista**, o campo extrapola o microlugar da produção direta das de enunciados, pois é um campo-tema. Considera-se que **o tema pesquisado** se torna campo constante para o pesquisador o qual, por intermédio da atenção flutuante, produz informações diversificadas em cenários cotidianos nos quais se fala, se dialoga ou se escuta sobre o campo e o objeto de estudo. Com isso, **o pesquisador** está sempre imerso no seu campo para além dos microlugares delimitados no seu projeto (Batista, Bernardes e Menegon, 2014).

Contudo, para um melhor detalhamento metodológico, foi especificado o espaço de um terreiro de candomblé da cidade de Juazeiro do Norte (CE): *Candomblé Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá*. A escolha deveu-se ao fato de a pesquisadora ter parcerias de trabalhos e lutas em movimentos sociais com a população desse Terreiro, de modo que os laços firmados possibilitaram uma vivência mais contínua nas parcerias deste trabalho. Ademais, esse Terreiro vivência cultos ligados, unicamente, ao Candomblé, o que possibilita um encontro mais específico com os objetivos da pesquisa. Vale ressaltar, que antes da proposição do anteprojeto, do qual resulta essa tese, ao programa de pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco, houve um diálogo entre a pesquisadora e a sacerdotisa sobre a possibilidade de parceria na construção desta e na publicação de materiais de modo a visibilizar, no espaço acadêmico, as demandas por políticas públicas efetivas para o povo de santo.

*O* ***Candomblé Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá*** **é de Nação DjeDje** e cultua Voduns, descreve em seu estatuto social de organização religiosa que o Terreiro é o espaço devotado a estada de fiéis, aos atos e rituais religiosos, inclusive nos ambientes a céu aberto. Ele preserva a língua Ewê, de origem na costa oeste africana, nos povos Fons do país Benin, que desenvolveram o império de nome de Daomé. Os povos de Benin chegaram ao Brasil sequestrados para escravização por via do litoral de Minas Gerais, sendo explorados no trabalho em mineração (Almeida e Boaro, 2016).

O *Candomblé Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá* tem raízes na família de Santo do Terreiro *Omidandereci Mutalegi*, ambos com sede na mesma rua, em um bairro periférico da cidade de Juazeiro do Norte chamado de João Cabral. Em novembro de 2019, a Doné Herlania fundou o seu espaço sagrado, deixando de exercer funções de sacerdotisa no Omidandereci, local onde nasceu para o Santo ainda na adolescência e onde tinha como mais velha a Mãe Maria, a qual, além de ser a sua Mãe de Santo, também é a sua sogra, pois Herlania é casada com um filho biológico da Mãe Maria (que exerce a função de Ogan no Terreiro) e tem com ele uma filha de 23 anos (*Ekede* no Terreiro) e um filho de 2 anos de idade.

## 3.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES PARA ANÁLISE

Inicialmente foi realizada uma **revisão dialógica da literatura**. A opção por essa forma de visitar textos produzidos por outros autores sobre a temática, está ligada à congruência desta com o movimento construcionista social e com os objetivos da pesquisa em si que resulta nesta tese. Essa modalidade de revisão possibilitou um processo criativo de diálogo entre a pesquisadora e outros membros da comunidade científica, quanto com as produções desses membros entre si, ratificando o posicionamento de que o significado e a compreensão são construídos entre as pessoas e que não há uma verdade ou uma realidade absoluta a ser encontrada nas produções científica.

Seguindo as reflexões de Santana e Bernardes (2019) essa trilha metodológica permite trabalhar a literatura de modo dinâmico, sem fazer reduções voltadas á quantificação, á sumarização e a simples reprodução das falas de autores como em um processo distante, pois se compreende que as produções textuais se conectam entre si e expressam muitas vozes contextualizadas cientificamente, culturalmente e envolvem paradigmas. Assim, produções textuais resultam de um processo de processo de Interanimação Dialógica (MONTUORI, 2005; WALKER, 2015; BAKHTIN, 1997).

Dessa forma, procuramos textos que tinham conexão com a problemática e os objetivos da tese. Em seguida foram lidos e, feitas resenhas estabelecendo conexões e interações relacionais entre eles, permitindo que dialogassem entre si, de modo respeitoso.

> Eu busco textos que estão conectados pela questão de pesquisa. Leio e escrevo a resenha fazendo conexões, explorando os padrões e a interação relacional entre os textos. Eu permito que eles “falem” uns com os outros em discussões e debates respeitosos. Meu papel é literalmente o de maestro: definir o andamento, coordenar e harmonizar o texto enquanto o leitor se torna a pessoa que ouve uma improvisação de Jazz. (WALKER, 2015, s/p – tradução livre)

Concomitantemente, o **projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE**, sendo aprovado com o parecer de número: 6.463.368. Na sequência, foi realizado o mapeamento de serviços de saúde usados pelos adeptos do Terreiro parceiro na pesquisa. Esse mapeamento foi necessário para identificarmos quais serviços formais de saúde são utilizados e nos guiar na escola de profissionais para serem entrevistados na etapa posterior. Para tanto, foram realizadas conversas com eles, individualmente, nas quais eles desenharam ecomapas. Esse instrumento de intervenção e diagnóstico familiar no âmbito da saúde coletiva, em especial da atenção primária, foi adaptado para fins da pesquisa no caminho desta tese, conforme pode ser visto no anexo 1.

**O ecomapa** é uma tecnologia gráfica, usada em saúde coletiva na comunidade, que serve para mapear as relações e os tipos de vínculos que uma família tem com equipamentos socias comunitários, possibilitando uma leitura de redes de apoio, por meio de um desenho ecológico, que pode ilustrar os vínculos considerando, por exemplo: força da ligação (fraca; tênue/incerta; forte); Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/energia); Qualidade da ligação (estressante, harmônica, conflituosa, sem conflitos) (Agostinho, 2007).

**A adaptação** que foi realizada durante a realização da pesquisa disse respeito ao seguinte procedimento: o entrevistado foi considerado como central na estrutura do desenho (ao invés da sua família), e convidado a desenhar os espaços que considerava de saúde e os tipos de vínculo que considerava ter com cada um na cidade de Juazeiro de Norte e no bairro onde ele reside. Durante a construção, foi estabelecido um diálogo no qual ele falou sobre as suas experiências de acesso aos serviços públicos de saúde. Antes de iniciar o procedimento, foi pedido que o participante lesse e assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de consentimento para uso de imagem e som.

**O diálogo** foi gravado e posteriormente transcrito, o que possibilitou a construção de um mapa dialógico. Foram entrevistadas 5 pessoas do Terreiro, de acordo com a disponibilidade dos adeptos do Terreiro em participar do estudo no dia proposto. Foram 3 homens cis e duas mulheres cis, todos maiores de 18 anos, com mais de sete anos de vivência no Terreiro. Durante a produção dos ecomapas, não foi observado nenhum tipo de desconforto por parte dos participantes, que foram distribuídos de nomeados conforme o quadro 05 abaixo. O pseudônimo escolhido foram nomes de cores. A escolha se deu de modo aleatório de acordo com a cor do pano de fundo do desenho dos ecomapas produzidos por eles. As cores do pano de fundo seguiram a paleta apresentada pelo site de tintas coral (2024).

**Quadro 05: Interlocutores do Terreiro**

| Pseudônimo – imagem | | Identidade de gênero | Raça/cor autoatribuída |
|---|---|---|---|
| Oceano | | Homem Cisgênero | Negro/Pardo |
| Buquê Lilás | | Homem Cisgênero | Negro/Pardo |
| Orquídea | | Mulher Cisgênero | Negra/preta |
| Banco de Areia | | Homem Cisgênero | Branco |
| Amarelo | | Mulher Cisgênero | Branca |

**Fonte:** Autoria própria, 2024

Após a **identificação dos serviços de Unidades Básicas de Saúde** mais utilizados na comunidade onde os participantes residem, foi feita uma entrevista com trabalhadores/as da saúde desse espaço, com base em um roteiro, o qual foi usado de modo flexível, sendo apenas um guia para o diálogo que se deu de forma fluida, sendo acrescentadas perguntas e reflexões de acordo com o contexto da conversa com cada interlocutor. **O roteiro**, conforme pode ser visto no anexo 2, discorreu sobre a aproximação dos/as trabalhadores/as da saúde com os Terreiros da Comunidade, bem como as singularidades mapeadas e as ações desenvolvida pela UBS junto a essa população.

**Foram entrevistados**: **uma recepcionista**, pois é a pessoa que acolhe e direciona os espaços e a agenda de cuidado nas Unidades Básicas de Saúde, além de **uma agente comunitária de saúde (ACS)** pois ela é quem faz a ponte de ligação e contato da comunidade com o serviço, sendo responsável por realizar visitas e dialogar com a equipe de saúde sobre as demandas identificadas na comunidade. Também, foram entrevistados **um profissional de medicina** e **um de enfermagem**, pois eles são obrigatórios nas estratégias de saúde da família e lidam diretamente com as estratégias de assistência em saúde das comunidades adscritas. Também participaram **1 atendente de farmácia** (homem cis, pardo) e **1 técnica de enfermagem** (mulher cis, branca). Para esses interlocutores, foram atribuídos pseudônimos, também, da paleta de cores do site de tintas coral (2024).

**Quadro 06: Interlocutores do Serviço de Saúde - UBSf**

| Pseudônimo – imagem | Identidade de gênero | Raça/cor autoatribuída |
|---|---|---|
| Verde Escolar | Mulher cisgênero | branca |
| Verde Primavera | Mulher cisgênero | branca |
| Verde Angra | Homem cisgênero | Branco |
| Verde Nilo | Homem cisgênero | Branco |
| Verde Timbalada | Homem cisgênero | Negro/Pardo |
| Verde Colonial | Mulher cisgênero | Branca |

**Fonte**: Autoria própria, 2024

Antes de **iniciar o procedimento**, foi pedido que o participante lesse e assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de consentimento para uso de imagem e som. **As entrevistas** foram gravadas e transcritas sendo usadas na construção de um mapa dialógico. Todas as pessoas entrevistadas trabalhavam há mais de 4 anos na unidade de saúde que mais é utilizada pelos adeptos do Terreiro *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá,* e manifestaram disponibilidade de responder a entrevista.

## 3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As **análises dos documentos e textos agrupados para a revisão dialógica de literatura** seguiu um perfil artesanal adaptado de algumas etapas da leitura informativa apresentada por Marconi e Lakatos (2011):

a) **leitura de reconhecimento e pré-leitura** - aqui partimos dos arquivos identificados no levantamento com termos de busca em bancos de dados científicos e de leituras textos de autores clássicos do marco referencial do objeto dessa tese. Nese etapa foram realizadas leituras rápidas para identificação dos conteúdos dos materiais separados.

b) **leitura seletiva** - nessa etapa, os textos foram relidos e marcados de acordo com informações relevantes para os objetivos da pesquisa.

c) **leitura crítica ou reflexiva** – momento no qual foram realizados alguns fichamentos comentados, visando um maior aprofundamento nos discursos de cada autor que já haviam sido destacados na etapa anterior.

d) **leitura interpretativa** - etapa na qual formos interlaçando diálogos entre os discursos dos autores, em forma de produção de textual.

**Os textos resultantes da leitura interpretativa** serviram de base para localizar afetações pessoais e posicionadas em minha trajetória, além de interrelações entre os discursos dos autores e dos meus interlocutores, produzindo sentidos e resultando em uma revisão dialógica de literatura. Ou seja, aqui, fiei um bordado tecido por teorias, diálogos, afetos, trilhas vividas por mim no enlace da pesquisa com autores

de textos escritos, com meus interlocutores, com todas as pessoas que me acompanharam na produção e alguns outros momentos da minha vida e que estão inscritas em mim (familiares, amigos, movimentos sociais, colegas de trabalho, pessoas de terreiro, ancestralidades, sagrado).

Para **o mapeamento dos serviços de saúde** partimos dos desenhos dos ecomapas que nos deram pistas para organizamos quadros legendados sobre contextos de acesso, tipo e descrições de serviços de saúde formal ou comunitário e distância destes para o terreiro, além de um mapa georreferenciado.

**Na análise das entrevistas**, utilizamos mapas dialógicos, uma ferramenta que possibilitou visualizar as vozes, as Inter animações, as posições, a dialogia nos discursos, e proporcionou um trajeto metodológico de visualização e análise de repertórios linguísticos, que podem ser entendidos enquanto linguagens sociais, discursos próprios de um estrato social e que favorecem a construção de um glossário, mesmo que este não seja exclusivo somente ao grupo que o produziu (Nascimento; Tavanti; Pereira, 2014; Aragaki, Piani e Spink ,2014).

Para a **produção dos mapas dialógicos**, foram realizadas, inicialmente transcrições, feitas manualmente por mim, sendo os áudios ouvidos por algumas vezes, como forma de conexão com os sentidos produzidos pelos interlocutores. Partindo do que foi me atravessando ao ouvir os discursos dos interlocutores, fui grifando, com cores diversas, trechos nas transcrições, de acordo com os sentidos atribuídos, e assim, desenhando possibilidades de categorias analíticas também enlaçadas com os objetivos dessa tese. Esses grifos foram organizados por suas cores em colunas das tabelas de Excel e dialogadas com o meu orientador. As problematizações e o fios que compomos nesse processo resultaram nas configurações de mapas, conforme exemplificado nas imagens abaixo.

**O primeiro mapa produzido** foi um guia, uma bússola, com o desenho da pesquisa de modo a “sulear” (postura que tem o Sul e não o Norte como referência) a atenção na análise dos dados (imagem 09).

**Imagem 09: Mapa bússola para análise dos dados com base no desenho dos objetivos da pesquisa**

| | | |
|---|---|---|
| **Titulo:** CUIDADO EM SAÚDE PÚBLICA INTEGRAL, EQUÂNIME E UNIVERSAL NO ÂMBITO DO SUS: Atravessamentos do racismo religioso contra povos tradicionais de terreiro de candomblé | | |
| **Objeto:** cuidado em saúde pública para povos Tradicionais de terreiro de candomblé | | |
| **Objetivo Geral:** Refletir sobre cuidado em saúde pública integral, equânime e universal para povos Tradicionais de terreiro de candomblé no âmbito do Sistema Único de Saúde | | |
| **Objetivos específicos** | **metodologia - produção de dados** | **Metodologia de análise** |
| • refletir sobre respostas do estado brasileiro a demandas e necessidades em saúde de populações vinculadas a religiões de matriz africana; | Revisão narrativa documentos oficiais que apresentem polítcas píblicas para povos | Leitura Informativa |
| • Mapear serviços públicos de cuidado em saúde acessados por uma comunidade tradicional de terreiro de candomblé em Juazeiro do Norte; | Entrevista - ecomapas<br>Micro-espaço: terreiro | análise de ecomapas, produção de mapa de georreferenciamento e quadros com especificações dos serviços de saúde. |
| • Compreender critérios, prioridades e estratégias usadas por essa comunidade para acessar serviços publicos de cuidado em saúde; | Entrevista<br>Micro-espaço: terreiro | Mapas dialógicos |
| • Analisar, do ponto de vista dos princípios da equidade e universalidade, tecnologias (discursos, práticas discursivas, ferramentas, procedimentos etc.) de cuidado em saúde ofertadas por esses serviços públicos para essa população. | Entrevista<br>Micro-espaço: UBSf (Local público mais acessado) | Mapas dialógicos |

**Fonte:** Autoria Própria, 2024

Em seguida, apresentamos o modelo do mapa dialógico produzido para analisar os discursos nas entrevistas com a comunidade do *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá* (imagem 10). As palavras escritas em preto simbolizam discursos da pesquisadora, as palavras escritas em vermelho são discursos dos interlocutores, que foram sendo destituídos na tabela como passos de danças que vão e vêm de acordo com ritmo da melodia, das vozes, das interanimações estabelecidas e negociadas entre os interlocutores.

**Imagem 10: mapa dialógico *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá***

OBJETIVO 1: Compreender critérios, prioridades e estratégias usadas por essa comunidade para acessar esses serviços;

| interlocutor/a | Exploração de cenários e contextos na busca por locais de cuidado em saúde | Locais de cuidado em saúde buscados | Tudo tranquilo aqui? | Eu sou mais um (sujeito universal)? | Particularidades além das causas biomédicas | Eu tô pagando | Ações relevantes no contexto | Algumas reflexões iniciais |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | acho que tem uma cultura | | | | | | | |
| | | | se acontecer em | | | | | |
| | Entendi | | | | | | | |
| | | | Nós precisamos que | | | | | |
| | | | | | Assim também | | | |
| | | | | E tem alguma | | | | |
| | | | E ele é ali está. | | | | | |
| | Entendi. Você já teve alguma situação contigo ou | | | | | | | |
| | | | Já aconteceu comigo | | | | | |
| | em um dos abortos que eu | | | | | | | |
| | | | aconteceu um | | | | | |

**Fonte:** Autoria Própria, 2024

Agora, apresentamos o modelo do mapa dialógico produzido para analisar os discursos nas entrevistas com os/as trabalhadores/as da saúde do Serviço formal público mais utilizado pela comunidade do Povo-de-santo parceira na pesquisa (imagem 11). As palavras escritas em preto simbolizam discursos da pesquisadora, as palavras escritas em vermelho são discursos dos interlocutores. Aqui, também, as vozes são distribuídas na tabela do Excel de modo fluido, podendo dar a sensação do fluxo do diálogo e dos passos de encontros e desencontros entre os meus interlocutores e eu que compartilhamos o mesmo contexto de sermos trabalhadores/as da saúde na atenção primária no mesmo município, embora sendo em Unidades Básicas de Saúde da Família diferentes.

**Imagem 11: Mapa dialógico dos/as profissionais da saúde**

OBJETIVO 2: Analisar, do ponto de vista dos princípios da equidade e universalidade, tecnologias (discursos, práticas discursivas, ferramentas, procedimentos etc.) de cuidado em saúde ofertadas por esses serviços públicos para essa população.

| interlocutor/a | Particularidades além das causas biomédicas. religiosidade no contexto do cuidado em saúde | normal ou estranho? | Entre universalidade e equidade | Tudo tranquilo aqui | atividade em saúde no Território | outros |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | [illegible] | |
| | | | | | Acho que não, acredito | |
| | | | | | Que não, né? | |
| | | | | | Porque eu me lembro, | |
| | | | | | Entendi, entendi. | |
| | | | Pode até fazer, | | | |
| | | | Sim | | | |
| | | | Em termos de | | | |
| | | | Sim, verdade. | | | |
| | O senhor já atendeu | | | | | |
| | Já tem, mas | | | | | |
| | Como é que o senhor | | | | | |
| | As vezes quando está | | | | | |

**Fonte**: Autoria Própria, 2024

Os mapas dialógicos resultantes dessas produções possibilitaram a compreensão de repertórios linguísticos. Foram construídos, como produção artesanal, em formato de tabelas no programa *Microsoft Excel*, em um único arquivo, divido em planilhas, sendo uma planilha para cada mapa dialógico. As colunas das planilhas corresponderam as categorias e as linhas corresponderam a recortes de produções discursivas dos participantes.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES: TECENDO SENTIDOS VIVIDOS NA PESQUISA

Aqui articulamos sentidos produzidos no interlace com interlocutores (Pessoas de Candomblé, trabalhadores/as da saúde e autores de textos escritos) durante a pesquisa. **A linguagem nesse tópico** se desenvolve na primeira pessoa do plural (nós), pois tenho a convicção de que não ando só e de que as produções aqui estão articuladas com minhas ancestralidades e com o apoio da rede social que tenho, a saber: família, amigos, meu orientador, os povos de terreiros, a Articulação Nacional formada por Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) (ANPSINEP) e o comitê

impulsionador em defesa da liberdade religiosa. Todas e todas essas pessoas e coletivos contribuíram para pensar os passos, os posicionamentos e os sentidos nessa escrita.

Sentidos, aqui, diz respeito não a um entendimento cognitivo, mas aos caminhos indicados por meio da ação discursiva. **A palavra**, a fala, a expressão tem potência de mover o mundo, ou seja, de impulsionar para permanência em estruturas de opressão ou para trilhar percursos de desmontes dessas estruturas. Assim o discurso é ação que produz caminhos no mundo, na vida, no cotidiano. Para Spink (2010) o sentido é um empreendimento coletivo que está envolto na dinâmica das relações sociais em locais períodos históricos específicos, nos quais as pessoas constroem termos que mobilizam posicionamentos na vida cotidiana,

**No primeiro momento dos resultados e discussões**, no tópico (4.1) Corpo (físico-mental-espiritual) e Saúde-doença-cuidado: engendrando sentidos em encruzilhadas dialéticas, dialogamos sobre sentidos produzidos em relação ao corpo, a saúde, doença e cuidado que parecem ser vividos pela comunidade *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá*. Os instrumentos que possibilitaram essas análises foram os diálogos durante as produções de ecomapas e os mapas dialógicos.

**No tópico seguinte**, (4.2) mapeando afetos em espaços de cuidado em saúde: tecendo a rede de cuidados a partir do Terreiro, dialogamos com o mapa dos serviços utilizados pela comunidade de Candomblé que é parceira na pesquisa, *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá*. Nesse ponto, oportunizamos, também, reflexões sobre os tipos de vínculos que são formados com esses serviços, partindo da leitura de ecomapas e mapas dialógicos.

Na sequência, temos o tópico (4.3) **Entre universalidade e equidade**: tudo tranquilo aqui (?), no qual abordamos a oferta do cuidado em saúde pública em uma unidade básica de saúde (UBS), por uma equipe de saúde da família que foi mais citada pelos interlocutores do Terreiro e que tem a adscrição da área territorial deste. Os sentidos desses cuidados foram tecidos por meio de entrevistas e mapas dialógicos. Esses instrumentos, também, serviram para, no tópico seguinte, (4.4)

Desenhando estratégias de acesso aos serviços formais de saúde: desviando do “ferro em brasas”, dialogarmos sobre estratégias de acesso desse povo aos serviços de saúde, tendo foco na integralidade do cuidado com base nos princípios da universalidade e equidade no SUS.

## 4.1 CORPO (FÍSICO-MENTAL-ESPIRITUAL) E SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO: ENGENDRANDO SENTIDOS EM ENCRUZILHADAS DIALÉTICAS

Nesse espaço do texto, traço reflexões partindo de diálogos que aconteceram durante a produção de ecomapas, que visaram mapear serviços públicos de saúde acessados por uma comunidade tradicional de terreiro de candomblé em Juazeiro do Norte, além dos vínculos com estes. Nesse diálogo, inicialmente foi possível pensar sobre os sentidos produzidos em relação à saúde-doença- cuidado para esse povo, que foram analisados partindo da produção de mapas dialógicos.

Sendo o cuidado vivido no cotidiano e pautado em conhecimentos e modelos explicativos sobre a vida, o mundo, a saúde e a doença, discorrer um pouco sobre epistemologias que envolvem a compreensão da doença podem dar pistas para a problematização de construções sociais, não ocidentais.

**A produção de sentidos sobre saúde pela comunidade de Terreiro** remeteu a um estado amplo de bem-estar espiritual-físico-mental (a unificação separação por uso hífen é proposital, pois foi apresentada uma delimitação fluida das barreiras entre essas dimensões). Para Sá Jr. (2004) e Niel (2017) o bem-estar é uma noção subjetiva de se sentir bem, sem sofrimento (somático ou psíquico) e sem prejuízo no desempenho pessoal ou social. Advogam, ainda que pode ser definido como uma sensação de superação de dificuldades cotidianas da vida.

> *Eu acho que a saúde seja ... algo assim do tipo, melhoria. (Oceano)*
> *Porque eu venho ao Candomblé, mas eu procuro bem uma saúde espiritual, uma saúde de paz, uma saúde para tranquilizar minha mente, entendeu? (Oceano)*

> Para esse bem-estar, o Sagrado pareceu ser o primeiro caminho de cuidado, até mesmo para indicar a dimensão inicialmente afetada e o caminho da cura.

> *... passar nossos Ebos, nossas oferendas, até ir ao jogo de Búzios que vai nos orientar se a gente deve ou não procurar um serviço de saúde específico. (Orquídea).*

> *E eu não tinha entendimento sobre nenhum tipo de espiritualidade. Eu era altamente preconceituoso daqueles que se veem e jogavam pedra. E aí fui para todo tipo de médico, meus pais me levaram, tudo, para ver o que era, se podia ser algum problema mental, algum distúrbio. E todos os meus exames deram normais, todos. E às vezes, sempre quando eu sentia, era mais à noite, era mais seis horas da noite, era uma dor de cabeça de desmaiar, ... E aí, eu comecei a tomar remédio, remédio, remédio. E aí quando eu comecei a trabalhar. E aí você sabe que no meio desse convívio sempre tem alguém espírita, umbandista, candomblecista. E aí a gente foi conversando e ele (um colega de trabalho) disse, o seu problema é espiritual. (Banco de Areia)*

**A doença** foi citada como produção de sintomas no âmbito físico, porém como resultante de relações nas encruzilhadas de dimensões complementares física-mental- espiritual. Assim, a busca por cuidado pode ser em todas as dimensões da existência e não havendo empecilhos para o uso concomitante de todas essas tecnologias. Contudo, quando a doença é significada como tendo o ponto de partida nas dimensões física e mental, o cuidado vai ser buscado essencialmente em serviços formais da rede de saúde, já se for na dimensão espiritual, o cuidado é direcionado ao Terreiro.

Isso porque, estando a doença e a saúde apoiadas no fundamento do Axé, existem multiplicidades de terapêuticas para restabelecer o equilíbrio, que mesmo se manifestando por meio de uma doença de ordem física, existirá um componente de uma dimensão espiritual, como por exemplo: não cumprimento de obrigações, influências de espírito desencarnados, ação negativa de pessoas encarnadas. As terapias podem ser várias: *ebó, bori*, ervas, folhas, banhos, benzeduras, beberagens, limpeza do corpo e do espírito, aconselhamentos, acendimento de velas, imposição de mãos... (Pinezi e Jorge, 2014, Mota e Trad, 2011).

Dito deste modo, percebe-se que **os cuidados com saúde nos Terreiros** não são práticas complementares ou secundárias, são seu eixo central, haja vista que na

doença sempre são reconhecidas, em maior ou menor grau, como resultante de algum “desequilíbrio” e articulado com dimensão transcendente. Partindo dessa epistemologia, os cuidados complementares em saúde são os ofertados em serviços tidos como formais, incluindo os das políticas públicas no SUS. Para o povo de Santo, não há nenhuma hesitação em usar o sistema complementar dito formal.

> *vou lá no Santo ver se tem alguma coisa, jogar um Búzio ou passar uma água, todo tipo pra ver se é energia negativa que eu contraí ou algo assim do tipo. E vai cair o odum, se você está doente ou não. E doente fisicamente, né? (Orquídea).*

> *Aí me abraçou e disse que me apoiava em tudo que eu quisesse, fazer em tudo (Pai biológico) ...E sabia que os problemas de saúde que eu tinha era justamente isso (referindo-se à espiritualidade). Eu disse, porque o senhor nunca me disse, me levou foi por médico, para estar fazendo exame? (Banco de Areia)*

Essas reflexões parecem corroborar com o que Silva (2015) discute ao falar do **corpo no Candomblé** como sendo tridimensional, integrado em dimensões física, mental e espiritual, estando estas em permanente movimento dialético. A noção do corpo compreende uma criação transcendente com elementos da natureza das próprias divindades (terra, água, fogo e ar), portanto o ser humano é indissolúvel da natureza de onde veio, onde vive e para onde retorna. Então, saúde, doença e cuidado precisam estar interligados e em movimento constante, não sendo uma condição, mas um estado, assim, uma vida plena depende do equilíbrio entre todas essas dimensões.

> A dupla acepção sobre o corpo (humano e divino) modela a percepção do candomblecista sobre os cuidados com a saúde. Cuidar do corpo é manter o axé e o equilíbrio e, ao mesmo tempo, fortalecer a relação com o orixá. É daí que emerge a ideia de “corpo fechado”, mas que pode se abrir em determinadas ocasiões por conta do desequilíbrio do axé, quando então o mesmo fraqueja e a doença se manifesta (Silva, 2015, p. 37)

Assim, **a doença** parece ser apresentada como sintoma, que podem ter origem em qualquer dimensão material/espiritual da existência. **A saúde** parece ser apresentada como algo amplo que envolve vínculo, condições de cuidar dos outros e dar caminhos de desenvolvimento. Desse modo, viver a espiritualidade parece central

para a saúde de modo integral. Entretanto, se a base afetada estiver primeiramente na dimensão física ou mental, a pessoa doente é orientada a buscar cuidado em serviços formais de saúde (a dimensão da prevenção de agravos físicos por uso de vacinas também é direcionada para serviços formais), já se a base inicial afetada for a espiritual, o cuidado vai acontecer dentro do Terreiro.

De acordo com Macedo e Bernardes (2019) e Macedo et al (2017), os **Terreiros de Candomblé** se pautam numa cosmovisão africana e na transmissão de conhecimentos ancestrais pela oralidade, nesse sentido experienciam vivências contracoloniais de saúde-doença sendo e os procedimentos de cuidado ensinados pelos mais velhos. Essas formas vêm sendo historicamente invisibilizadas pela academia e desvalorizada pela ciência, trazendo a marca de um racismo sistêmico estruturado e naturalizado nas relações sociais no contexto brasileiro. Reconhecer isso não significa que os conhecimentos da acidentalidade devam ser totalmente desconsiderados, pois transformar diferenças em desigualdades é mais uma marca do capitalismo do que de vivências de aquilombamento, dito isto, ressalto que numa perspectiva afrorreferenciada, os saberes ocidentais podem ser acessados e agregados às formas de cuidar.

Ifadireó (2016, p. 162), corrobora com essa reflexão ao dizer que:

> Outro fator, igualmente importante, que a nosso ver permaneceu de certa forma negligenciado pelas abordagens sociais acadêmicas, surgidas a partir da segunda metade do século XX, foi a atenção dada à consistente capacidade de organização e conexão nos terreiros de candomblé, e como estes se mantiveram – diante das estruturas de preconceito, hostilidades e segregação racial que se perpetuaram durante todo o regime escravista – fiéis aos valores e aos objetivos culturais comuns mesmo diante de práticas como o sincretismo religioso. Assim, percebe-se que o estabelecimento de limites – que ora separavam, ora uniam os relacionamentos entre as diferentes nações étnicas, contribuíram para a preservação de um mínimo de identidade na religião tradicional africana –, ainda hoje faz parte do cotidiano dentro do terreiro, com o estabelecimento de níveis diferenciados de aprendizagem.

**Na cosmovisão afrodiaspórica, as elucidações sobre o viver** se pautam em epistemologia de interligação comunitária, assim, o cuidado e suas estratégias

acontecem na coletividade, então o culto e os preparativos dependem de muitas mãos humanas e divinas, mas não excluem as necessidades, complementares, de cuidados nas redes de saúde oficiais. **A própria construção das divindades nessa religiosidade** é de noção coletiva. Por exemplo, sendo o *Omulu/ Obaluaiê*, o Orixá da saúde, precisa que o culto seja aberto com Exu, o mensageiro e ainda, as ervas que curam são de sabedoria de *Ossaim/Ossain* que fala através de *Aroni* ou *eyè*, pássaro que pousa sobre a sua cabeça. Mas, apenas Omolu com o *xarará*, pode varrer a doença da Terra. Portanto, o princípio da vivência e da construção coletiva estão na fundamentação do candomblé e se concretizam nos seus modos de vida e de cuidado.

Apenas, após refletir sobre a noção de corpo tridimensional, de saúde-doença- cuidado como sendo interligados e interdependentes é que se pode passar para a visualização de mapas que dizem respeito aos locais de busca de cuidado em saúde por povos de Santo, pois esses mapas irão apresentar espaços comunitários, intersetoriais e do setor saúde.

## 4.2 MAPEANDO ESPAÇOS DE CUIDADO EM SAÚDE

**O território** é o lugar de produção social da saúde e o espaço de construção de identidades e vínculos da comunidade com os locais de cuidado em saúde e os agentes cuidadores, então identificar e reconhecer os fluxos de instituições cuidadoras em um território é central para analisar integralidade no cuidado. De acordo com Martines, Machado e Colvero (2013, p. 203)

Santos (2004, p. 63) diz que o território

> é um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá.

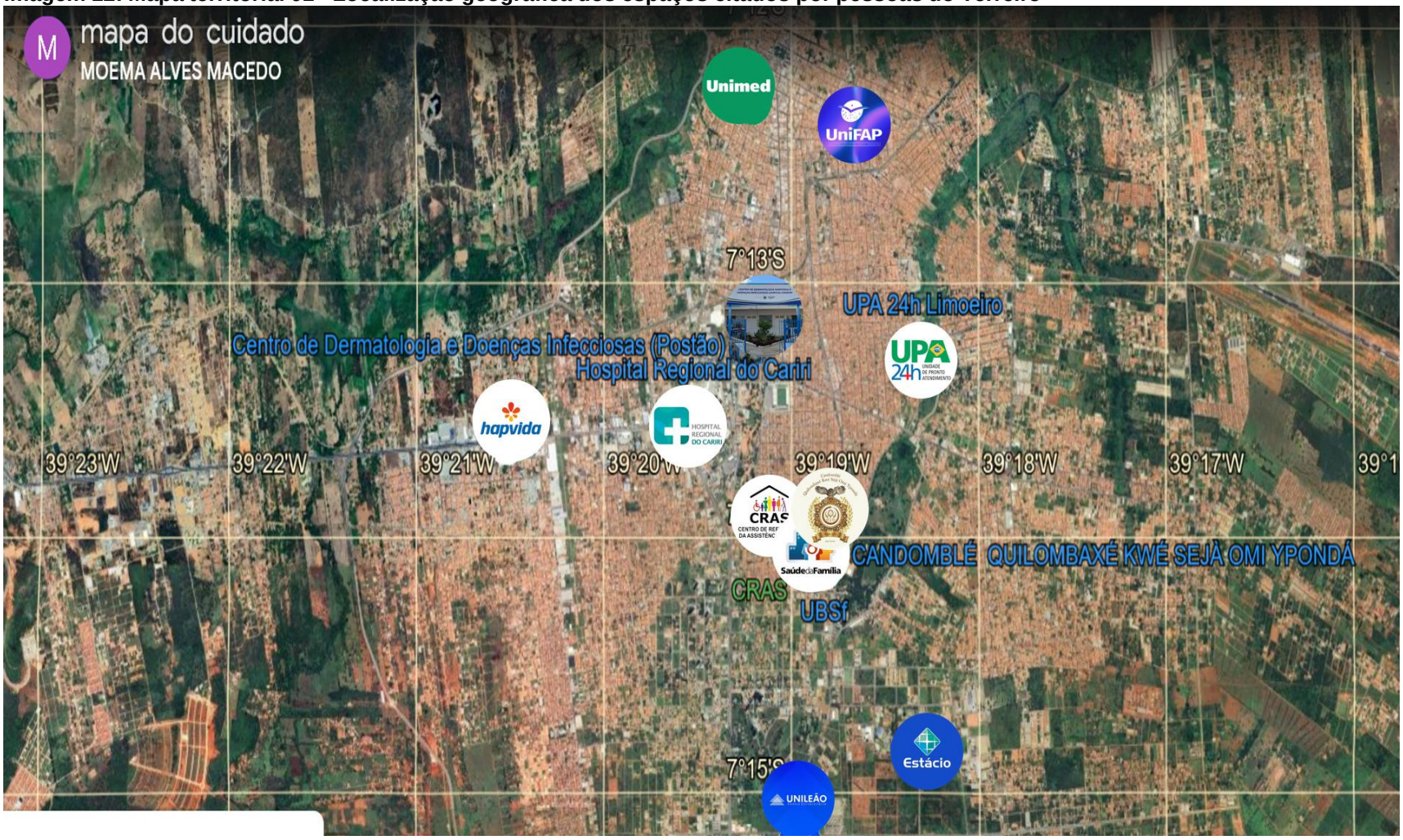
Portanto, **o território** abarca dimensões objetivas e subjetivas dos que nele vivem. Esse é um dos motivos de ser prática comum em equipes de saúde fazer um

desenho de um mapa territorial da sua área de abrangência de modo a identificar demandas e potencialidades locais. Então, a minha história de trabalho na atenção primária à saúde me deixou próxima dessa ferramenta a ponto de me mobilizar a pensar nela enquanto possibilidade de analisar o fluxo de instituições formais de saúde utilizadas pelo povo de terreiro parceira nessa tese.

Por conseguinte, afirmamos que visualizar os deslocamentos e as localidades citadas por nossos interlocutores, amplia o entendimento das relações de busca e de afetos permeados nos discursos deles e expressos nos ecomapas produzidos. Assim, nos lançamos na proposição de desenharmos um mapa territorial dessas buscas, resultando na produção abaixo (Imagem 12: Mapa territorial 01), a qual foi elaborada com uso da ferramenta Google Earth.[5]

[5] Mapa disponível em: https://earth.google.com/web/data=MkEKPwo9CiExWlJTS1o5dGIydVJuUDEzNmZOd0pveGNzMW50WUduUjUSFgoUMDVCODQ0MTk5RTM2MzZGQTZERTcgAUICCABKCAiR2ZPxAxAB

**Imagem 12: Mapa territorial 01 - Localização geográfica dos espaços citados por pessoas do Terreiro**




**Fonte:** Autoria própria, 2024

A localização e as especificidades dos locais de cuidado em saúde podem ser visualizadas no quadro 07 legendado abaixo:

**Quadro 07: quadro legendado - relação de locais de cuidado em saúde – tempo - distância**

| **Local de Cuidado m Saúde pela ordem dos mais citados** | **tempo e distância de caminhada do Terreiro ao local de cuidado em saúde** |
|---|---|
| Terreiro | 0 min. (0 m) |
| UBSf – Posto | 2min (160 m) |
| Rede particular – Consultórios – Clínicas particulares | Dispersos pela cidade – contudo, no bairro não existe nenhum |
| | 53 min (3,9 km) - Hospital UNIMED |
| | 54 min (3,9 km) - Clínica HapVida |
| Centro de dermatologia e Doenças infecto contagiosas | 33 min (2,3 km) |
| Hospital Regional do Cariri | 33 min (2,3 km) |
| UPA – limoeiro 24h | 29 min (2,1 km) |
| Farmácias | Dispersos pela cidade |
| Clínicas Escolas de Faculdades Particulares da Região | 34 min (2,4 km) – UNILEAO |
| | 47 min (3,4 km) – UNIFAP |
| | 34 min (2,3 km) – ESTÁCIO |
| CRAS - Centro de Referência da Assistência Social | 5 min (300 m) |
| Família | 0 min. |

**Fonte:** Autoria própria, 2024

A UBSf fica a 160 metros do Terreiro, remetendo a um tempo de caminhada em torno de 2 min. Ressalta-se que 80% das pessoas entrevistadas moram nas adjacências do Terreiro. Contudo, a busca por consultas e vacinação não foi direcionada para a UBS em todos os casos, o que indica uma fragilização ou um não vínculo de alguns dos interlocutores. Os vínculos com esses setores serão

aprofundados no subtópico posterior, onde serão feitas visualizações dos ecomapas produzidos.

Starfield (2002) afirma que se um serviço de saúde está acessível geograficamente, mas não se mostra acessado na prática, pode estar existindo barreira sócio-organizacional. Essa afirmação é corroborada por Buss *et al* (2014) e Buss (2019) ao discutirem que uma cobertura universal, com acesso geográfico garantido não é prerrogativa suficiente para acesso real, tendo em vista que barreiras que envolvem raça e gênero podem se fazer presentes. Aqui pensamos que o racismo religioso, pode ser uma dimensão que se desdobra das barreiras de raça.

Podemos falar, também, da existência de barreiras que denominamos de psicossociais, que seriam barreiras construídas mediante repetidas vivências opressoras em determinados espaços e que, como mecanismo psíquico de defesa tendem a serem acionadas pelos sujeitos como forma de suportar e/ou enfrentar o sofrimento previsto ou vivido.

> *E quando a gente se apresenta a esses serviços, vamos como pessoas, entre aspas, pessoas de uma cultura aceita, não uma cultura religiosa de matriz africana. Então, eu acredito que se fosse diferente você teria as barreiras que nós vivenciamos quando estamos trajando nossas roupas afro, nossas roupas de terreiro. (Orquídea)*
>
> *Eu nunca fui (com algum traje que usa no Terreiro) por conta que eu não vi a necessidade, ou então... Nunca... Nunca fui. (Oceano)*

Os discursos apresentados acima, mostram uma barreira que denominamos de psicossocial, na qual os sujeitos tentam se proteger antecipadamente da vivência de uma opressão que já foi vivenciada repetidamente e que deixou marcas traumáticas, conforme podemos ver nas produções discursivas abaixo:

> *como alguns choques em internamentos, em frente às curas, que são marcas tribais que carregamos no nosso corpo. (Orquídea).*
>
> *aconteceu um constrangimento pra mim, pra pessoa ver (marcas de cura no corpo) e perguntar o que era, se tinha ficado doida, né? (Orquídea)*

Nesse recorte, Orquídea relembra situações de discriminação e injúria racial religiosa que viveu em momentos nos quais precisou de cuidados em internações hospitalares. Esse recorte não representa apenas uma vivência individual, mas, sim, uma experiência coletiva, conforme pode ser visto no relato de Oceano.

> *Teve uma vez que eu fui a um consultório, mas só perguntaram, perguntaram da minha religião, na triagem que fizeram, né? Aí eu parei, ainda fiquei...porque... fiquei pensando porque seria. Aí ela disse:*
>
> *- qual seria a sua religião? Tu tem religião?*
> *Eu disse:*
> *- Sim, sou de Candomblé.*
> *Aí ela só levantou os olhos assim e ficou... Tá. Ah, um olhar, tipo assim, ela tava escrevendo, que eu lembro muito bem disso, que ela tava escrevendo, aí ela perguntou sobre. Aí foi uma coisa estranha, né? como se tivesse olhado: Ai meu Deus!*
>
> *Não sei, eu não consigo nem descrever, mas eu senti que não era uma olhada de coisa boa, de dizer: Eu tive um sentimento, assim, de cara só dela ter feito a pergunta eu já fiquei meio assim porque da pergunta e em seguida do olhar dela aí eu fiquei intimidado. (Oceano)*

Nos recortes acima, vemos nitidamente as engrenagens do racismo religioso movendo o aparelho do racismo institucional. O racismo religioso, como já discutido, faz uma categorização pejorativa de pessoas de religiões de matrizes africanas e das suas crenças. Essa modalidade faz parte de um projeto colonial de agregação de elementos justificadores da inferioridade da pessoa negra e todos os seus referenciais.

Após essas reflexões, é possível dialogarmos sobre que afetos são possíveis nas diversidades de instituições de cuidado em saúde buscadas por povos de um Terreiro de Candomblé.

## 4.3 MAPEANDO AFETOS EM ESPAÇOS DE CUIDADO EM SAÚDE: TECENDO A REDE DE CUIDADOS A PARTIR DO TERREIRO

A produção dos ecomapas remeteu a utilização de serviços públicos (de setor saúde e da assistência social), privados (particulares, planos de saúde e instituições privadas de ensino) e a cuidados comunitários não inclusos na rede formal de saúde (Terreiro e família), de acordo com a proporção apresentada no gráfico abaixo.

**Quadro 08: Natureza jurídica dos locais de busca de cuidado em saúde pelos membros do terreiro**

| Tipo de natureza jurídica | Quantidade de serviços citados |
|---|---|
| Comunitário | 06 |
| Público | 09 |
| Privado | 04 |

**Fonte:** Autoria própria, 2024

A comunidade do Terreiro parece usar, prioritariamente as redes públicas e comunitárias de cuidado em saúde, e apenas em situações de consultas pontuais a procura acontece no setor privado:

> *Mas a gente acaba também usando o serviço público. Eu não uso muito o posto daqui. Não uso muito daqui da área (Orquídea).*
>
> *Mas, assim, consultas eu faço particular, (Orquídea).*

Por mais que no total geral de citações de todos os serviços de saúde, os cuidados comunitários tenham aparecido em 06 (seis) , não indica que ele tenha sido menos procurado do que o setor público, pois todas as pessoas entrevistadas fizeram referência a busca pelo Terreiro. Em contrapartida, o setor privado não foi citado por todos os participantes da pesquisa. O que indica que as vias principais de cuidado são comunitárias e públicas, razão a mais para acontecer um empenho em políticas públicas para o acesso equânime dos povos de candomblé ao SUS em todos os níveis da rede. Essa discussão pode ser visualizada no quadro 09, abaixo:

**Quadro 09: Distribuição de uso dos serviços de saúde**

| Local de busca de cuidado em saúde | Quantidade de interlocutores/as que citaram |
|---|---|
| Terreiro | 05 |
| Unidade Básica de Saúde da Família | 04 |
| Clínicas particulares | 03 |
| Centro de dermatologia e Doenças infecto contagiosas | 02 |
| Unidade de pronto atendimento | 01 |
| Serviço escola em Faculdades privadas | 01 |
| Farmácia | 01 |
| Centro de Referência da Assistência Social | 01 |
| Família | 01 |

**Fonte**: Autoria própria, 2024

Essa distribuição nos mostra que 100% das pessoas citaram que usam o Terreiro como espaço de cuidado em saúde, isso corresponde a 26% do total de citações. A outra fonte de cuidado comunitário citado foi a família consanguínea, a qual apareceu em 5% sendo referida por apenas uma pessoa. O baixo percentual de citação pode ter relação com o fato da maioria dos entrevistados terem laços consanguíneos no Terreiro, então, o cuidado no Terreiro além de ser feito por famílias de Santo, também é feito por familiar consanguíneo, sendo que a representatividade do laço espiritual no cuidado parece se sobrepor aos laços consanguíneos nesse cenário.

Os contextos de busca e os vínculos com os locais de cuidado também foram diversificados. O Terreiro além de ser citado por todas as pessoas, ainda teve o maior número geral de citações, demonstrando ser o local mais procurado e, portanto, o mais acessível.

> *se é uma coisa que eu preciso ir, de urgência vou lá no Santo ver se tem alguma coisa (Oceano)*
>
> *Mãe Omi é bem mais perto. (Amarelo)*

**A ida ao terreiro**, em todas as entrevistas, é sempre colocada como uma escolha pessoal que não deve sofrer a influência de pressões externas para acontecer. No recorte abaixo, Banco de Areia informa que foi ao Terreiro pela primeira

vez devido a uma dor de cabeça e que seu pai disse que sempre soube que era algo espiritual. Então, Banco de Areia dialoga com o seu pai consanguíneo questionando o fato dele o ter levado para cuidar em consultas médicas e não ter lhe dito que o Terreiro poderia ser um caminho. A esse questionamento o pai responde:

> *Não, meu filho, é porque às vezes tem que vir da gente, não é de mim. Se eu dissesse a você, você ia aceitar, você ia querer? Você não ia querer. Veio de dentro para fora, isso é uma coisa sua. Eu não podia lhe dar. Você tem que sentir essa necessidade de ir para você ser o que você quer. (Banco de Areia)*

> *Eu costumo sempre dizer assim, quando eu vejo que a pessoa necessita dessa parte religiosa, religião não salva ninguém… Não aconselho a entrar em alguns cantos, se você não tem o pensamento certo que seja o que você queira. E, geralmente, por intuição dos outros, também não aconselho (Verde timbalada - profissional de saúde)*

Em relação aos cuidados em saúde no terreiro, os interlocutores pontuam:

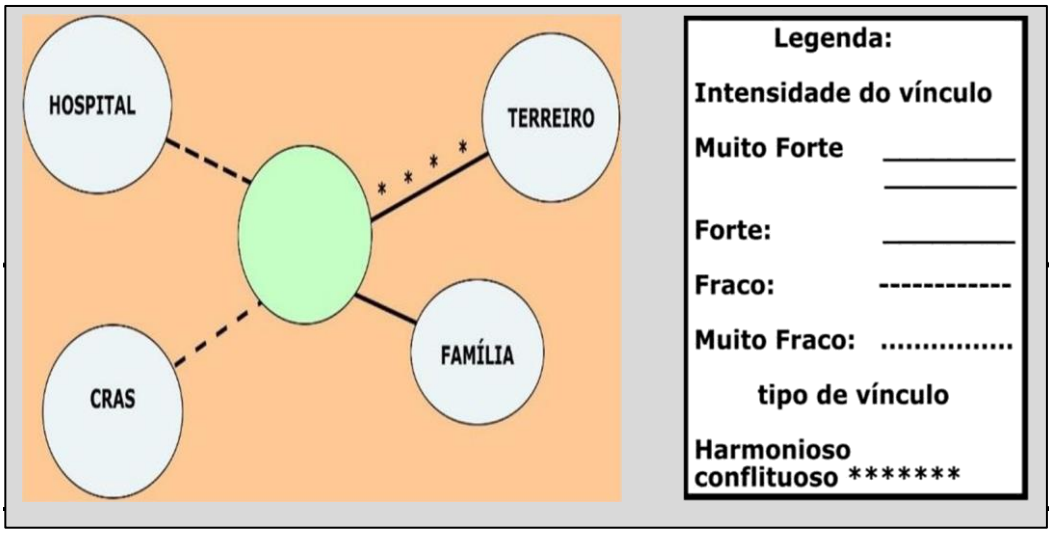
> *O terreiro é realmente um local para a sua saúde (Banco de Areia)*

> *É que foi onde eu encontrei a paz, né? (Buquê Lilás)*

> *Tudo, né? A paz, o amor pelo orixá. (Buquê Lilás)*
> *Entrei com dor de cabeça e saí de lá (Terreiro) perfeito. (Banco de Areia)*

Em relação aos cuidados nas redes sociais e comunitárias, o outro grupo de cuidado referido foi a família consanguínea. De acordo com Lopes, Ribeiro e Oliveira (2023), essa modalidade de rede é composta por relações e intercâmbios entre pessoas e grupos que partilham interesses em comum, constituindo espaços de trocas coletivas com potência de tecerem identidades, sentimentos e experiências de pertencimento. Tanto o Terreiro quanto a família consanguínea compõem uma rede primária de cuidados sociais e comunitários mediada e embasada pelas relações de reciprocidade e confiança, conforme apresenta o ecomapa abaixo:

**Imagem 13: Ecomapa 1 - Banco de Areia**




Fonte: Autoria própria, 2024

O ecomapa *Banco de Areia* mostra vínculo forte, próximo e não conflituoso no cuidado em saúde acessado via familiares consanguíneos.

> *porque minha família é base, né? Minha família sempre está comigo, minha família é na hora do... de todo o acolhimento, eles estão comigo e meu filho, né? (Banco de Areia)*

O outro vínculo forte apresentado por esse interlocutor é com o Terreiro, mas esse mostra- se conflituoso.

> *O terreiro é realmente um local para a sua saúde (Banco de Areia)*
> *filho só lembra dos pais de santo, quando estão na pior. Ele é pai, ela é mãe, ela é mãe. Depois que tem o que queria, não presta, não vale nada, não quero isso, quero outra pessoa. E procura outros caminhos, entendeu? (Banco de Areia)*
> *eu não quero ter afeto, eu não quero que me apegar, porque o erro do Pai de Santo é ser apegado, aquela pessoa, entendeu? (Banco de Areia)*

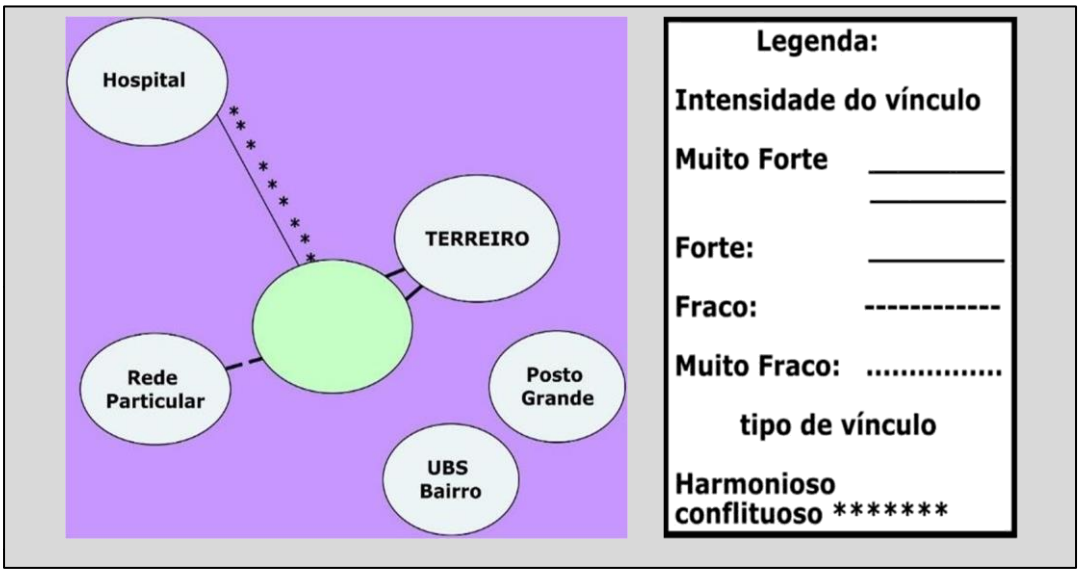
**O terreiro** é apresentado, por Banco de areia, como sendo um ótimo espaço para cuidar da saúde e como sendo algo que, também, pode promover o adoecimento, nisso reside o conflito expresso no ecomapa. As questões relacionadas ao adoecimento foram: Necessidade de dedicação quase exclusiva ao terreiro, o que se choca com cobranças do universo acadêmico e do trabalho formal. Nesse contexto, afastamentos de filhos de Santo, com quem já se sentem apegados, familiarizados,

também foi indicado como adoecedor, por gerarem sentimentos de lutos simbólicos e falta de reconhecimento.

> *Porque tem muitos conflitos em terreiro. Então assim...Se eu for... Somente pra mim tratar... Não tem lugar melhor do que esses. Agora se for para mim vivenciar, participar das funções, vai melhorar uma situação e vai afetar outra. (Banco de Areia)*
>
> *Você tem que deixar a sua vida e morar dentro do terreiro. Para sua casa, seu terreiro evoluir. Entendeu? (Banco de Areia)*
>
> *aí isso vai se criando um laço familiar de qualquer forma. É tipo um filho mesmo. (Banco de Areia)*

Conforme apresentado pelos ecomapas abaixo, nenhum outro interlocutor citou conflito na busca de cuidado no Terreiro e todos os demais o representou como vínculo muito forte.

**Imagem 14: Ecomapa 2 - Orquídea**



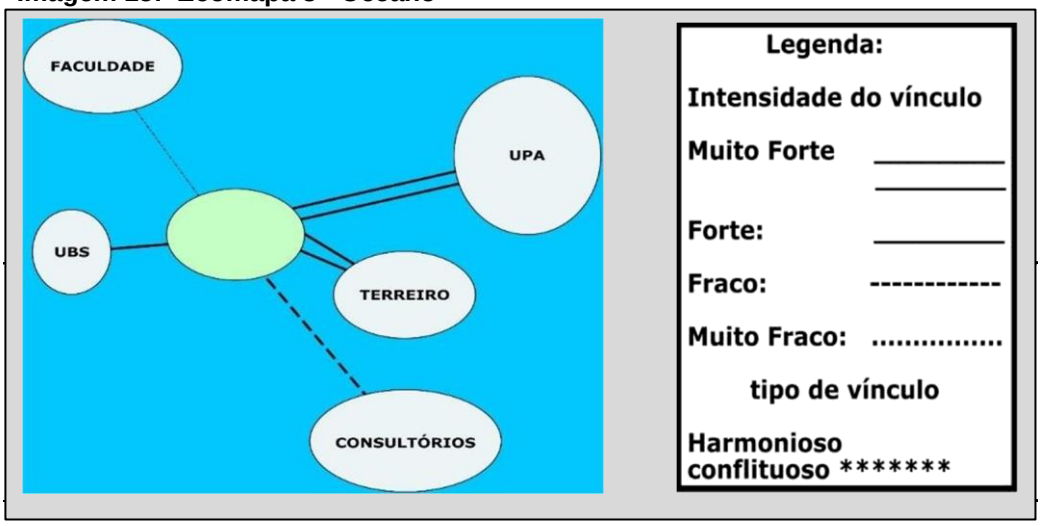

Fonte: Autoria própria, 2024

O terreiro foi o único vínculo de cuidado muito forte citado por Orquídea. Além de muito forte, ele foi representado como o vínculo mais próximo. Outro espaço no território da comunidade que aparece no ecomapa é a UBS, contudo essa é mostrada sem vínculo algum.

> *Eu não uso muito o posto daqui. Não uso muito daqui da área. Por que que eu não uso? Eu nem sei, assim. Porque algumas pessoas aqui... agente de saúde mesmo, ela não se sente à vontade de vir aqui no Quilombo... É um preconceito não revelado, então eu não posso acusar de racismo. (Orquídea)*

Barreiras de acesso ligadas ao racismo religioso parecem influenciar na inexistência desse vínculo e na não ida de trabalhadores/as da saúde ao espaço do Terreiro, inclusive em visitas obrigatórias de ACS para acompanhamento de indicadores de hipertensão, diabetes, puerpério e puericultura. Essa barreira psicossocial parece construir lacunas para o acesso seguro de Orquídea à UBS. Possivelmente, outras pessoas da comunidade também encontrem essas barreiras, haja vista a representação no ecomapa Oceano.

**Imagem 15: Ecomapa 3 - Oceano**




Fonte: Autoria própria, 2024

Oceano apresenta o Terreiro como um vínculo muito forte e próximo. Chama a atenção o fato do outro vínculo percebido como forte ser a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um serviço que se configura como urgência e emergência e que não faz parte do espaço territorial do bairro. Desse modo, parece-me que os cuidados primários em saúde são realizados primeiramente em redes sociais comunitárias e em não acontecendo resolutividade a busca acontece na UPA e só depois na UBS, haja vista que essa aparece próxima, mas com vínculo menos intenso que a UPA.

> *ah, eu estou com vários dias de dores de cabeça, já fiz uso de remédios, remédios. Não, Não faz efeito algum, vou lá no Santo ver se tem alguma coisa, jogar um búzio ou passar uma água, todo tipo pra ver se é energia negativa que eu contraí ou algo assim do tipo. Não sendo, aí sim eu vejo que é um caso de doença, qualquer coisa ligada à doença, eu me direciono pra...UPA... (Oceano)*

Esse percurso trilhado entre Terreiro e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) parecem designar uma linha contínua de menos dificuldades em acessar o cuidado, pois mesmo a UPA demandando um transporte não público, pois não há linhas de transportes públicos deste bairro até o bairro da UPA, ou uma caminhada de cerca de 30 min, esse serviço de saúde ficou na segunda opção de busca e com vínculo muito forte. Já a UBS, que fica há 2 minutos de caminhada, foi a terceira opção (ver apêndices 2 e 3).

> *Isso é uma coisa que eu digo, Ah, preciso fazer... estou com dor de cabeça, tomei a medicação, aliviou a dor, mas de vez em quando retorna. Então, o que é que eu vou fazer? Ai, sim, aí eu digo: pra eu poder ir. - mainha marca uma consulta lá na UBS. Aí ela marca essa consulta, me diz o dia e aí eu vou. (Oceano)*

A organização dos serviços por agendamentos, parece ser um fator que promove a busca por portas que parecem estar abertas constantemente.

> *Porque eu vejo a UPA como um local que eu não preciso agendar, que eu não preciso esperar. E como é uma coisa que eu estou sentindo ali já faz tempo, que está persistindo e não passa, não melhora, então eu digo não, pera. Eu vou logo tratar para ver o que é, aí eu vou direto para lá. (Oceano)*

O sentido do local para fazer tratamento em saúde, com causa principal atribuída à dimensão física, que seria um cuidado continuado, foi deslocado da UBS para a UPA, havendo uma entrada prioritária pela porta que não é designada como adequada na conformação das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

A adequação das portas de entrada, de acordo com Mendes (2011, 2012), prevê nível de densidade tecnológica do serviço a ser ofertado, sendo os menos especializados descentralizados nas comunidades e os mais especializados concentrados. Essa conformação tanto prevê uma economia de recursos financeiros, quanto uma economia de tempo do assistido. Essa economia de tempo se ajusta tanto ao deslocamento até o local, quanto ao modelo de gestão do atendimento. Por

exemplo, na UPA, as situações de emergência (risco de vida/morte iminente) são todas prioritárias, de acordo com protocolos de classificação de risco e dentro dos princípios da equidade. Nesse caso, pessoas que a busquem como porta de entrada, mas que seria um serviço também acessível na UBS, terminam vivendo, teoricamente, um tempo maior de espera e um atendimento que se orienta pelas diretrizes clínicas da urgência (casos agudos, de evolução sintomática rápida, mas sem risco de morte iminente), ou seja, recebe cuidados dos sintomas agudos e não cuidados longitudinais, portanto a qualidade da oferta para a demanda pode ser ineficiente. Então o acesso a esse serviço em detrimento da UBS promove uma fragmentação no que deveria ser uma linha de cuidado.

Então, resta-nos refletir sobre o que pode promover um sentimento de maior acessibilidade pela UPA (mais distante significativamente), com demora em atendimentos de urgência em detrimento da UBS. A resposta que nos parece fazer sentido é a da existência de barreiras de acessibilidade. Essa análise é corroborada com os estudos de Figueiredo, Shimizu e Ramalho (2020) sobre acessibilidade na APS partindo de dados de avaliação nacional do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAq), o qual no diz que “o tempo de espera para a marcação das consultas não consideradas de urgência tende a ser demorado, com superlotação para o atendimento”. Essa dificuldade, foi referida, também, pela comunidade de Terreiro.

Essa barreira está envolta em políticas institucionais. O acesso por agendamentos é regulamentado em diretrizes nacionais do SUS e o acompanhamento de indicadores de produção estão atrelados a isso, sendo no próprio sistema de agendamento oficial do Ministério da Saúde que acontece por meio da Estratégia de Informatização da Atenção Primária em Saúde (e-SUS APS), integrado no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o tempo de 15 minutos para o atendimento de cada assistido.

Outra dificuldade no acesso que foi citada nos estudos de Figueiredo, Shimizu e Ramalho (2020) foi a modalidade de agendamento de consultas por meio de senhas/fichas. Assim, a modalidade de acesso por meio do sistema porta aberta, foi

pouco referida nacionalmente. Essas questões também se fizeram presentes nos discursos do povo do Terreiro, que nesse caso, a ficha é acessada para a pessoa assistida garantir um lugar na agenda. Contudo, alguns serviços que são sempre porta aberta na UBS também terminaram sendo acessados em outros pontos da rede, como é o caso de vacinas. Então, para além das barreiras organizacionais de gestão de fila, podemos pensar em barreiras psicossociais.

**As barreiras psicossociais**, como já referidas anteriormente nesse texto, podem assumir dois sentidos, sendo o primeiro expresso na invisibilidade das especificidades do povo vulnerabilizada e, havendo, portanto, uma naturalização das exclusões. Assim, essa dimensão funciona essencialmente nas produções de cuidados em saúde realizadas por trabalhadores/as e nos processos institucionais. O segundo sentido, atua mais especificamente no povo diretamente afetada pelos processos de (in)visíveis de exclusão, promovendo mecanismos de defesa em relação a vivência de dores causadas por invisibilidades e discriminações veladas ou não. Esse segundo sentido pode mobilizar a população a buscar serviços longe do seu território.

De modo geral, a procura pelos cuidados em saúde na UBS se referiram aos seguintes contextos:

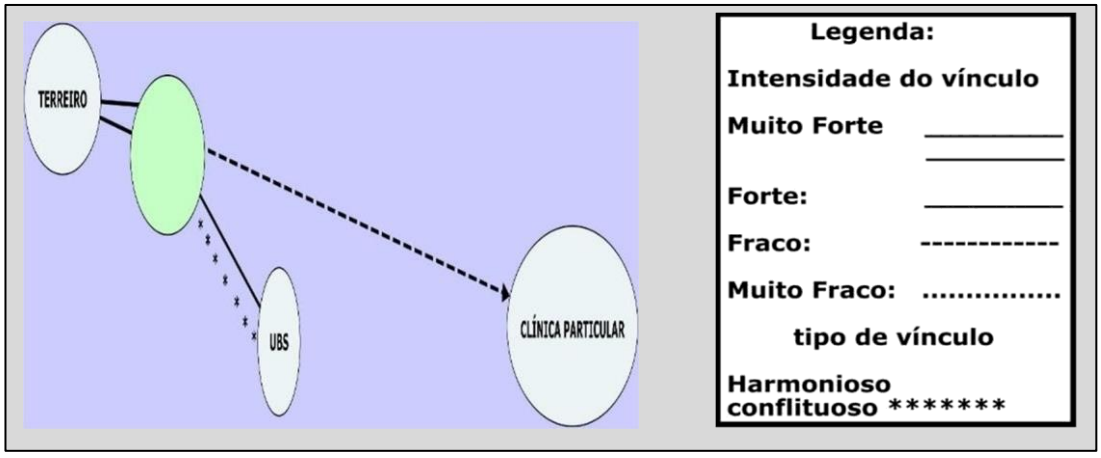
> *preciso fazer uma consulta, algo do tipo (Oceano)*
>
> *Eu vou vacinar meu filho, mas nem sempre. Às vezes vacino no postão (orquídea);*
>
> *Pra fazer exames, fazer as consultas (Amarelo)*
>
> *Procuro o posto para fazer consultas (Buquê Lilás)*

Percebe-se que todos os contextos remetem a buscas pontuais em momentos de vivência de sintomas físicos biomédicos. De fato, nenhum dos interlocutores citou participação em atividades de educação em saúde ou outras que remetem à promoção.

No que concerne a barreiras psicossociais, percebemos que os sentidos teóricos da integralidade (garantia de oferta de serviços e integralidade na singularidade e complexidade da oferta clínica do cuidado) se tornam inatingíveis para determinadas populações, como é o caso de Povos de Terreiro. No caso dessa comunidade, por exemplo, o sentido da oferta dos serviços está garantido (muito embora existam barreiras na fila), contudo no sentido da complexidade das dimensões de existência e singularidade da pessoa que demanda o cuidado em saúde parece haver barreiras que interrompem a concretude da integralidade. No esvaziamento dessa concretude da integralidade, a equidade também se esvai, pois as necessidades diferentes e específicas se tornam invisíveis promovendo a universalização dos sujeitos ao invés da universalização do acesso.

Essas barreiras aparecem na modalidade de vínculo que Buquê Lilás expressa no ecomapa em relação a UBS, que foi um vínculo forte e distante, além de conflituoso, como pode ser visto abaixo:

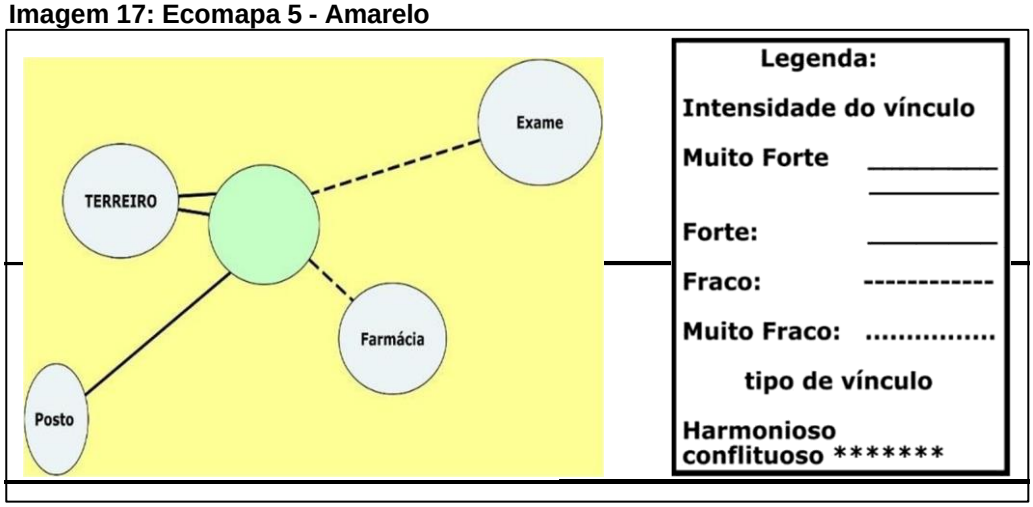
**Imagem 16: Ecomapa 4 - Buquê Lilás**




**Fonte**: Autoria própria, 2024

Buquê Lilás, mantém o sentido do Terreiro ser um vínculo muito forte e próximo, demonstrando facilidade para acessar. Amarelo segue o mesmo padrão de vinculação que Buquê Lilás em relação ao Terreiro, o apresenta como um vínculo próximo e muito forte.

**Imagem 17: Ecomapa 5 - Amarelo**




**Fonte:** Autoria própria, 2024

Outro aspecto que pode ser refletido nesse padrão de repetição da busca do Terreiro como primeiro local de cuidado, é a dimensão da vivência afetiva da acolhida, por haver compartilhamento de crenças e cultura, e da confiança na probabilidade da resolutividade dos métodos usados. Essa probabilidade não é deferida por cálculos, mas sim, pelas experiências reais do sujeito em seu cotidiano. Contudo, como qualquer método e rede de saúde, os seus resultados não são gerais e não abarcam todas as causas, assim os/as assistidos/as, também, buscam outras fontes de cuidado a depender da sua demanda. A variação de formas de busca de cuidados é consonante com a própria representação ancestral afrorreferenciada de corpo tridimensional e de saúde enquanto equilíbrio. Inferimos, portanto, que no acesso aos cuidados em saúde no Terreiro por seus adeptos, não existem barreiras psicossociais.

Assim, **a integralidade no cuidado em saúde no terreiro** não assume sentidos institucionais de possibilidade de oferta, mas assume sentidos da cosmovisão de mundo e de existência, desse modo é pouco provável que alguma forma de cuidado nesse terreiro assuma uma dimensão desagregadora, tendo em vista que o próprio sentido do sujeito (constituído de elementos da natureza: água, terra, fogo e ar) de corpo (tridimensional: físico, espírito e mente) e de cuidado-saúde-doença (equilíbrio entre as naturezas e as dimensões do corpo) já integram multidimensões, havendo espaço para busca do cuidado por via de tecnologias ancestrais afro diaspóricas, tecnologias espirituais e tecnologias ocidentais em espaços institucionais formais de saúde.

No ecomapa Orquídea, também se destaca o fato de outro serviço formal público de saúde ser representado como sem vínculo e distante, no caso, o Posto Grande (Centro de dermatologia e Doenças infecto contagiosas) sendo este um Serviço especializado que atende por encaminhamentos e agendamentos via central de marcação, além de oferecer, como porta de entrada, serviço de vacinação e consultas com clínicos gerais a pessoas que moram em áreas descobertas por equipes de atenção primária em saúde. Os contextos de busca pelo centro de dermatologia foram: Vacinação, exames e consultas. Como não houve referência, nessa busca, de consultas e nem exames especializados, os serviços indicados fazem parte do escopo oferecido na UBSf.

> *Na verdade, até utilizo um pouco o posto de saúde. Uso para vacina, mas, às vezes eu vou lá no posto grande (orquídea)*

Contudo, a não existência de vínculos continuados de cuidado em saúde parecem ser a tônica de todos os serviços formais (públicos ou privados) representados nos ecomapas, haja vista as descrições dos contextos de busca:

> *O Hospital, eu só quando eu tenho as minhas crises de ansiedade, os meus problemas que vêm acontecendo. (Banco de Areia)*
>
> *Preciso fazer uma consulta, algo do tipo, geralmente eu procuro a UPA ou a rede particular. Ou então, eu procuro a Unidade básica de saúde, o posto mesmo. (Oceano).*
>
> *Eu não sei se isso é o caso, mas, acho que até faculdade também, às vezes, né? Eles cedem. (Oceano)*
>
> *Eu tenho uns três anos, eu vou lá vacinar meu filho. Eu vou vacinar meu filho, mas nem sempre, (Orquídea).*

> *Não, como eu sempre procuro, né, o posto de saúde para fazer exames e consultas. Mãe Omi diz para eu ir primeiro lá. Aí quando o resultado sai, eu vou lá conversar com ela. (Buquê Lilás)*

Os discursos anteriores podem ser representativos de diferenças entre ofertas de cuidados na rede formal e na rede comunitária. Percebemos que quando o acesso ao cuidado acontece dentro do Terreiro (rede comunitária), a pessoa responsável pelo cuidado foi referida pelo nome, demonstrando proximidade, vínculo e singularidade. Já quando o cuidado foi acessado em algum serviço formal de saúde, inclusive na UBS, que seria teoricamente o local público de cuidado contínuo e longitudinal, a pessoa responsável pela oferta foi referida pela profissão, portanto de modo universal, distante e institucionalizado.

Por conseguinte, as discussões deste tópico nos levaram a pensar sobre barreiras de acesso como impeditivas para a concretização da universalidade e da integralidade no SUS. Em se tratando de não integralidade (fragmentação no cuidado), a proposição macropolítica disponibilizada pelo Ministério da Saúde para a superação é a conformação dos serviços em rede, contudo essa saída parece não está ser suficiente para atingir a integralidade tendo em vista a fragmentação do cuidado e dos vínculos com todos os serviços formais de saúde analisadas nas produções de ecomapas da comunidade de terreiro.

Assim, o mapa de cuidados públicos em saúde acessados pela comunidade de Candomblé parceira na pesquisa mostrou uma oferta de cuidados na rede pública que parecem acontecer em estações, focados em sintomas e sem ampliação clínica para as singularidades dos sujeitos assistidos. Para complementar as demandas, parecem ser acionados, pontualmente, serviços particulares e de clínicas escolas universitárias da rede particular de ensino. Contudo, em todos esses espaços parecem existir barreiras de acesso que chamamos de psicossocial, ou seja, marcadas por aspectos de colonialidade que reafirmam e naturalizam supostas superioridades da branquitude e exclusões baseadas na racialidade afrodiaspórica, mas especificamente, aqui analisamos, as relacionadas ao racismo religioso.

Os serviços de cuidados comunitários (família e Terreiro) parecem ter o sentido de cuidado integral, sem barreira de acesso psicossocial e com vínculo contínuo, fortalecidos e envoltos de singularidades. Entretanto, pela própria construção de saúde-doença-cuidado como vivência dialética de um corpo tridimensional, as estratégias de cuidado podem ser priorizadas a depender de onde o desequilíbrio parecer ter causa inicial. Assim, os sintomas originários de causas físicas devem ser tratados, também com estratégias ocidentais inseridas nas redes públicas de saúde.

Após essas reflexões, cabe-nos dialogar com os interlocutores que são trabalhadores/as formais da saúde no bairro adscrito dessa comunidade de candomblé. Buscamos, agora, trilhar a construção de sentidos tecidas por eles para a oferta integral de cuidado integral em saúde na rede pública na qual trabalham.

## 4.4 ENTRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE: TUDO TRANQUILO E NORMAL AQUI (?).

*Eu vejo o futuro repetir o passado*
*Eu vejo um museu de grandes novidades*
*O tempo não para*
*Não para não, não para*
(Brandão, A; Cazuza,1988)

Nesse espaço do texto, nos **propomos a discutir sentidos garimpados nas entrevistas com trabalhadores/as da saúde**. Esse percurso dialoga com o objetivo de produzir análises, do ponto de vista dos princípios da equidade, universalidade, integralidade no SUS, além de tecnologias (discursos, práticas discursivas, ferramentas, procedimentos etc.) de cuidado em saúde ofertados por serviços públicos (mapeados na pesquisa) para povos de terreiro de candomblé em área adscrita desses serviços.

Ressalta-se que na área de adscrição dessa equipe de Saúde existem **vários Terreiros de religiões de matrizes africanas** (pessoalmente conheço 3, contudo,

durante a entrevista foram citados outros que eu não conhecia) e que as respostas dos/as trabalhadores/as remeteram ao atendimento a todas as comunidades de Terreiro da área e não apenas a comunidade parceira na pesquisa. Contudo, em alguns momentos deste texto, apresento discursos dos povos de Terreiro que participaram da pesquisa e que ilustram conexões com discursos dos/as trabalhadores/as entrevistados/as.

O **primeiro sentido** que pareceu ter sido produzido envolvia ao discurso repetido por todos os interlocutores de que está tudo tranquilo, não existe nenhum conflito:

> *Não, não. Tranquilo aqui no posto. Realmente, todo esse período que eu trabalho aqui nunca teve, assim, um conflito. Não deu para prescrever alguma prática, sabe? Uma prática de saúde medicamentosa, de estilo de vida, que aí é uma orientação, né? Alguma orientação que a gente porventura fez, nunca teve assim choque em relação a religiosidade não, sabe! (Verde Angra)*

> *Mas assim eles tratam a gente super bem, a gente também trata eles muito bem. E é isso mulher. (Verde Primavera)*

Aqui o sentido de tranquilidade parece se voltar a não haver questionamentos ou comunicações expressas de não uso de alguma tecnologia de cuidado que foi ofertada. Entretanto **a não comunicação** não é indicativo de não haver nenhum impedimento ou de não existirem conflitos internos sustentados por barreiras psicossociais, como podemos ver nas palavras de Orquídea:

> *reconhecimento, de perguntar se poderia sentir agulhas, como fazem com outras religiões que não podem ter transfusão de sangue, né? (Orquídea)*

> *O terreiro tem que ser cuidado, quais são os períodos que não podem ir ao hospital, né? (Orquídea)*

O discurso de Verde Angra (profissional de saúde) parece complementar o discurso de Orquídea e expõe o que Lyra (1997) chamou de muro de silêncio, um não-lugar:

> *Não, A gente vê mais entre os Testemunhas de Jeová quando precisa tomar sangue no hospital, sabe? (Verde Angra)*
>
> *eu não tenho percebido, assim, não, alguma demanda deles,(Verde Angra)*

Então, a **invisibilidade de particularidades da vivência religiosa** dessa comunidade de terreiro, esse muro de silêncio (Lyra,1997), tem o sentido de criar uma cortina de harmonia e suposta tranquilidade que encobrem os conflitos internos vividos por esse povo na busca de cuidado em alguns momentos da sua vida e encobrem, também, barreiras psicossociais que carecem de serem visibilizadas e enfrentadas nesse acesso:

> *Sempre foi uma coisa bem amistosa. (Verde Angra)*
>
> *Não, não, não, não. Tudo tranquilo. (Verde Angra)*
>
> *Muito tranquilo, né? (Verde Colonial)*
>
> *mas é tranquilo… Foi tranquilo, já (já aqui se refere a desde o primeiro encontro com alguém de Terreiro). (Verde Primavera)*
>
> *cada um respeita suas crenças, ninguém nunca pregou aqui (Verde Escolar)*

**O sentimento de tranquilidade vivido pela equipe da UBSf** parece incongruente com algumas modalidades de laços expressos pela comunidade de Terreiro, a saber: distante, conflituosos e inexistentes. O conflito parece velado, silenciado. Cida Bento (2022, p. 16), nos diz que “é urgente fazer falar o silêncio, refletir e debater sobre essa herança…inscrita na subjetividade do coletivo, mas que não é reconhecida publicamente.” Ela discute que a **manutenção do racismo e dos privilégios brancos** são mantidos mediante um acordo tácito, um contrato subjetivo

não verbalizado, a este ela chama de pacto da branquitude, e indica a necessidade de voltar o olhar para onde foi colocado o branco, que é de onde surgiu a noção de raça.

No contexto do nosso estudo, refletimos o **acordo de branquitude** que acontece no âmbito institucional, é movido pelas engrenagens do racismo religioso. O privilégio da branquitude, nesse caso, é ser o padrão para suposta religiosidade valorada, ou seja, de matrizes cristãs europeias. Enfatizamos europeias, pois há estudos que reivindicam a origem do cristianismo na África:

> …seria bom mencionar que todos os grandes líderes das grandes religiões da antiguidade eram Iniciados do Sistema de Mistério Egípcio: desde Moisés, que era um Hierogrammata Egípcio, até Cristo. (JAMES, 2018, p. 126)

Então, estudos mostram que a formação da cultura cristã, iniciou na África e teve lá uma longa história, aproximadamente um milênio de antecedência, antes de se espalhar pela Europa, o que aconteceu por meio de apropriação e epistemicídio (Bento, 2010).

> … após a invasão por Alexandre o Grande, os templos e bibliotecas Reais foram saqueados e pilhados, e a escola de Aristóteles converteu a biblioteca de Alexandria em um centro de pesquisa. (JAMES, 2018, p.14)

Assim, a **invisibilização de religiosidades de matrizes africanas**, tais como o candomblé, e o apagamento e a apropriação de conhecimentos africanos para a emolduração do cristianismo ocidental e eurocentrado parecem compor um pacto de branquitude e sustentação de colonialidade, que universaliza os sujeitos tomando por base o modelo do homem branco, cis, heterossexual e cristão europeu. A respeito disso, Reis (2022) diz que essa ideia forma um paradigma de uma identidade universal, que se organiza enquanto padrão de referência, a qual Cida Bento (2002) indica como padrão para classificação e hierarquização das humanidades e que Carneiro (2011) aponta como um processo de construção do outro como não-ser de modo a fundamentar um ser universal.

> [...] tudo se passa como se houvesse um pacto entre brancos, aqui chamado de pacto narcísico, que implica a negação, o evitamento do problema com vistas à manutenção de privilégios raciais (*privilégios do racismo religioso*). O medo da perda desses privilégios e o da responsabilização pelas desigualdades raciais constituem o substrato psicológico que gera a projeção do branco sobre o negro, carregada de negatividade…Neste contexto é que se caracteriza a branquitude como um lugar de privilégio racial, *religioso*, econômico e político, no qual a racialidade, não nomeada como tal, carregada de valores, de experiências, de identificações afetivas, acaba por definir a sociedade. (2002, p. 7 - Grifos nossos).

Cida Bento (2022) acrescenta que **o olhar europeu** forjou uma identidade clandestina aos não europeus, estabelecendo um padrão de suposto homem universal a si mesmo. Nisso, **o não europeu** (incluindo não só o fenótipo, mas todas as formas e marcas de existência) passaram a formar um outro diferente, muitas vezes ameaçador. Mbembe (2018), também, apresenta que esse percurso forja a vivência do negro como ameaçadora, como um perigo absoluto, validando uma necropolítica, uma eliminação da existência deste como potencial de vida e segurança aos brancos. Esse diálogo parece nos ser elucidativo da demonização das religiões de matrizes africanas.

> *É. É porque assim, o traje é diferente, porque não é uma vestimenta que é comum, né? No dia a dia a gente não convive com essa vestimenta todo dia. Bem característico mesmo da religião dele. (Verde Nilo)*

> *Eu chego na igreja, ela está bem aberta, enorme, bem bonita, bem pintada. Tem aquelas estátuas bonitas, as luminárias, os arranjos, aqueles bancos bonitos, né? Às vezes climatizados, tem igreja que é climatizada. … Aí você vê lá um espaço lá, o ambiente com aquelas imagens, com aquelas velas, então aquele que fica em sua cabeça um pouco, né?...então isso aí causa um impacto. (Verde Nilo)*

Os discursos acima parecem apresentar um sentido de beleza e naturalização da estética e da religiosidade cristã eurocentrada, ao mesmo tempo um **estranhamento** e um receio da **estética afrorreferenciada**. Deste modo, parece emergir um discurso com sentido de racismo religioso, o qual mesmo não sendo, algumas vezes, nítido em ações e falas, permeiam a intersubjetividade na relação de cuidado em saúde.

Assim, refletimos que **o padrão Cristão Europeu** concede um mito de um status social idealizado, um privilégio, mesmo que não conceda uma ascensão monetária a todos que a ele se vinculam, mas, com certeza promove obstáculos aos que não estão nesse suposto padrão. Aqui, o **embarreiramento** parece acontecer por meio de barreiras psicossociais embasada no racismo religioso e que dificultam o acesso integral, equânime e universal dos cuidados em saúde em redes formais públicas e privadas, promovendo invisibilidade de demandas de singularizadas, pois as particularidades dos sujeitos se tornam apagadas diante de um suposto sujeito universal, normal:

> *Não, de jeito nenhum, é normal.(Verde Nilo)*
>
> *Não, o conhecimento é normal. mas o resto é tudo normal.(Verde Nilo)*
>
> *Não há nenhuma diferença entre eles e as pessoas normais. (Verde colonial)*
>
> *Não, não. A gente é assim. Eu percebo muito pouco diferente assim e pouca diferença entre eles e o usuário normal. (Verde Angra)*
>
> *Todo mundo que precisa vem aqui e são bem atendidos. Até os usuários de droga. Todos são atendidos aqui como pessoas normais.(Verde Escolar)*

**A palavra normal** foi usada por quase todos os/as interlocutores/as trabalhadores/as da saúde ao se referirem aos/as demais usuários/as do serviço de saúde que não são de religiões de matrizes africanas. Assim como se referiram promoverem um tratamento aos/as usuários/as que são de **religiões de matrizes africanas** como pessoas normais. Uma das pessoas entrevistadas coloca uma linha abissal (Quijano, 2009; Mbembe, 2018, Fanon, 2008, Santos, 2009) que separa pessoas normais de pessoas de religiões de matrizes africanas e usuários/as de drogas. De acordo com o dicionário on-line de Português, “normal” é um adjetivo que significa:

> De acordo com a norma, com a regra, comum. Que ocorre naturalmente ou de maneira habitual; natural. Que segue um modelo, normal ou padrão. Que

> se comporta ou age de uma maneira considerada aceitável ou adequada. (Ribeiro, 2024, sem página).

Em se tratando de padrão e norma, buscamos dialogar com Leite (2020), coadunando com sua leitura crítica, na qual “o **ideário do branqueamento** postulou a supremacia do branco e, ao mesmo tempo, induziu os indivíduos a se aproximarem desse ideal”. Refletimos, então, que essa **supremacia** arrasta para si, em países da América Latina que foram colônias europeias, como é caso do Brasil, um ideal de supremacia da cultura e dos valores europeus, incluindo no cerne central disso a vivência religiosa, o que remonta uma atualização da colonialidade, tecendo teias de aprisionamento subjetivo (que se manifestam em indicadores de saúde e dados socioeconômicos objetivos) para as pessoas que são dissidentes desse padrão normalizado base do racismo religioso.

Deste modo, a paz presente na suposta tranquilidade na prestação de serviços de cuidado em saúde de pessoas de religiões de matrizes africanas parece ter bases na universalização dos sujeitos que buscam o cuidado em saúde, sujeitos supostamente normais, havendo uma invisibilização das particularidades dessas comunidades tradicionais.

> *Não, tem não, não tem não. É como eu disse, aqui a gente trata, assim...vamos ver, se for do sexo feminino, outubro rosa, a gente faz igualzinho, entendeu? (Verde Nilo)*
>
> *A gente atende como se o cidadão que faz parte do território da equipe, entendeu?(Verde Nilo)*

Podemos ver que a universalização, por mais que não seja verbalizada, é sentida pelas pessoas de terreiro entrevistas. Esse afeto acontece na relação de cuidado, conforme vemos abaixo:

> *as pessoas de terreiro não são atendidas como pessoas de terreiro. As pessoas de terreiro são atendidas como povo católico, evangélico ou sem religião. (Orquídea)*

Aqui percebemos uma universalização que engloba, também, o gênero feminino dialética das relações, engendradas pelo racismo religioso, que envolvem esse contexto parece promover dificuldades no diálogo necessário ao cuidado integral e equânime pois nem os sujeitos assistidos falam das suas particularidades e, também, parece não haver ação intencional dos/as trabalhadores/as da saúde em buscá-las, como pode ser esboçado nos discursos a seguir:

> *Também a gente nunca tem curiosidade de estar perguntando (Verde Nilo).*
>
> *eu não tenho percebido, assim, não, alguma demanda deles. (Verde Angra).*
>
> *A minha primeira, quando eu comecei, ela não falou nada, né? ela não dizia. Não. (verde primavera)*
>
> *Nunca me disse não (que não poderia fazer algum procedimento) a não ser que a teve em alguma consulta médica tenha acontecido, aí é um caso mais da clínica, né (?), (Verde Nilo)*
>
> *E eles também nunca expressaram em relação a fé deles, a religiosidade, né? (Verde Nilo)*
>
> *Não, não, normalmente não. Normalmente não. Às vezes não se identificam muito. Não sabe? (Verde Angra)*
>
> *Nunca disseram nada, tipo: eu não posso tomar essa injeção, eu não posso fazer isso, eu não posso fazer aquilo. Nunca disseram que não podem fazer nada. (Verde Colonial).*

**A invisibilização e o racismo religioso** parece ter sentido desde as formações em graduação em cursos de saúde, pois nelas as particularidades de vivências de comunidades tradicionais de terreiros são relegadas, conforme aparece nos discursos abaixo:

> *Eu fiquei curioso. Tu falou sobre isso. Realmente é uma coisa que eu não conhecia, né? (Verde Angra)*

> *Até porque também, a nossa formação acadêmica, ela não prepara a gente muito para essa questão, da religiosidade, das diferenças culturais, religiosas, de sexo também, então a gente traz até preconceitos nossos, mesmo, né? (Verde Nilo)*

Entretanto, mesmo havendo **o reconhecimento da falta de formação acadêmica sobre a temática**, parece haver um pacto de branquitude em relação a isso, tendo em vista que as pessoas responsabilizadas pelo não conhecimento, em alguns discursos, foi o próprio povo de Terreiro e não a universidade em seu padrão eurocentrado, positivista e excludente:

> *Esse pessoal que quisesse divulgar a cultura deles, né? Como é que eles, como é que eles veem a doença? Muda a percepção, né? Sim, a experiência desse tipo de paciente com a doença seria uma forma. (Verde Angra)*

> *Essa temática em relação a esses costumes deles, não tenho muito conhecimento sobre isso, não, sabe? Realmente, como é uma coisa muito fechada entre eles, né? Então, eles não costumam falar assim, né? Propagar tanto conhecimento assim publicamente é mais de quem participa, aí fica uma coisa muito fechada entre eles, né? (Verde Angra)*

A dor da população negra discutir sobre racismo na academia é problematizada por Mônica Conrado (2020, p. 71) apresentando os lugares pontuais destinados para esse tema:

> Nós, mulheres negras acadêmicas, cada um em suas atividades nas faculdades, que temos dia e hora para usar eventos habilitados organizados pela própria comunidade negra acadêmica para discutir temáticas étnico-raciais em intersecção com o gênero, classe, sexualidade e com o racismo e sexismo. Aí, terminamos a nossa participação e pronto! Saímos desses eventos, organizados por nós mesmas, muitas vezes com a certeza de que, nesse processo de interação com a audiência, que é dinâmico e se reatualiza o tempo todo em aulas com grades curriculares com a predominância de autoras negras, essas iniciativas precisam ser incorporadas como boa conduta e práticas acadêmicas. No entanto, o efeito é muito mais percebido no nosso grupo racial, o que é algo demasiadamente importante e fundamental de acontecer. E se encerra aí. Não há a perspectiva convidativa de abortar sob diversas formas o racismo na universidade como prática diária, institucionalmente falando.

O exposto pela autora deixa a dúvida inquietante de que a comunidade de terreiro falar sobre a temática para trabalhadores/as da saúde seria de fato um caminho de transformação, ou apenas, como acontece na academia, um momento pontual que serviria para acomodar uma falta convicção de que fizemos a nossa parte e pouca incidência teria nas práticas cotidianas de cuidado. Até mesmo, porque o racismo religioso parece ser sustentado no racismo institucional, teia que para ela se agregam dando justificativas plausíveis a manutenção do *status quo*.

Monica Conrado (2020) prossegue contribuindo com nossa reflexão ao afirmar que já existem algumas disciplinas, na academia, que trazem textos da literatura negra especializada, o que pode ser lido como um avanço, contudo, em muitos casos algo pontual e na modalidade de *check-list* (dizer que consta), mas desconsiderando posicionalidade generificada e racializada de quem fala. E acrescenta (ibden, p.71): “ a epistemologia negra não é trazida no próprio plano curricular dos cursos e áreas, tanto de graduação como de pós-graduação.”

O interlocutor Verde Nilo, apresenta essa carência de estudos na temática como uma justificativa para a não singularização de pessoas de candomblé no cuidado em saúde:

> *Nem é por má vontade da pessoa, às vezes, é como dizem, o problema não foi levantado, está escondido. Então a gente não dá a relevância que merece. (Verde Nilo).*

Schucman (2012, p. 122) nos dá outra pista para pensarmos os sentidos desses discursos: “não vê, não sabe, não conhece, não convive”, assim, é como se cognitivamente a branquitude revelasse um embotamento na capacidade de aprender com o outro no cotidiano.

> *capacitação que teve no município, acho que poderia até fazer isso por esse também e tal (Verde Angra)*

Ou seja, as pessoas de Candomblé fazem parte do dia a dia desse serviço de saúde, mas, é necessário organizar um momento de capacitação, de educação

formal, para que o aprendizado sobre esse povo possa existir. Assim, esse aprendizado não parece ser possível no âmbito do convívio, pois no cotidiano há apagamento e universalidade dos sujeitos e isso reverbera na forma de cuidado em saúde.

Retomando, os sentidos de uma suposta tranquilidade, ela parece esboçar conflitos velados, que saltam em alguns discursos dos/as interlocutores trabalhadores/as da saúde, mas que não são percebidos, de modo geral, como contradições:

> *…só que assim, não sei se é hábito, tipo assim, por causa do preconceito, né, porque tem bastante em qualquer religião, né? Acho que por isso eles se intimidam mais de estar falando. (Verde Primavera)*
>
> *Aí, vai se fazer a visita, aí tem gente que não quer ir, que tem medo. Medo como se fosse entrar lá, você vai ser contaminado, você vai trazer uma carga negativa. É, já vi profissional de saúde... já vi até assistente social. (Verde Nilo)*
>
> *Eu sou católico, então minha visão de religião, de templo, é diferente. (Verde Nilo)*
>
> *Não. Nunca teve atividade de cuidado em saúde em algum dos Terreiros do bairro (Verde Timbalada).*
>
> *A gente às vezes já sabe, né? Algum, algum agente de saúde, já tem ideia e diz? Inclusive, tem até uns aqui perto, que faziam um encontro lá, que eu acho que é como fosse uma igreja que tem, né? (Verde Angra)*
> Apenas dois profissionais se referiram já terem feito alguma visita para prestar cuidado em saúde em algum Terreiro, os demais afirmaram que sabem da existência apenas pelas fachadas que alguns têm:
> *Só quando a gente passa. Só de vista. (Verde Colonial)*
>
> *Eu vejo as casas, bem aqui tem um. Ali atrás também tem outro. Aqui tem várias. (Verde Escolar)*

Contudo, as visitas não parecem ter sido tranquilas desde início, seja por barreiras psicossociais e defensivas da pessoa assistida, seja por barreiras psicossociais da equipe de saúde:

> *Só que, por exemplo, já teve visitas domiciliares que a gente fez em residências que tem, né? … vamos dizer, vamos supor, é um centro, é um terreiro, como se chama, que no popular o povo chama terreiro de macumba, né? A gente aprendeu assim, o nome…É, já vi profissional de saúde voltar com medo, entendeu? Às vezes você vai no ambiente, que é um ambiente de periferia, já não tem muito espaço. Às vezes aquele local é só um quarto. Aí você entra naquele quarto e tem aquelas imagens escurecidas, é um ambiente escuro, velas de cores diferentes, então isso aí causa um impacto que você já traz isso aí da sua formação, né? (Verde Nilo).*

Neste discurso de Verde Nilo, podemos refletir sobre barreiras psicossociais da pessoa que oferta o cuidado em saúde e que parecem ter base no racismo religioso. Barreiras silenciadas, não verbalizadas durante o atendimento, mas que têm potencial de interferir na integralidade e na equidade do cuidado em saúde, pois compõem afetos na intersubjetividade da relação. Já no relato da experiência de Verde Primavera, podemos refletir sobre barreiras psicossociais da pessoa assistida:

> *Normal porque já tinha conhecido outros antes, né? Também já frequentei pra me ver como que era. Então foi normal para mim. Já frequentei um outro antes, já. (Verde Primavera)*
>
> *A minha primeira, quando eu comecei, ela não falou nada, né? Quando eu cheguei lá, ela me recebeu super mal. Eu não entrava na casa dela porque não deixava era só na porta. A gente pedia nome, data de nascimento, ela dava tudo errado. (Verde Primavera)*
>
> *o preconceito e o racismo, né? Quando você é de religião e é negro, ele fica na sua memória. (Orquídea).*

Percebemos que **o fato da pessoa profissional de saúde** já ter frequentado um terreiro, mesmo se apresentando como sendo de religiosidade cristã, pode ter aberto infiltrações em barreiras psicossociais tornando-as maleáveis e superáveis. Contudo, **barreiras psicossociais da pessoa atendida**, envolvem aspectos de subjetividade, se manifestam na relação de cuidado e podem ter sido levantadas, em diversas vivências anteriores e repetidas de sofrimentos psíquicos decorrentes de racismo religioso, promovendo defesas que Santos (1983) explicita como estar em prontidão para se defender do ferro em brasa.

Nesse relato de oferta de cuidado em saúde, a forma de superação da barreira psicossocial da pessoa assistida, que o trabalhador/a da saúde encontrou foi permanecer nas visitas de modo acolhedor:

> *Aí depois, com o tempo, ela foi... foi assim, gostando de mim, né? Só que eu já gostava dela. Mas aí eu conquistei ela mais ainda. Depois eu comecei a entrar na casa dela, ela mostrou documento, os cadastros foram feitos tudo normalzinho do jeito do documento. Antes era tudo errado, ela não dizia. Aí depois ela mostrou tudo lá na casa dela… eu comecei a participar no Terreiro. Fiquei um tempinho indo, não tem? (Verde Primavera)*

Em **situações de barreiras psicossociais vividas pela pessoa atendida**, o profissional de saúde pode delinear vários caminhos, dentre estes, destacamos: (1) acolher e singularizar a oferta do cuidado ou (2) simplesmente fortalecer as suas próprias barreiras. O desconhecimento sobre especificidades do povo de Terreiro pode ser um fator que contribui para o enrijecimento de barreiras psicossociais que tem base no racismo religioso. Assim, dialeticamente barreiras da pessoa assistida e de trabalhadores/as da saúde podem engendrar uma engrenagem forte de não universalização do cuidado em saúde e de universalização das pessoas assistidas, promovendo iniquidades e não integralidade no cuidado. De acordo com Leite (2012), o racismo não se manifesta apenas em âmbito privado, ele também sobrevive e se atualiza no âmbito institucional materializando-se na efetivação de políticas públicas, independente da intenção ou não de discriminar.

> O racismo institucional, às vezes, se refere a práticas aparentemente neutras no presente, mas que refletem ou perpetuam o efeito de discriminação praticada no passado. O conceito de racismo institucional é importante, porque dispensa discussões sobre, por exemplo, se determinada instituição ou seus profissionais explicitam, na atualidade, preconceito contra negros e negras. O que importa são os dados concretos, as estatísticas que revelam as desigualdades (Cida Bento, 2022, p.48).

Assim, o racismo religioso pode ser um dos componentes do racismo institucional pois promove um padrão de separação entre as pessoas atendidas em serviços formais de saúde, propiciando fragmentação, baixa eficiência e baixa vinculação, além de esfacelamento da integralidade e da universalidade do cuidado

em saúde. Deste modo, o **racismo religioso e outras formas de racismo**, como nos aponta Silva (2017) contribuem para o fracasso de políticas públicas e para o fracasso coletivo de instituições e organizações que terminam por não prestarem serviços adequados de acordo com a sua função organizacional.

Portanto, os **discursos** apresentaram contradições, conflitos e nuances de branquitude silenciadas naturalizadas, além de **facetas do racismo religioso** que remetem a construção de barreiras psicossociais as quais dificultam a acessibilidade de pessoas de terreiro de candomblé aos cuidados de saúde em serviços formais. Nesse ponto, nos referimos a pessoas de terreiros de candomblé e não apenas a comunidade participante da pesquisa, pois devido a toda construção histórica do Brasil, pautada em escravização e racismo, o racismo religioso faz parte do ideário civilizatório brasileiro, não sendo, portanto, esse recorte da pesquisa, algo isolado.

Por fim, o **racismo religioso** compõe um sofrimento coletivo de adeptos de religiões afro-brasileiras em geral, pois as formas de opressão se atualizam em cada contexto histórico, relembrando o exposto na epígrafe deste subtópico: “Eu vejo o futuro repetir o passado. Eu vejo um museu de grandes novidades” (Brandão, A; Cazuza,1988). Com isso, estratégias de enfrentamento precisam ser usadas para acessar cuidados em saúde em redes formais e estas tendem, também, a repetir esse padrão circular, conforme discutiremos no tópico seguinte.

## 4.5 DESENHANDO ESTRATÉGIAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS FORMAIS DE SAÚDE: DESVIANDO DO “FERRO EM BRASAS”

*A água sempre descobre um meio*
*(Provérbio Africano)*

Nesse tópico, nos propomos a tecer sentidos partindo de ecomapas e de entrevistas com a comunidade de Terreiro *Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá,* buscando compreender critérios, prioridades e estratégias usadas por essa comunidade para acessar serviços públicos de saúde. Essa compreensão é

importante para refletir sobre possibilidades de sobrevivência e de enfrentamento ao racismo religioso em demandas de cuidado apresentadas por essa comunidade em redes formais de assistência à saúde.

Entendemos **estratégias de enfrentamento** como atitudes conscientes ou inconscientes adotadas pela pessoa oprimida diante de contextos de opressão como forma de resistência para a garantia da sobrevivência ou para desmantelar o sistema. Assim, pensamos que estratégias de enfrentamento podem assumir tanto sentidos de autocuidado como sentidos de cuidado comunitário, tendo em vista que permanecer vivo também pode ser uma forma de evitar, no coletivo, modalidades de sofrimentos ligadas à discriminação, ao luto e a solidão, mantendo resguardado o aquilombado. Entendemos, ainda, que o povo de terreiro de candomblé, parceira da pesquisa, para acessar serviços de Saúde em espaços formais teve que acionar mecanismos de enfrentamento.

Modos de Resistência acionados por meio de mecanismos de enfrentamento sempre vão depender do contexto sócio-histórico em que a opressão se manifesta, além das potencialidades e vulnerabilidades da pessoa ou coletivo diretamente afetado. Assim, as resistências relacionadas aos processos de opressão vividos pelo racismo, tendo o racismo religioso enquanto um dos seus desdobramentos, sempre foram tecidas com bases no contexto no qual a opressão acontecia e nos objetivos que a pessoa (ou coletivo oprimido) traçava para alcançar.

Desse modo, no contexto histórico escravista brasileiro, estratégias e tecnologias de resistência foram diversas, envolvendo, de modo geral, tecnologias para sobreviver fisicamente, culturalmente e religiosamente. Nesse cenário podemos citar: oferta de alimentos em encruzilhadas, esconder arroz entre tranças nagô, silenciar diante de algumas circunstâncias, ouvir algo às escondidas para tentar criar formas antecipadas de preservação da vida, usar imagens de divindades cristãs ocidentais para saudar e manter a relação com divindades africanas, organização em confrarias. Além de formas de minimizar o avanço das violências sofridas, como imprimir medo por meio de demonstrações de força como em jogo de capoeira.

**Outras estratégias** estariam mais ligadas ao desmantelamento do sistema escravocrata, tais como: fugas, rebeliões, agrupamentos em quilombos, desenhos de rotas de quilombos em tranças nagôs, esconder ouro no cabelo para comprar a própria alforria, sabotagem de plantações, greves de fome e até mesmo o suicídio. Então cada estratégia dependia do objetivo e do contexto, não existindo, portanto, estratégia certa ou errada, e sim, a estratégia do que é possível ser feito a cada momento e o pragmatismo do que é permitido objetivar em cada circunstância.

As **formas de opressão racistas e a branquitude** se atualizam, assim, as formas de resistência também se reeditam. No cenário brasileiro contemporâneo, pensamos que estratégias de resistência parecem ter se diversificado em grandes eixos, tais como: luta contra o racismo e a violência; defesa da cultura e da herança histórica; reivindicação de direitos civis, inclusive do direito à vida e de acesso à políticas públicas; participação em esferas de poder; reconhecimento da juventude negra; reconhecimento e resgate dos saberes afrorreferenciados enquanto berço da humanidade. Estratégias nesses eixos parecem ser desenhadas em processos de aquilombamento. O quilombo, em espaços urbanos, também parece ter sido redesenhado como comunidades de resistência e acolhimento negro em espaços físicos e virtuais.

> É importante ver que, hoje, o quilombo traz pra gente não mais o território geográfico, mas o território a nível duma simbologia… A Terra é o meu quilombo. Meu espaço é meu quilombo. Onde eu estou, eu estou. Quando eu estou, eu sou. (ÔRÍ, 1989, s.p.)

Para Nascimento (1985) o quilombo teria, também, a dimensão de um território corporal, pois não havendo mais a África como possibilidade para os que foram sequestrados e não havendo mais uma terra que mata, o que resta é o corpo enquanto um lugar de memória, então o corpo seria quilombo e central para pensar o passado dos negros e os projetos de futuro potencializadores de resistência e permanência de culturas negras (Reis, 2020, Rattz, 2006).

Nisso, a estratégia de fuga, no contexto contemporâneo brasileiro pode ser metaforizada em caminhos desbravadores de um verdadeiro devir da pessoa negra,

“seria no movimento da fuga que ele encontraria o seu quilombo interno e o movimento que encontra com seus iguais e seus diferentes” (Reis, 2020, p. 17), podem, então, ser redesenhados em favelas, postos de trabalho, universidades, movimentos sociais, grupos de estudos e de mídias sociais, Terreiros de Religiões de matrizes africanas. Pensamos, que estratégias de fuga também pode acontecer em um nível simbólico, que se materializa em ações ou omissões visando evitação de sofrer discriminação em contextos nos quais já se teve esse tipo de experiência. Assim, essas formas podem demarcar, por parte da pessoa assistida, barreiras psicossociais em relações intersubjetivas de cuidado em saúde, mas têm o potencial de proteger a integridade psíquica em contextos ansiogênicos.

No contexto do *Quilombaxé*, os cuidados em serviços formais e de saúde aconteceram, basicamente, em contextos de situações de urgência, em quadros agudos sintomáticos, conforme discutimos no tópico 2.3, então o objetivo principal na busca e no acesso a esses serviços foi de sobreviver.

> *E lá não, eu vou dizer amém, entende? Eu dependia daquelas pessoas…Isso, eu tenho todo esse conhecimento, toda essa base, mais o que estava em jogo, era o nascimento do meu filho. (Orquídea)*
>
> *Então se eu vou com um espaço desse, que fala isso sobre mim, e eu estou precisando deles, como eu vou poder dizer que isso é tudo racismo? (Orquídea)*

Nessa trilha, foram usadas estratégias de fuga de ação e de omissão sendo mapeadas no mapa dialógico: tornar-se cliente, usando serviços particulares (Eu tô pagando) e cortinas de invisibilização universalizantes (Eu sou mais um). Entretanto, nas duas, a religiosidade de terreiro parece ser velada. Essas estratégias serão discutidas considerando o objetivo de sobreviver e não o objetivo de mudar o sistema porque em momentos de fragilidade sobreviver é a maior forma de resistir. Ressaltamos, ainda, que de modo geral os sentidos das estratégias de acesso remeteram a atualizações e reencontros (conscientes ou não) com a ancestralidade enquanto conexão passado-presente-futuro.

### 4.5.1 EU TÔ PAGANDO

A estratégia de se tornar cliente em detrimento de sujeito de direitos, acessando o cuidado formal por via de serviços privados foi um dos caminhos descritos como geradores de sensação de segurança de não sofrer discriminações.

> *então eu vou pra uma consulta particular. (Oceano)*
>
> *A clínica particular, quando pode (Oceano)*
>
> *Tem uns consultórios aí que a gente pode ir. (Buquê Lilás)*
>
> *não demonstrou nenhum tipo de rejeição…Porque eu acho que é porque lá nós pagamos.(Orquídea)*
>
> *porém eu me sinto mais à vontade no serviço particular. (Orquídea)*
>
> *É, na rede particular eu traria esses pontos assim. Eu me sinto segura, mas sei o porquê.(Orquídea)*
>
> *Mas, assim, consultas eu faço particular, (Orquídea)*
>
> *eu sempre procuro o particular, eu nunca procuro a rede pública (Orquídea)*
>
> *Eu acho que sou bem tratada porque é pago. (Orquídea)*

Tornar-se cliente parece ser uma estratégia que atualiza o enfrentamento por via de uma das questões centrais do capitalismo, a capacidade de consumir. Contudo, essa forma nem sempre se mostrou eficiente, pois o racismo não pode ser superado por via de ascensão em classe social, tendo em vista serem formas de opressão que se interseccionam, mas não se excluem. Isso pode ser refletido quando Oceano relata uma experiência de discriminação racial que sofreu em m serviço particular ao preencher a ficha de triagem:

> *Eu disse sim, sou de Candomblé.Aí ela só levantou os olhos assim e ficou... Tá….eu me senti constrangido (Oceano).*

Nessa ocasião, mesmo pagando, ou seja, mesmo supostamente sendo um trabalhador com algum poder aquisitivo, um cliente, Oceano relatou o constrangimento. Du Bois (1995, p. 55) discute que a supremacia branca mina a união da classe trabalhadora, pois muitos trabalhadores/as brancos/as se identificam com a classe patronal branca ao invés de se identificarem com a classe operária negra. Nesses casos, ele afirma que os privilégios da branquitude forjam um "salário público e psicológico" para o/a trabalhador/a branco/a. Na situação relatada, o padrão de identificação de branquitude que promoveu a segregação se deu por via do racismo religioso contra o Candomblé.

Em complementação, Cida Bento (2022) discute que há um ideário de que ser pobre branco é diferente de ser pobre negro. Assim, ter ou não pode aquisitivo sendo branco é diferente de ter ou não pode aquisitivo sendo negro. O acesso a bens não desmonta o racismo em nenhuma das suas modalidades, então, não o desmonta na modalidade do racismo religioso. Nesse caso, ser negro de religiões de matrizes cristãs ocidentais parece conferir um status social diferente de negro ou de ser ou branco de religião de matriz africana, porque o racismo nesse âmbito volta-se para a religiosidade e não para o fenótipo. Ressaltamos que o uso da estratégia eu tô pagando, na busca de cuidados em redes formais de saúde, parece ter sido eficiente para a manutenção da vida, mas, nem sempre foi suficiente para evitar vivências de racismo religioso.

### 4.5.2 EU SOU MAIS UM?

*Você não me pega, você nem chega a me ver…*
*Seu olho me olha, mas não me pode alcançar…*
*Meu som te cega, careta, quem é você?*
(Composição: Caetano Veloso. Música: Maria Bethânia, 1989)

**Outra estratégia mapeada** foi usar uma cortina de invisibilidade forjada por um ideário social de sujeito universal, supostamente lido como de religião de matriz cristã ocidental.

> *porque a opressão da cultura negra... dentro do Juazeiro do Norte, mais especificamente, nos faz pensar assim, nos faz agir assim, e pensar assim.*
>
> *Me trataram bem lá…Mas, nessa negação. Eu não me identifiquei, hora nenhuma, como de terreiro.*
>
> *Eu muitas vezes eu fiquei assim, como se diz, exposta, a uma religião só por conta que elas eram daquela religião, né? Elas vinham de manhã, rezavam o pai nosso, tal e tal. É isso. (Orquídea)*
>
> *Mas pra me chegar e dizer, não, eu sou de candomblé, Não. (Oceano)*

Nos relatos, parece que o fato de não ser dito ou a pessoa não estar usando nenhuma indumentária ou objeto sagrado que a ligasse a uma religião de matriz africana, ela é, de pronto, associada a uma pessoa adepta de religião de matriz cristã ocidental.

> *As pessoas de terreiro são atendidas como povo católico, evangélico ou sem religião…porque a opressão da cultura negra... dentro do Juazeiro do Norte, mais especificamente, nos faz pensar assim, nos faz agir assim, e pensar assim. E quando a gente se apresenta a esses serviços, vamos como pessoas, entre aspas, pessoas de uma cultura aceita, não uma cultura religiosa de matriz africana. (Orquídea)*

Suely Carneiro (2022), ao discutir dispositivos de racialidade, refere-se a **ideologias religiosas** que dão base ao racismo e a escravização, apresentando que tais mazelas foram apregoadas como sendo decorrentes da ligação hereditária de África com Caim (personagem bíblico amaldiçoado pelo pai, junto com toda a sua geração) e do paganismo de não pertencimento a religião cristã ocidental, sendo, portanto, os males decorrentes da necessidade de condução a um patamar de civilização e de alcance da salvação da alma. Assim, adeptos de religiões de matrizes

africanas eram lidos como não redimíveis e maus.  Essas construções permanecem no imaginário social justificando a ocorrência de exclusões.

**Em contexto contemporâneo**, refletimos que omitir a religiosidade de matriz africana em contextos de vulnerabilidade na busca de cuidados formais em saúde pode ser uma estratégia usada com base na naturalização universalizante de um padrão eurocêntrico de civilidade e dignidade humana, que atribui as pessoas, espontaneamente uma religiosidade cristã ocidental. Nisso essa omissão serve de estratégia de enfrentamento para evitar discriminações e garantir um cuidado em saúde como um sujeito, como mais um. A Máscara de Anastácia, discutida por Grada Kilomba (2019) parece permanecer presente de modo simbólico. Talvez esse seja o sentido da não utilização de indumentárias e objetos sagrados em espaços formais de cuidado em saúde, conforme podemos refletir partindo de discursos da comunidade de terreiro e de trabalhadores/as da saúde quando questionados/as sobre o esse tema:

> *Eu nunca fui por conta que eu não vi a necessidade, ou então... Nunca... Nunca fui. (Oceano)*
>
> *eu acredito que se fosse diferente você teria as barreiras que nós vivenciamos quando estamos trajando nossas roupas afro, nossas roupas de terreiro. (Orquídea)*
>
> *Já veio, mas a maioria não vem não. Não vem (Verde Nilo)*
>
> *Não, os meus quando vem aqui, eles vêm normais. Assim, de roupas normais, não vêm, com algum adereço, nem nada. (Verde Primavera).*
>
> *Não, não. É muito difícil assim ter, assim, uma característica, né? Uma indumentária assim. Realmente é muito difícil a gente ver dessa forma. (Verde Angra)*
>
> *Não, não, normalmente não. Normalmente não. Às vezes não se identificam muito. Não sabe? (Verde Angra)*

Apenas Amarelo se referiu usar trajes religiosos ou alguma indumentária que a identifica como sendo pessoa de Terreiro em momentos que busca algum serviço formal de cuidado à saúde.

> *Em todo canto eu já fui para farmácia vestida também. Só não fui fazer exames, mas fui de branco porque era nos dias de vestir branco. (Amarelo)*

**Trabalhadores/as da saúde** relataram que poucas pessoas de terreiro usavam algum utensílio que os identificassem no acesso à Unidade de Saúde, sendo mais comum turbante e roupa branca. Ressaltamos que esses, não são necessariamente usados apenas por pessoas de religiões de matrizes africanas.

> *Sim, roupa branca e um turbante. (verde colonial)*
>
> *É aquele negócio que eles usam na cabeça. Pronto, quando a gente ver a gente já identifica (verde escobar).*

Entretanto, o estranhamento, também, fez parte das atitudes, mesmo que implícitas de trabalhadores/as de saúde:

> *Às vezes, sinceramente, a gente... não é medo…a gente acha diferente, né? Porque o traje...tem muita diferença no traje, né…Aí, às vezes você sente que fica estranho. Seria essa a palavra? (Verde Nilo)*

O não visto, não acessado de modo rotineiro pelos órgãos de sentido ou os acessados, mas não valorizados tendem a fazerem parte de um muro de silêncio e uma cortina de invisibilidade. Esses recursos não são novos para o Povo de Santo que tiveram várias obstruções legais para se apresentarem de modo explícito, a saber a constituição brasileira de 1830, que proibia cultos públicos de religiões que não fosse a católica. Em consequência do processo de racismo religioso (herança do sistema colonial-cristão-europeu), os Terreiros e os seus adeptos usavam (e por vezes ainda usam) estratégias para esconder-se. (Bonifácio, 2017; Rodrigues, 2021). Estratégias que foram reeditadas desde as fugas para os quilombos, nas serras e nas matas.

> Por muito tempo a estratégia encontrada pelas comunidades de terreiro foi a de se esconder, de contar com incomensurável sabedoria das Mães para cuidar de seus filhos de santo no fundo dos quintais organizados, para não deixar à vista que ali existia um Ilê Axé; ou dizer se católico ou espírita. Inúmeras formas de resistência foram criadas e continuam sendo criadas nas comunidades de terreiro que procuram, desde a sobrevivência física de cada

> um/uma, à continuidade de seu modo de viver e se organizar no mundo, fortalecendo vínculos, estabelecendo redes de solidariedade; cuidando do saber vivo (os mais velhos) e cultivando, cuidadosamente, a continuidade (os mais novos) material e espiritual. (MOTA, 2017, p. 56).

Mesmo com a constituição atual e as Leis que garantem liberdade de vivência e de culto religioso, a colonialidade ainda permanece demarcando subjetividades e traçando ações de cunho racista religioso, como isso, Mota (2017, p.56) ressalta que "outras estratégias mostraram-se necessárias e uma delas foi mostrar a cara, as contas no pescoço e as roupas, sobretudo, a voz.". Em Juazeiro do Norte, caminhos de resistência mostrando a cara têm acontecido, contudo, eles se tornam improváveis diante de situações de busca de cuidado em saúde em serviços formais, pois estas demandam estratégias de sobreviver diante de um contexto de desamparo ocasionado por sintomas físicos agudos e, às vezes, urgentes.

> *Qualquer tipo de luta teria que ser com muito cuidado, porque as nossas, além da gente, nossas famílias também poderiam ser alvo dessas pessoas que poderiam nos maltratar, ou com palavras, ou com ameaças, então assim, nos tratarem mal. Como eu estava no hospital…(Orquídea)*

> *Hoje a gente está meio que calçado para avançar para algumas lutas que já deveriam ter acontecido desde o início, para os povos de terreiro, mas tudo existe em um caminhar. (Orquídea)*

> *Eu falo calçado porque existem equipamentos em Juazeiro do Norte, depois de tanto, tanto, tanto luta de povo de terreiro mesmo, né? A gente consegue criar equipamentos, né? (Orquídea)*

Dentre as lutas explícitas de povos de terreiro em Juazeiro do Norte, mesmo não sendo apresentadas nas entrevistas, podemos citar: Caminhadas em defesa da liberdade religiosa, palestras e eventos acadêmicos, audiências públicas, panfletagem, afroquermesses, denúncias, entrevistas em canais de comunicação, uso de mídias sociais, articulação com movimentos negros e organização do movimento social conhecido por comitê impulsionador em defesa da liberdade religiosa no Cariri, além de oficinas culturais no âmbito da culinária, da dança, da música e do teatro.

Portanto, Estratégias de sobrevivência são aprendidas tacitamente como formas de garantir a própria vida, a dos seus e da comunidade, são estratégias

potentes de resistência como nos diz Conceição Evaristo (2016, p. 8) “a gente combinamos de não morrer”. Então, são caminhos aprendidos por meio do olhar, dos sentimentos, dos afetos e dos resultados obtidos nas vivências dolorosas de cada circunstância. Estratégias de invisibilização têm grande potencial de vida, mas pouco potencial de mudança do contexto colonizador atualizado para a vivência neoliberal contemporânea, contudo, são indispensáveis e extremamente necessárias, para garantir a vida. Porém, após garantir a vida, outras estratégias que apontem enfrentamento direto precisam ser usadas para que mudanças sejam atingidas, se não o racismo e seus mecanismos tendem a continuar sendo usados, atualizados e naturalizados. O Povo de Terreiro apresentou que tem usado todas as estratégias a depender do contexto.

Entretanto, **o enfrentamento ao racismo religioso contra pessoas de religiões de matrizes africanas** não deve ser um caminho trilhado apenas por pessoas de Terreiro, é uma luta de uma sociedade. Nesse ínterim, cabe aos/às trabalhadores/as da saúde buscarem estratégias de romperem com o racismo institucional, em âmbito geral dos serviços, e com o racismo religioso em âmbito interpessoal na oferta do cuidado.

Em termos de macropolítica existe a proposição da clínica ampliada enquanto modelo oficial do SUS. Nessa proposta, conforme já foi discutido no tópico 2.1.3, o cuidado acontece no encontro entre dois sujeitos (profissional de saúde e pessoa assistida), ambos com suas particularidades e inseridas em um sistema social universal. Nesse encontro, sentimentos são mobilizados e devem ser refletidos por parte dos/as trabalhadores/as da saúde, de modo a que possam romper barreiras subjetivas e ampliar o olhar sobre o sujeito atendido. Essa modalidade de encontro é potencializadora de mudanças, de desmonte de barreiras psicossociais e de garantia de cuidado integral, equânime e universal.

Contudo, existem outros aspectos da macropolítica que dificultam o uso dessa clínica da Atenção Primária à Saúde, tais como: superlotação em adscrição de áreas, elevando o número de famílias atendidas por cada equipe de atenção básica,

indicadores ineficientes de avaliação da atenção primária, modelo de agendamento por via do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que designa espaços de agendamento a 15 min. de atendimento.

Porém, visibilizar a questão também mostra caminhos de superação. Essa pesquisa parece ter atingido um primeiro passo em relação a isso:

> *Eu fiquei curioso. Tu falou sobre isso. Realmente é uma coisa que eu não conhecia, né? Essa temática é realmente em relação a esses costumes deles. Não tenho muito conhecimento sobre isso, não, sabe. (Verde Angra).*
>
> *Acho importante ter uma capacitação sobre esse tema. Porque como a gente trabalha na Atenção Básica de saúde, que é a porta de entrada do SUS e aí, como porta de entrada do SUS, a gente tem que dar acesso a todos, né? A universalidade do acesso é para todos, né? Tanto brancos como pretos, como afrodescendentes. Como indígenas, né? Sim, de religião de matriz africana. Toda a gente tá aberto para receber todos. Essa é a política do SUS. Essa universalidade do acesso para todos e todas as situações. (Verde Angra)*
>
> *Realmente, se você me perguntar, eu não tenho conhecimento sobre isso. E essa sua pesquisa é muito interessante. Coisa que a gente não vê muito não, essa discussão sobre esses valores, é importante. (Verde Angra)*
>
> *Nunca pensei nesse detalhe...então eu nunca me apercebi que eu não fazer alguma coisa também, está de certo modo, fazendo ela se sentir excluída, entendeu? (Verde Nilo)*
>
> *Agora, eu nunca parei pra pensar assim se ela se sente excluída, porque é, de certo modo, é um grupo que já se sente excluída, até pela própria questão da religião, né?(Verde Nilo)*
>
> *Porque às vezes a gente quer tratar igual, mas às vezes a pessoa que vem, Às vezes, como você diz, assim, de algum modo diferente, a pessoa se sente acolhida, né? (Verde Nilo)*
>
> *Ou então, até, eu não tenha uma percepção tão grande que precise estar fazendo isso para ajudar, também a quebrar um pouco, também, o preconceito e o tabu. (Verde Nilo)*
>
> *Vamos dizer assim, entre as escondidas, então não tem a relevância que às vezes merece ser dada. Aí às vezes o problema está lá, mas ninguém percebeu.. E ver como você disse, alguma coisa específica. Para poder fazer alguma coisa específica eu tenho que ter um olhar, tenho que perceber, não é isso? (Verde Nilo)*

Os/as trabalhadores/as da saúde que dialogaram nas entrevistas pareceram disponíveis a acessarem conhecimentos e visualizarem as demandas dos povos de

terreiro, do mesmo modo, que em momento de equilíbrio no que concerne ao estado de saúde, os povos de Santo da comunidade Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá tem demonstrado grandes potenciais de uso e criação de estratégias explícitas de enfrentamento ao racismo religioso. É provável que alguma promoção de encontro na modalidade de educação popular/educação permanente em saúde entre essa comunidade e a equipe de saúde possa potencializar transformações no contexto local.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

**Ao longo deste trabalho**, buscamos dialogar sobre a oferta de cuidados em saúde pública, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para povos tradicionais de terreiro de Candomblé, analisando os atravessamentos do racismo, em especial do racismo religioso engendrado ao racismo institucional, que causam impactos na demanda e acesso aos serviços, ampliando barreiras psicossociais.

**O termo barreiras psicossocial** foi trazido para este texto para refletir sobre sentidos de algumas estratégias usadas pelos interlocutores da pesquisa tanto para acessar os cuidados em saúde em serviços formais quanto para ofertá-los. O conceito de “barreira psicossocial” foi tecido com base nos estudos de Neusa Santos Souza (2021), que analisa os impactos do "Mito Negro" na subjetivação e construção identitária da população negra, com ênfase nos sofrimentos psíquicos gerados pelo racismo histórico e colonial.

Nosso estudo sugere que **barreiras psicossociais**, no cuidado em saúde de povos de comunidades tradicionais de terreiro de candomblé no âmbito do SUS, operam em duas vias, (a): para **a branquitude**, naturalizam a desvalorização e inferiorização de pessoas negras e religiões de matriz africana; (b) para a **população**, geram mecanismos psíquicos de alerta e evitação do “ferro em brasa”, uma metáfora para a violência física e simbólica sofrida, que foi usada por Neusa S. Souza (2021). Embora nem sempre conscientes, essas marcas são sentidas de forma profunda e impactam as relações de cuidado em saúde.

O povo de terreiro fazer frente a essas barreiras, parecem trançar estratégias de enfrentamentos (atitudes conscientes ou inconscientes adotadas pela pessoa oprimida diante de contextos de opressão como forma de resistência para a garantia da sobrevivência ou para desmantelar o sistema) que remontam a ancestralidade e os passos gingados para sobreviver a escravidão enquanto povo, deixando viva a sua identidade: cultural e religiosa além de sua memória histórica, inclusive tornando a religião de matriz africana um dos patrimônios culturais brasileiros.

Na **intenção de compreender estratégias** usadas por essa comunidade para acessar serviços formais de saúde, pontuamos alguns sentidos que parecem traçados enquanto estratégias de enfrentamentos: (a) - **fuga simbólica** (cortinas de invisibilização universalizantes, não deixando sinais explícitos da religiosidade), com potencial de garantir a sobrevivência em situações de urgência e emergência e de proteger a integridade psíquica em contextos ansiogênicos, como é o caso de consultas eletivas, as quais na rede privada geram o encobrimento da prestação de serviço a um cliente um sujeito do direito capitalista do consumidor e não a um sujeito de direitos fundamentais. Nesses casos a estratégia é usada com objetivo de sobrevivência e não de mudar o sistema social. (b) – **Engajamento em mobilizações sociais** visando impulsionar a implementação de políticas públicas e desmantelamento do racismo religioso. Contudo, na busca por cuidados em momentos de sintomas as ações e omissões que remetem ao ocultamento parecem ser mais prevalentes. Ressaltamos, ainda, que de modo geral os sentidos das estratégias de acesso remeteram a atualizações e reencontros (conscientes ou não) com a ancestralidade enquanto conexão passado-presente-futuro.

Já em se tratando de critérios e prioridades para a busca de serviços formais de saúde, parece haver o sentido dessa rede ser complementar aos serviços comunitários, vivenciados no Terreiro e na Família consanguínea. Esses cuidados foram representados nos ecomapas com vínculos mais fortes e próximos do que qualquer outro tipo de serviço. As redes de apoio construídas nos terreiros desempenham um papel fundamental no cuidado comunitário, funcionando como um espaço de resistência e reorganização frente às iniquidades.

Demandas por cuidado no SUS foram apresentadas enquanto pontuais, fragmentadas, frequentemente em situações de urgência ou emergência, incluindo a oferta de cuidados primários na Unidade Básica de Saúde da família do território, com a qual os vínculos prevalentes foram caracterizados como distante, conflituosos e inexistentes.

Em contrapartida, os/as trabalhadores/as da saúde se referem a uma tranquilidade no cuidado formal das pessoas de terreiro e que eles nunca

apresentaram que tinham alguma necessidade específica. Assim, a invisibilidade dessa comunidade configura-se como um verdadeiro “**muro de silêncio**”, para utilizarmos uma expressão de Jorge Lyra (1997); uma cortina de harmonia e suposta tranquilidade forjadas que encobrem os conflitos internos vividos por esse povo na busca de cuidado. O não acesso a informações acadêmicas sobre a temática parece ofertar uma justificativa tida como plausível para a não identificação de demandas.

Assim, ao analisarmos, do ponto de vista dos princípios da equidade, integralidade e universalidade, tecnologias (discursos, práticas discursivas, ferramentas, procedimentos) de cuidado em saúde ofertadas em serviços públicos para povos tradicionais de terreiro esbarramos com uma lacuna. Porém, a **proposição macropolítica de cuidado em saúde no SUS** é ancorada oficialmente no modelo da clínica ampliada, a qual preconiza que o cuidado acontece no encontro entre dois sujeitos (profissional de saúde e pessoa assistida), ambos com suas particularidades e inseridas em um sistema social universal, que dialeticamente tecem um sujeito singular onde alianças são pactuadas. A despeito de várias dificuldades logísticas, econômicas e de gestão para que esse modelo aconteça de modo amplo, ressaltamos que a o racismo religioso nas engrenagens do racismo institucional parecem contribuir para a universalização invisibilizante do povo e terreiro no cuidado em saúde pública, favorecendo que o SUS não tenha concretude dos seus princípios doutrinários para esse povo.

Acrescentamos que o encontro promovido pelo modelo da clínica ampliada, mobiliza sentimentos em todas as pessoas envolvida e reflexões sobre estes por parte dos/as trabalhadores/as tem o potencial de contribuir com o rompimento de barreiras subjetivas e ampliar o olhar sobre o sujeito atendido. A percepção dos próprios sentimentos pode espelhar **o racimo interpessoal** e religioso marcado por medo, estranhamento e desconforto no encontro com esse povo e assim espelhar que a naturalização desses afetos está pautada no racismo institucional, no plano universal, que corroboram com omissões. Essa modalidade de encontro é

potencializadora de mudanças, de desmonte de barreiras psicossociais e de garantia de cuidado integral, equânime e universal.

**O racismo religioso**, como tecnologia do racismo institucional, reafirma e intensifica barreiras psicossociais que excluem esse povo dos direitos fundamentais à saúde, e sua superação só será possível com um compromisso ético e político de todos os envolvidos. Desse modo o **racismo religioso**, atrelado **ao racismo institucional** está inscrito de forma (in)visível tanto na organização macroestrutural de equipes de saúde como no imaginário social, impactando as relações entre trabalhadores/as da saúde e usuários/as do sistema. Esse racismo cria barreiras psicossociais, gerando entraves à oferta e ao recebimento de cuidados universais, equânimes e integrais no SUS, sendo incongruente com o modelo ampliado de clínica.

Ao refletirmos sobre respostas do estado brasileiro às demandas e necessidades em saúde de populações vinculadas a religiões de matriz africana, especialmente Candomblé, mapeamos diversos marcos legais garantidores de direitos fundamentais, que foram agrupados em políticas públicas dos tipos regulatória, distributiva e redistributiva, como é o caso da política nacional de saúde integral da população negra. Porém, a concretização destas não dependem apenas da positivação da norma, mas dependem das relações socais que a implementam no cotidiano, no dia-após-dia.

Desse modo, evidenciamos que o racismo, sendo de dimensão estrutural ou paraestrutural, opera como um mecanismo de exclusão que limita o acesso de comunidades afroreferenciadas aos direitos fundamentais. O racismo religioso, em particular, reforça barreiras psicossociais e institucionais, deslegitimando práticas culturais e religiosas que integram as estratégias de cuidado dessas populações. Essa dinâmica demonstra a necessidade urgente de descolonizar
o SUS.

No mapeamento dos serviços públicos de saúde acessados por uma comunidade tradicional de terreiro de candomblé em Juazeiro do Norte, foram apresentados serviços públicos, privados e comunitários, a saber: (1) comunitários: Terreiro, Família; (2) Privados: Consultórios, Clínicas, Clínicas, Escolas de Faculdades Particulares da Região, Farmácias privadas; (3) Públicos: UBSf, Centro

de dermatologia e Doenças infecto contagiosas, Hospital Regional do Cariri, UPA – limoeiro 24h e um serviço do setor da política de assistência social, CRAS - Centro de Referência da Assistência Social. Chama a atenção que apenas os serviços comunitários e o CRAS não foram citados enquanto espaço de doença, mas sim, como espaço de bem-estar e vinculo e por isso potencializador não só da remissão de sintomas, mas da promoção e do cuidado integral em saúde.

Consideramos que a fragmentação do cuidado no SUS se relaciona, também, com o modo de produção capitalista da saúde enquanto bem pagável, mercadoria e das práticas de cuidado enquanto esteira de produção, desse modo, o diálogo entre cosmovisões afrocentradas e as práticas de saúde pública pode ser importante ações capazes de responder às demandas históricas e sociais dessa população.

No que se refere a cosmovisão afrorreferenciada do candomblé, nossos interlocutores do terreiro e a revisão dialógica de literatura nos deram algumas pistas: (1) os povos de terreiro organizam suas práticas de cuidado com base em uma compreensão tridimensional do corpo, que integra aspectos físicos, metafísicos e sociais. (2) Essa abordagem amplia o conceito de saúde para além da ausência de doenças, posicionando-a como um estado de equilíbrio. (3) 0 cuidado não é setorializado e só pode ser vivido contando com várias mãos espirituais e humanas, pois não existem ações que sejam desenvolvidas do começo ao fim sem a colaboração de diversas divindades e de diversas pessoas em funções distintas

**A pesquisa traçou alguns sentidos** dos quais destacamos: (1) o cuidado integral e equânime para os povos de terreiro vem sendo dificultado por barreiras psicossociais sustadas por diversas modalidades de racismo que foram firmadas no Brasil desde a colonização e sustentadas na atual colonialidade. (2) O racismo religioso é uma questão de saúde pública, pois interfere diretamente no acesso e na qualidade dos serviços prestados aos povos tradicionais de terreiro de candomblé. (3) – O desmantelamento do racismo só é possível com um compromisso ético e político de todos os atores envolvidos socias, pois tal qual o capitalismo o racismo encontra formas de atualização em diferentes cenários e é naturalizado por um pacto tácito de branquitude.

Os/as trabalhadores/as da saúde, apontaram, que a realização das entrevistas tinha levantados questionamentos sobre algo que eles nunca tinham pensado, singularidades relacionadas ao cuidado em saúde de povos tradicionais de candomblé. É como se o diálogo tivesse potencializado uma trinca no muro de silencio. Desse modo, a realização de pesquisa-ação que envolva educação permanente em saúde com metodologias de intervenção da educação popular em saúde que promovam encontros dialogados entre povos-de-santo e trabalhadores/as da saúde podem apontar alguns caminhos de enfrentamento do racismo religiosos no âmbito do cuidado em saúde no SUS.

A partir dos resultados apresentados, podemos refletir sobre diversos caminhos para futuras pesquisas, que podem abordar, por exemplo: a) a **efetividade de políticas públicas de saúde** voltadas para povos de religiões de matriz africana a partir de uma análise mais acurada sobre perfil de morbimortalidade dessas populações; b) o **debate sobre racismo e sobre religiosidade na matriz curricular e nos projetos político-pedagógicos dos cursos de formação** ou especialização de trabalhadores/as e profissionais de saúde; c) a **implementação de práticas de saúde** mais inclusivas e culturalmente sensíveis; d) **práticas de resistência e alternativas** acionadas por este povo para resistirem aos obstáculos ao exercício do direito à saúde.

Nossa experiência evidenciou que a metodologia utilizada, centrada no diálogo e na construção conjunta de saberes, pode também ser aplicada em outras pesquisas sensíveis ao debate sobre racismo na área da saúde pública, a fim de promover uma abordagem mais humanizada e equânime no acesso a populações historicamente marginalizadas. O estudo da interseção entre racismo religioso e institucional no contexto do SUS e as implicações para a saúde integral da população negra, bem como a análise de como a ancestralidade e as redes comunitárias podem ser incorporadas nos modelos de cuidado, são assim áreas promissoras para pesquisas futuras e um potente campo de intervenção ético-política.

## 6 REFERÊNCIAS


AGOSTINHO, Manuela. Ecomapa. Dossier Família. **Rev Port Clin Geral** 2007; 23:327-30. Disponível https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10366/10102.Acesso em: 22 fev. 2023.

AIQUOC, Kezauyn Miranda, et al. **Política nacional de saúde integral da população negra**: história, avanços e desafios. In: BARBOSA, Isabelle Ribeiro, AIQUOC, Kezauyn Miranda, SOUZA, Talita Araújo de (Orgs). Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRN, 2021. Disponível em:

ALMEIDA, R. de; BOARO, J. C. N. Arte, mito e educação entre os fons do Benin: a estátua de Gu. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros.** n. 63, abr. 2016 (p. 121- 140). Disponível e <https://www.scielo.br/j/rieb/a/xFG5wwvqq8LR7cF4KcddJHb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10 jul. 2022.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALONSO, Joao Pedro da Rocha; CASALINO, Vinícius Gomes. POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO À SAÚDE: : EVOLUÇÃO DOS GASTOS GOVERNAMENTAIS E EFICÁCIA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ - RFD**, *[S. l.]*, n. 43, p. 1–33, 2024. DOI: 10.12957/rfd.2024.61814. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/rfduerj/article/view/61814. Acesso em: 28 dez. 2024.

ARAGAKI, S. S.; PIANI, P. P. e SPINK, M. J. **Uso de repertórios linguísticos em pesquisas** In: SPINK, Mary Jane Paris; et al. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. Disponível em: https://www.ufrgs.br/blogdabc/a-producao-de- informacao-na-pesquisa/ Acesso em 27 de dez. 2016

ARAÚJO, Alves Kristiane; REPETTO, Maxim. A busca por saúde e a construção de itinerários terapêuticos em terreiros de Candomblé na cidade de Boa Vista/RR. **Textos e Debates**, Boa Vista, n. 30, p. 9-22, jul./dez. 2016

ARAÚJO, Kristiane Alves. Concepção de saúde-doença-cuidado relacionada às práticas do Candomblé em Boa Vista. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, 2013.

ARAÚJO, Maurício Azevedo de. HEIM, Bruno Barbosa. HOSHINO, Thiago de Azevedo Pinheiro (org.). **Direitos dos povos de Terreiro**. Salvador: EDUNEB, 2018.

ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro de; TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 31, n. 4, e220246pt, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bfwK5pSztfmYp7j9GcXgz6d/#.

ASSIS, W. F. T. Do colonialismo à colonialidade: expropriação territorial na periferia do capitalismo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 613-627, Set./Dez. 2014

BATISTA, Luís Eduardo.; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, e00090516, 2017. Suplemento 1.

BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia; SILVA, Naiara Gajo; TOMAZELLI, Priscila Caccer; SILVA, Alexandre da; RINEHART, Denise. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. e190151, 2020.

BATISTA, Neiza Cristina Santos; BERNARDES, Jefferson; MENEGON, Vera Sônia Mincoff. **Conversas no cotidiano**: um dedo de prosa na pesquisa. In: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli (orgs.). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. 1. ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. (Publicação virtual). Disponível em: https://www.ufrgs.br/blogdabc/a-producao-de-informacao-na-pesquisa/. Acesso em: 27 dez. 2016.

BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195.

BENTO, B. (Ed.). **De Africas e Diasporas. Africanidade e Cultura Popular Brasileira**: elementos da resistência negra no Brasil. Campinas: Unicamp, 2010.

BERNARDES, J.; SANTOS; SILVA. **A roda de conversa como dispositivo ético- político na pesquisa social**. In: LANG, C.E. et al. (Org). Metodologias; pesquisa em saúde, clínica e práticas psicológicas. Alagoas - Maceió: EDUFAL, 2015

BRAGA, Júlio. **Na gamela do feitiço**: repressão e resistência nos Candomblés da Bahia. Salvador: EDUFBA, 1995. p. 19-20.

BRANDÃO, Arnaldo, CAZUZA. O tempo não para. ***Ideologia*** . Disponívelem: https://www.letras.mus.br/cazuza/discografia/ideologia-1988/. Acesso em: 2 nov 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 dez. 1993. Seção 1, p. 19353.

BRASIL. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Estabelece diretrizes para a implementação de ações de saúde para as populações tradicionais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2014. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018**. Estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde da População Cigana/Romani. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2018. Seção 1, p. 2.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Aprova a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 fev. 2007. Seção 1, p. 4.

BRASIL. **Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade do ensino sobre História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2008. Seção 1, p. 1.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2010. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Decreto nº 8.750, de 9 de maio de 2016**. Regulamenta a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 mai. 2016. Seção 1, p. 2.

BRASIL**. Lei nº 13.796, de 3 de janeiro de 2019**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jan. 2019. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Decreto nº 8.750/2016, atualizado pelo Decreto nº 11.481/2023**. Regulamenta a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial. Atualizado pelo Decreto nº 11.481, de 2023. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 mai. 2016. Seção 1, p. 2.

BRASIL**. Decreto nº 12.278, de 29 de novembro de 2024**. Aprova o regulamento de concessão de benefícios no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 nov. 2024. Seção 1, p. 5.

BRASIL**. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 mai. 1999. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Lei nº 3.193, de 4 de julho de 1957**. Dispõe sobre a organização da assistência social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jul. 1957. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Decreto nº 3.551, de 4 de agosto de 2000**. Dispõe sobre a concessão de benefícios no âmbito da seguridade social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 ago. 2000. Seção 1, p. 3.

BRASIL**. Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023**. Dispõe sobre a organização e gestão da política nacional de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2023. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Instrução Normativa nº 3, de 17 de janeiro de 2000**. Estabelece normas para o cadastramento de entidades para a prestação de serviços à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jan. 2000. Seção 1, p. 5.

BRASIL**. Portaria nº 210, de 10 de novembro de 1998**. Estabelece normas para a organização do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 3.
BRASIL**. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989**. Define os crimes resultantes de discriminação racial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 1989. Seção 1, p. 1.

BRASIL**. Lei nº 9.475, de 22 de julho de 1997**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jul. 1997. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Aprova as diretrizes para a organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 maio 2009. Seção 1, p. 62.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Constituicao/Constituiçao. Htm Acesso em: 16 out 2024.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http:// portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2023

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf> Acesso em: 23 fev. 2023

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 04 Set. 2016

BUSS, Paulo Marchiori *et al*. Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. **Para além da cobertura universal**: Paulo Buss fala sobre garantia de acesso e melhoria das condições de vida. Blog do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2019. Disponível em: https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/47571.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal. In: **Agir em Saúde**. Um Desafio para o Público (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 229-266, São Paulo: Editora Hucitec,1997.

CAMPOS, G. W. de S.. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda São Paulo: editora HUCITEC, 2013.

CAMPOS, G. W. de S.**Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos**, 1 . Ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

CARNEIRO, A ; FISCHMANN, R. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005.Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em:<https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf> Acesso em 11 de jul.2022.

CARNEIRO, Suely. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, Suely. **Dispositivo de racialidade**: A construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CASALINO, V. G. Economia de mercado e políticas públicas: elementos de epistemologia à luz da obra de Theodore J. Lowi. **Direito Público**, v. 18, n. 98, 2021. Disponível em: https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4723. Acesso em: 21 dez 2024

*CONRADO***,** Mônica. A questão racial no brasil sob a perspectiva de Gilberto Freyre e Florestan Fernandes. **Revista Humanitas**. v. 20, n. 1/2, 2004. Disponível em: < https://periodicos.ufpa.br/index.php/rhumanitas/issue/view/709> Acesso em: 05 nov 2024.

*CONRADO***,** Mônica. Legitimação de saberes e produção de conhecimento sob o ponto de vista de uma acadêmica negra militante a partir de uma universidade na Amazônia. **Revista Eletrônica: Humanitas**. Caderno do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará. v. 1, n.1. Belém: IFCH – UFPA, 2021 [online]. Disponível em: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ifch.ufpa.br/images/PDF/Revista_Humanitas/Revista%20Humanitas.pdf> Acesso em: Acesso em: 05 nov 2024.

CORAL. **Tintas Coral**. 2024. Disponível em: https://www.coral.com.br/pt. Acesso em: 10 nov. 2024.

CRIOLA; ILÊ AXÉ OMIJUARÔ; ILÊ AXÉ OMI OGUN SIWAJÚ. **Terreiros em luta:** caminhos para o enfrentamento ao racismo religioso. Crioula, 2022. PDF. Disponível em: https://criola.org.br/cartilha-terreiros-em-luta-apresenta-caminhos-para-defesa-de-direitos-humanos-acesse/. Acesso em: 15 dez. 2024.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DU BOIS, W.E.B. Black **Reconstruction in América**, 1860-1880. Nova York: Thouchstone, 1995.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHTHYkzVPv/?lang=pt. Acesso em: 28 out. 2024.

EVARISTO, C. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. 2. ed.- Rio de Janeiro: Malê, 2016.

EVARISTO, Conceição. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

FANON, Frantz. Em Defesa da Revolução Africana. Trad. Isabel Pascoal. 1ª ed. Portugal: Sá da Costa Editora, 1980.

FANON, Frantz. **Pele Negra Máscaras Brancas**. Tradução de Renato da Silveira. – Salvador: EDUFBA, 2008

FANON, Frantz **. Por uma revolução africana**. Textos políticos. Frantz Fanon. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2021

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3831–3840, dez. 2017.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **A equidade racial nas políticas de saúde**. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (orgs.). *Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 92 - 121. (Coleção negras e negros: pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller).

FERNANDES, Nathália Vince Esgalha. A discriminação contra religiões afro-brasileiras: um debate entre intolerância e racismo religioso no Estado brasileiro. **Revista Calundu**, v. 5, n. 2, p. 150-163, jul.-dez. 2021.

FERNANDES, Nathalia Vince Esgalha; ADAD, Clara J. Intolerância ou racismo religioso: discriminação e violência contra as religiões de matriz africana. **Revista Intolerância Religiosa**, v. 2, n. 1, p. 45-59, jul.-dez. 2017.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (Org). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em:<https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-e-saude-producao-do-cuidado-gestao-e-formacao/>. Acesso em: 24 fev 2023.

FLAKSMAN, Clara. "De sangue" e "de santo": o parentesco no candomblé. **Mana**, v. 24, n. 3, p. 124–150, set. 2018.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos saude coletiva**, v. 28, n. 2, p. 288–301, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PbCQmjwY5YBRHKDdytKtDCx/?lang=pt. Acesso em: 20 dez 2024

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014 GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: SILVA, Luis Augusto.**ANPOCS**, 1983. (ciências sociais hoje, nº 2).

FRASER, Nancy. Igualdade, identidades e justiça social. **Le Monde Diplomatique Brasil** (online), jun. 2012. Edição 59.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. In: Silva, Luiz Antônio Machado et alii. Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos. Brasília, ANPOCS.1983

GONZALES, Lélia. **Mulher Negra**. In: Guerreiras de Natureza: Mulher negra, religiosidade e ambiente. Nascimento (0rg). São Paulo: Selo Negro, (Sankofa: matrizes africanas da cultura brasileira; 3) 2008.

HOOKS, Bell. Intelectuais Negras. In: Estudos Feministas. IFCS/UFRJ – **PPCIS/UFRJ** – vol.3 nº 2.1995, p. 464 – 478. Disponível em:<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/10/16465-50747-1-PB.pdf> Acesso em 12 de jul.2022.

COUTINHO IENDRICK, D. . A casa de candomblé: família e negociações de domesticidade. **Sacrilegens** , *[S. l.]*, v. 16, n. 1, p. 148–161, 2019. DOI: 10.34019/2237-6151.2019.v16.28830. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/28830. Acesso em: 28 dez. 2024.

IFADIREÓ, Miguel Melo; ALENCAR, Yohana Maria Monteiro Augusto de**;** BITU, Vanessa de Carvalho Nilo; FERREIRA, Francisco Renato Silva**;** ROCHA, Alyne Andrelyna Lima; CALOU, Christiano Siebra Felício. Ambivalências do racismo no contexto do terror direcionado às religiões de matrizes africanas e afrodescendentes. **Braz. J. of Develop**., Curitiba, v. 6, n.12, p.95455-95480 dec. 2020.

IFADIREÓ, Miguel Melo (Miguel Ângelo Silva de Melo). Pretagogias na educação: a religião dos Òrìsàs na cidade de Padre Cícero. **Ciências da Religião: história e sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 146-178, jan./jun. 2016.

JAMES, George Granville Monah. **Legado roubado**: Filosofia Grega é Filosofia Egípcia roubada. 2018.

JAPIASSÚ, Hilton e MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 3ª ed. Jorge Zahar Editor:Rio de Janeiro, 2001

KILOMBA, Grada. **Descolonizando o conhecimento**: uma palestra-performance de Grada Kilomba. 2016. Disponível em: < https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2018/05/kilomba-grada-ensinando-a-transgredir.pdf> Acesso em 12 de jul. 2022.

KILOMBA, **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LEITE, Ilka Boaventura. Prefácio. In: CONCEIÇÃO, Willian Luiz da. Branquitude (livro eletrônico): **dilema racial brasileiro**. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2020. PDF.

LEITE, Márcia Pereira. Preconceito racial e racismo institucional no Brasil. **Le Monde Diplomatique** Brasil, 2012.

LIMA, Marcus Eugênio Oliveira; VALA, Jorge. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 401-411, set. 2004.

LIMA, Marcus Eugênio Oliveira. O que há de novo no "novo" racismo do Brasil? **Revista Ensaios e Pesquisa em Educação e Cultura**, v. 4, n. 7, 2019. Disponível em: http://costalima.ufrrj.br/index.php/REPECULT/article/view/317.

LOPES, R. L. B.; RIBEIRO, L. C.; OLIVEIRA, D. M. A saúde promovida por redes sociais e comunitárias de mulheres de baixa renda. **CSP: Cad. Saúde Pública**, 2023.

LOWI, T. J. **American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. World Politics**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://perguntasaopo.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/06/lowi_1964_.pdf>. Acesso em: 23 dec. 2024.

LOWI, Theodore J. *American business, public policy, case studies, and political theory*. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715, jul. 1962.

LYRA, Jorge. **Paternidade adolescente**: uma proposta de intervenção. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

MACEDO, M.A et al. **Relatos e experiências do cotidiano com povos de terreiro do Cariri cearense a partir da educação popular em saúde e direitos fundamentais** In: MELO, M. Â. S. de et.al (Org.) Epistemlogias em confronto no direito: reinvenções,

ressignificações e representações a partir da interdisciplinaridade. Livro comemorativo dos 5 anos do LIEV. Editora CRV. Curitiba. 2017a.

MACEDO, M.A et al. **Sentidos da educação popular**: encontros e encantos em educação popular em saúde com povos de terreiro de matriz africana em Juazeiro do Norte-CE. In: MELO, M. Â. S. de et.al (Org.) Epistemlogias em confronto no direito: reinvenções, ressignificações e representações a partir da interdisciplinaridade. Livro comemorativo dos 5 anos do LIEV. Editora CRV. Curitiba. 2017b.

MACEDO, M.A; BERNARDES, J.S. Formação em saúde por meio de vivências em comunidades tradicionais de matrizes africanas: ressignificando competências. **Revista Exitus**. Vol. 9, N° 5:102 - 129, Edição Especial, 2019.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-446, maio-ago. 2005.

MALAGRINO, Leonardo França. Os ritmos no candomblé de nação angola: a música do Templo de Cultura Bantu Redandá. 2017. 111 f., il. Dissertação (Mestrado em Música)— Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. 6ª reimp - São Paulo: Atlas 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Tradução de Renata Santini. N-1 edições. São Paulo. 2018.

MBEMBE, Achille. **Crítica da razão negra**. Tradução Marta Lança. Edições Antígona. Lisboa: 2014.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J. e MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas, In: SPINK, Mary Jane Paris; et al. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. Disponível em: https://www.ufrgs.br/blogdabc/a-producao-de-informacao-na-pesquisa/ Acesso em 27 de dez. 2014.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública: austeridade versus universalidade. **Debate De Saúde**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez. 2019.

MÉLLO, R.P.; Silva, A.A.; LIMA, M.L.C.; Di PAOLO, A.F. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia & Sociedade**; 19 (3): 26-32, 2007. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010271822007000300005&script=sci_arttext> Acesso em 17 set 2020

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em Saúde**. Um Desafio para o Público (E. E. Merhy & R. Onocko, org.), pp. 71-112, São Paulo: Editora Hucitec, 1997

MILLS, Charles W. **O contrato racial**. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1997. Disponível em: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/840066/mod_resource/content/2/Contrato%20racial%20Mills.pdf. Acesso em: 07 jan 2025.

MOTA, Emília Guimarães. **Apontamentos sobre racismo religioso contra Religiões de Matrizes Africanas**. GT 29 Religião, política e direitos humanos na contemporaneidade, 2017. disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminal/9666/Resultado/Listar?guid=492fadec6df25ff3577a>. Acesso em: 26 nov 2024.

MONTUORI, A. Literature review as creative inquiry: reframing scholarship as a creative process. Journal of Transformative Education, v. 3, n. 4, p. 374–393, 2005. Disponível em: <https://www.academia.edu/168663/Literature_Review_as_Creative_Inquiry_Reframing_Scholarship_As_a_Creative_Process>. Aceso em: 10 mar 2020.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B.. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 325–337, abr. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bBcjM3zp3ZbSSyhhH3ydsTD/abstract/?lang=pt Acesso em: 10 nov. 2023.

MUNANGA, Kabengele. As religiões de matriz africana e intolerância religiosa. Crítica e Sociedade: **Revista de Cultura Política, Uberlândia**, v. 10, n. 1, 2020. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/criticasociedade/article/download/57901/30233/245328. Acesso em: 15 dez. 2024.

NASCIMENTO, Abdias. DO. **O Quilombismo**. Rio de Janeiro: Fundação Palmares 2ª ed. 2002.

NASCIMENTO, Abdiaas. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NASCIMENTO, V. L. V. do; TAVANTI, R. M. e PEREIRA, C. C. Q.. **O uso de mapas dialógicos como recurso Analítico em pesquisas científicas** In: SPINK, Mary Jane Paris; et al. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.Disponível em: https://www.ufrgs.br/blogdabc/a-producao-de-informacao-na-pesquisa/ Acesso em 27 de dez. 2016

NAVASCONI, P. V. P.; MOSCHETA, M. DOS S. Contribuições de Virgínia Leone Bicudo e Neusa Santos Souza para uma psicologia brasileira antirracista. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, p. e276753, 2023.

NELSON MANDELA. **Apontamentos para o futuro**: palavras de sabedoria. Rio de Janeiro: Rocco, 2013.

NIEL, Marcelo. **Àwọn Ọnà Mímọ́**: os caminhos sagrados das mulheres do Axé em Nova Iorque (EUA). São Paulo, 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.

NOGUEIRA, Isildinha Baptista. Cor e inconsciente. In: ABUD, C.; KON, N.; SILVA, M. L. (Orgs.). **O Racismo e o Negro no Brasil**: questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 121-126.

ODUDUWA TEMPLO DOS ORIXÁS. Oduduwa Templo dos Orixás. Disponível em: https://www.facebook.com. Acesso em: 27 out. 2023.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA- SUS/UFMA; 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: < http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html> Acesso em: 14 jul. 2022.

PINEZI, A. K.; JORGE, E. **Pensando formas religiosas de entender a doença e a saúde**: perspectiva comparada entre o candomblé nagô e o neopentecostalismo. In: CONINTER 3 - Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, 2014. Salvador, 2014.

PRANDI, Reginaldo. A religião e a multiplicação do eu - Transe, papéis e poder no candomblé. **Revista USP**, São Paulo, Brasil, n. 9, p. 133–144, 1991. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i9p133-144. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25561.. Acesso em: 27 dez. 2024.

PRANDI, Reginaldo. **As religiões afro-brasileiras e seus seguidores**. Civitas, Revista de Ciências Sociais, Porto Alegre, PUC-RS, v. 3, n. 1, p. 15-34, jun. 2003.

PRANDI, Reginaldo. **Brasil africano: deuses, seguidores, sacerdotes**. São Paulo: Arché, 2022.

PRANDI, Reginaldo. Exu, de mensageiro a diabo: sincretismo católico e demonização do orixá Exu. **Revista Usp**, São Paulo, n. 50, p. 46-65, 2001.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. In: RAMOS, G. **Introdução crítica à Sociologia brasileira**. Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 2ed. Rio de Janeiro,RJ. 1995.

QUIJANO, Aníbal. **Dom Quixote e os Moinhos de Vento na América Latina**. In Araújo, Cícero e Amadeo, Javier (orgs). São Paulo: Ed Hucitec: Fapesb, 2009.

RAMOS, Rodrigo Maciel. **Candomblé e Umbanda**: caminhos terapêuticos afro-brasileiros. 2015. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015

REIS, Rodrigo Ferreira dos. **Ôri e memória**: o pensamento de Beatriz Nascimento. Sankofa. Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana Ano XIII, NºXXIII, abril/2020

REIS, D. DOS S. A colonialidade do saber: perspectivas decoloniais para repensar a universalidade. **Educação & Sociedade**, v. 43, p. e240967, 2022.

RIOS, Luís Felipe. **Ara Ketu**: o enraizamento do ser humano no mundo na perspectiva do candomblé e xangô. In: SAYAO, Sandro (org). Faces do Humano. EdUFPE: Recife, 2010. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/298/288/864> Acesso em: 12 fev. 2025.

SÁ JR., Miranda. **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM). [Internet], jul.-set. 2004. Disponível em: https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Def-Saude.pdf.

SANCHES-JUSTO, J.; FERREIRA, S.L; VASCONCELOS, M.S.O construcionismosocial na pesquisa em psicologia. **Revista de Psicologia da UNESP**. Vol.9. n1. 2010.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu Editora/PISEAGRAMA, 2023

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal**: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B.S.; MENESES, M.C.(Org.). Epistemologias do sul. Edições Almedina SA. Coimbra, 2009.<https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aeSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf> Acesso em 21 fev 2023

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**: técnica, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTANA, Aline Lopes de; BERNARDES, Jefferson de Souza. As práticas e a formação profissional em psicologia pelo trabalho para a saúde: uma revisão dialógica da literatura. **Laplage em Revista** (Sorocaba), v. 5, n. 1, p. 44-57, jan.-abr. 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6813181.pdf >Aceso em: 10 mar 2020.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo":** raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. São Paulo: IP_PUC, 2012. Tese (Doutorado em Psicologia).

SILVA, Márcio Azevedo da. **Candomblé e SUS**: diálogos sobre biossegurança nos terreiros. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, 2015. Dissertação.

SILVA, Marcos Antonio Batista da. Racismo institucional: pontos para reflexão. **Laplage em Revista**, v. 3, n. 1, p. 127-136, 2017.

SILVA, Carolina Rocha. Racismo, Religião e Educação no Brasil: Desafios Contemporâneos. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), v. 11, n. Ed. Especi, p. 283-296, maio 2019. ISSN 2177-2770.

SODRÉ, Muniz. **O fascismo da cor**: uma radiografia do racismo nacional. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2023.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katál**., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul.-dez. 2014.

SOUZA, M. L. DE. Capitalismo e racismo: uma relação essencial para se entender o predomínio do racismo na sociedade brasileira. Revista Katálysis, v. 25, n. Rev. katálysis, 2022 25(2), maio 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/C6N8TfK97tq9XXbmgG9nJcv/#> acesso em 24 fev 2023.

SPINK, M. J. P. e FREZZA, R. M. **Práticas discursivas e produção de sentido**: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. edição on-line: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Ipanema,Rio de Janeiro. 2013

SPINK, M. J; MEDRADO, B.e MÉLLO, R. P. **Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas.** In: SPINK, Mary Jane Paris; et al**. A** produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**.** – 1.ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/blogdabc/a-producao-de-informacao-na-pesquisa> Acesso em 27 de dez. 2014.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Centro Edelstein, 2010. Disponível em: http://books.scielo.org/id/w9q43. Acesso em: 15 nov. 2024.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/.

TEIXEIRA, M. Bori, **prática terapêutica e profilática**. In: Mandarino A, Gomberg E, organizadores. Leituras afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes. Salvador: EDUFBA; 2009.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

VAZ, Lívia Sant'Anna. **Eu, mulher negra, não sou sujeito universal**. www.migalhas.com.br, 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/olhares-interseccionais/363604/eu-mulher-negra-nao-sou-sujeito-universal>. Acesso em: 20 dez. 2024.

VERGER, Pierre. **Notas sobre o culto aos orixás e voduns**. Tradução de Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Edusp, 1999.

WALKER, S. Literature Reviews: generative and transformative textual conversations. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: **Qualitative Social Research**, v. 16, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2291>. Aceso em: 10 mar 2020.

# ANEXOS

## ANEXO 01

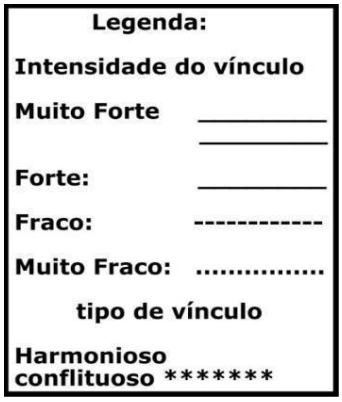
## INSTRUÇÕES PARA CONFECÇÃO DE ECOMAPA COM PARTICIPANTES DA PESQUISA

Quero te convidar para fazer um desenho comigo. Nessa folha de papel eu vou desenhar um círculo no meio. Esse círculo é você. Agora eu vou pedir que você desenhe outros círculos que representam locais de cuidado em saúde para você. Você deve desenhar mais longe ou mais perto de você, dependendo de como você tem algum vínculo ou usa esses lugares quando sente que precisa de algum cuidado em saúde.

(após os desenhos serem feitos). Agora vamos ligar esses lugares com você. Se você acha que o seu vínculo é muito forte faz dois traços, se acha que é forte faz um traço, se acha que é fraco faz um traço com tracinhos, se acha que é muito fraco, faz um traço com pontinhos.

(Após fazer os traços). Agora vamos ver como é a qualidade do vínculo. Se você acha que é harmônico não desenha nada. Mas, se acha que tem conflitos, faz uma linha ondulada em cima da que você já desenhou.

(após desenhar as linhas de qualidade do vínculo) Se existe algum lugar de cuidado em saúde que você acha que poderia ter algum vínculo com ele, mas você não tem, faz um círculo para ele também.



## ANEXO 02

## ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES/AS DA SAÚDE

1. Aqui na comunidade existem Terreiros de Religiões de Matriz Africana? Se sim, você os conhece? Por favor, me conta um pouco dessa experiência. Se não os conhece, por favor, me diga os motivos.

2. Você atende pessoas de adeptas de religiões de Matriz Africana aqui na Unidade Básica de Saúde? Por favor, me fale um pouco sobre essa experiência.

3. Existe alguma singularidade/conhecimento ou estratégia que seja necessário conhecer ou fazer para atender pessoas de Religiões de Matriz Africana nos cuidados em saúde? Fale-me um pouco sobre a sua resposta.

**ANEXO 03**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO – TCLE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA JUNTO A POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ: trilhas e tretas na concretização de um sistema de saúde universal e equitativo, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) MOEMA ALVES MACÊDO, residente na Rua Izaias Nunes de Mendonça, 46, bairro Frei Damião, Juazeiro do Norte-CE, CEP: 63044-320, e-mail: moema.macedo@ufpe.br e telefone: (88)9.99393248 inclusive ligações a cobrar (9090 88 9 99393248). E está sob a orientação do Prof. Dr. Benedito Medrado Telefone: (81) 9. 9922-9922, e-mail benedito.medrado@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

## INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** Essa pesquisa tem o potencial de identificar demandas de cuidado em saúde de povos tradicionais de Terreiro de modo a gerar dados que possam estimular o desenvolvimento de políticas públicas adequadas a essa população, tendo em vista a necessidade histórica de reparação diante do racismo estrutural vivido no Brasil. O OBJETIVO desta pesquisa é produzir análises sobre a promoção da saúde pública integral para população vinculada a religião de matriz africana, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, apoiada no construcionismo social, que é um movimento defensor da produção científica como saberes produzidos com os interlocutores participantes do processo de produção de dados, sendo estes, pessoas autônomas, ativas e com capacidade de mudanças constantes, portanto, sem essência fixa. O construcionismo social advoga, também, que não existem verdades e nem neutralidades absolutas no fazer científico e que a produção da ciência deve voltar-se a interesses sociais visando a equidade. Essa pesquisa será desenvolvida a partir de produções individuais de ecomapas com adeptos do Terreiro de Candomblé: Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá, localizado em Juazeiro do Norte-CE e de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de serviços de saúde de atenção básica utilizados por adeptos desse Terreiro. Os interlocutores serão lideranças religiosas e filhos de santo do Terreiro, independente de gênero e tempo de caminhada na religião, desde que maiores de 18 (dezoito) anos e profissionais de saúde que se disponibilizem a participar e que atendam a população do Terreiro em questão. Para a análise dos discursos produzidos nas entrevistas e nas elaborações dos ecomapas serão usados mapas dialógicos. Acrescenta-se que: Os participantes que fazem parte do grupo de adeptos do Terreiro de Candomblé Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá, participarão, individualmente, conversando com a pesquisadora e produzindo um desenho de um ecomapa em uma folha de papel A4. Durante a produção a conversa será gravada. O tempo estimado para esse procedimento é entre 30 (trinta) até 60 (sessenta) minutos. Já os profissionais de saúde, participarão respondendo a uma entrevista semiestruturada, de forma individual. Durante a entrevista, haverá gravação. O tempo estimado para esse procedimento é entre 30 (trinta) até 60 (sessenta) minutos.

- **RISCOS:** A participação neste estudo pode apresentar risco do ponto de vista da integridade social e emocional dos participantes. Se porventura, nas entrevistas algum constrangimento ou desconforto moral/emocional ocorrer ou for pelo participante revelado, este receberá orientação para buscar serviço adequado a sua necessidade e o procedimento de entrevista ou produção de ecomapa será suspendido imediatamente. A rede de atenção psicossocial do Município de Juazeiro do Norte, poderá ser acionado caso haja necessidade de cuidado em saúde mental em decorrência de danos da pesquisa em tela.

- **BENEFÍCIOS diretos/indiretos** para os voluntários: Esta pesquisa não prevê benefícios específicos diretos aos participantes. O principal benefício desta pesquisa é de natureza política e coletiva, na medida em que a divulgação dos resultados pode contribuir no processo de desenvolvimento e monitoramento de política sociais que visam à promoção dos direitos humanos, especialmente, no campo dos direitos a políticas públicas de saúde integral para a população de Terreiros de Candomblé e das estratégias governamentais de enfrentamento ao racismo.

Ressalta-se que muitas pessoas se sentem beneficiadas em participar de pesquisas que focalizam problemas sociais e cujos resultados podem contribuir para transformações no

campo dos direitos humanos. Além disso, pesquisas no campo de gênero e sexualidade relatam, como benefício secundário, a satisfação dos entrevistados em falar sobre questões íntimas e pessoais, para um profissional qualificado, dada muitas vezes a dificuldade em seu cotidiano de falarem sobre suas vivências relacionadas a temas tabus.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas e ecomapas), ficarão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável MOEMA ALVES MACÊDO, na Rua Izaias Nunes de Mendonça, 46, Bairro Frei Damião, Juazeiro do Norte-CE, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

_____

(assinatura do pesquisador)

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA JUNTO A POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ: trilhas e tretas na concretização de um sistema de saúde universal e equitativo, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a)

e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

| Impressão digital (opcional) |
|---|

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (**02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

| | |
|---|---|
| Nome: | Nome: |
| Assinatura: | Assinatura: |

**ANEXO 04**

**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA JUNTO A POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ: trilhas e tretas na concretização de um sistema de saúde universal e equitativo
**Pesquisador responsável:** MOEMA ALVES MACÊDO
**Instituição/Departamento de origem do pesquisador:** CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS (UFPE); PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPsi/UFPE)
**Telefone para contato:** (88)9.993932-48
**E-mail:** moema.macedo@ufpe.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o termino da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, 10 de junho de 2023.

_____
**Assinatura Pesquisador Responsável**

## ANEXO 05

## CARTA DE ANUÊNCIA DO *CANDOMBLÉ QUILOMBAXÉ KWÊ CÈJÁ OMI YPONDÁ*

**Imagem 19: Carta de Anuência do Candomblé Quilombaxé Kwê Cèjá Omi Ypondá**

*CANDOMBLÉ QUILOMBAXÉ KWÊ CÈJÁ OMI YPONDÁ*

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) MOEMA ALVES MACÊDO, a desenvolver o seu projeto de pesquisa (PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA JUNTO A POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ: trilhas e tretas na concretização de um sistema de saúde universal e equitativo, que está sob a orientação do (a) Prof. (a) . Dr. Benedito Medrado, cujo objetivo é Produzir análises sobre a promoção da saúde pública integral para população vinculada a religião de matriz africana, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no *Candomblé Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá*

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Juazeiro do Norte (CE), em 19/ 06 / 2023.

Herlania Batista Galdino

**HERLANIA BATISTA GALDINO**
**Doté (Mãe de Santo) do Candomblé Quilombaxé kwê Cèjá Omi Ypondá**
Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

## ANEXO 06

## CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Imagem 20: Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde**

PREFEITURA DE JUAZEIRO DO NORTE

Secretaria Municipal de Saúde – SESAU

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Anuência**

Eu, David Antônius da Silva Marrom, CPF 973.426.613-68, Coordenador do Departamento de Educação Permanente da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte – CE, CNPJ 11.422.073/0001-98, declaro ter lido o projeto intitulado, **"PROMOÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA JUNTO A POVOS TRADICIONAIS DE TERREIRO DE CANDOMBLÉ: trilhas e tretas na concretização de um sistema de saúde universal e equitativo"**, que será desenvolvido por **MOEMA ALVES MACÊDO, RG nº. 96029308776 SSP CE e CPF nº. 789.081.323-68** e autorizo a realização da respectiva pesquisa mediante apresentação do parecer de aprovação por um CEP vinculado ao sistema da Plataforma Brasil, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS/CONEP. Declaramos ainda que está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, destacando o comprometimento da pesquisadora em resguardar a segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados

gov.br Documento assinado digitalmente DAVID ANTONIUS DA SILVA MARROM Data: 23/06/2023 09:48:30 -0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

**Juazeiro do Norte-CE, 20 de junho de 2023.**

David A. S. Marrom

Coordenador Municipal do Departamento de Educação Permanente em Saúde

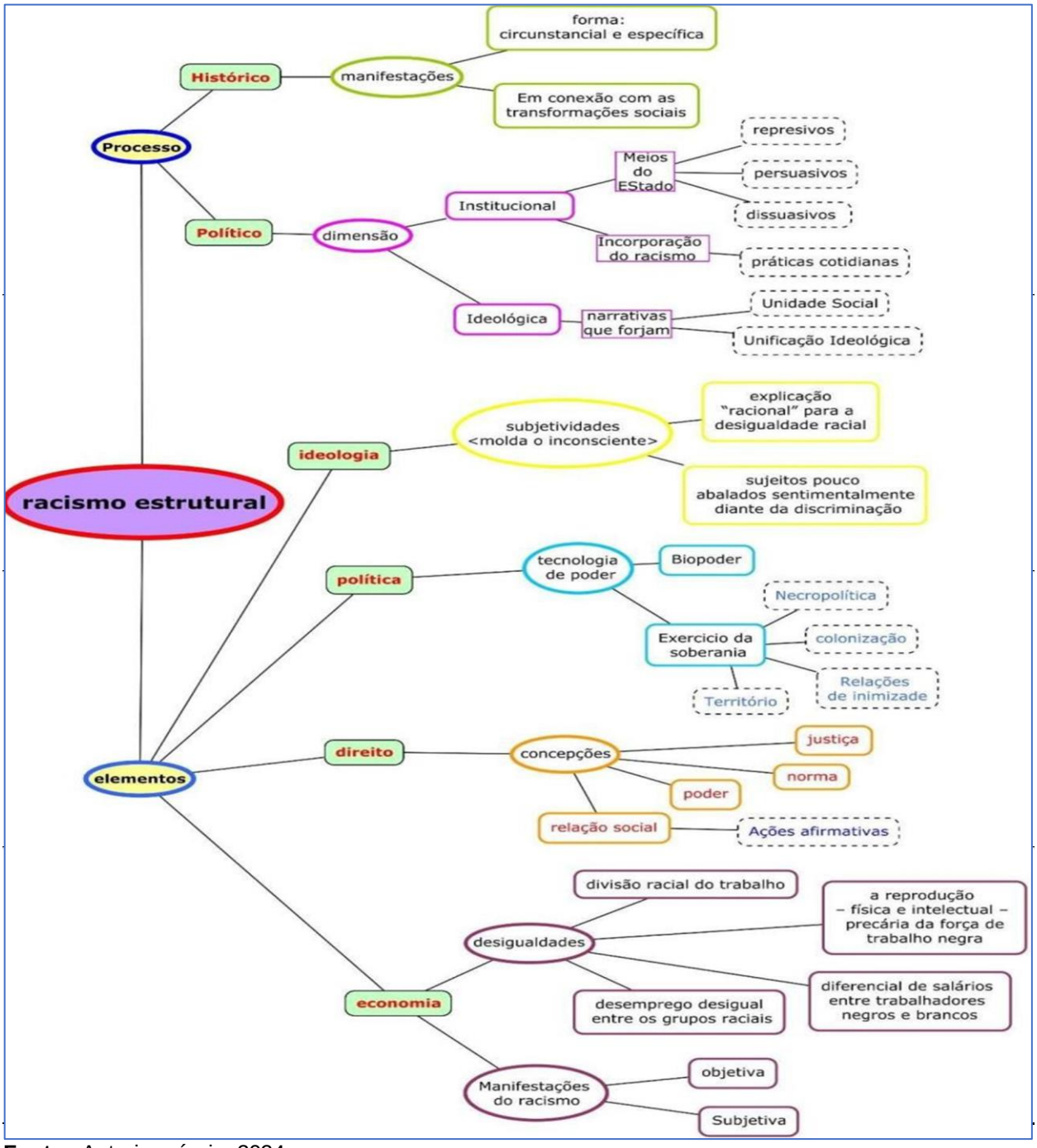
Portaria 0400/2022

Rua José Marrocos, s/nº, Santa Tereza - Juazeiro do Norte, CE
sesau@juazeiro.ce.gov.br
www.juazeirodonorte.ce.gov.br

# APENDICES

# APÊNDICE 01

**IMAGEM 18: ESQUEMA EXPLICATIVO 07 - RACISMO ESTRUTURAL (ALMEIDA,2019)**




**Fonte:** Autoria própria, 2024

## APÊNDICE 02

## QUADRO 10: ESPAÇOS E CONTEXTOS DE ACESSO DE CUIDADO EM SAÚDE INDICADOS PELOS INTERLOCUTORES

**Quadro 10: Espaços e contextos de acesso de cuidado em saúde indicados pelos interlocutores**

| Local de busca por cuidado em saúde de acordo com o nome atribuído pela pessoa interlocutora | Contexto citado para a busca |
|---|---|
| **Terreiro** | • buscar pela saúde espiritual<br>• Porque eu venho ao Candomblé, mas eu procuro bem uma saúde espiritual, uma saúde de paz, uma saúde para tranquilizar minha mente, entendeu?<br>• se é uma coisa que eu preciso ir, de urgência vou lá no Santo ver se tem alguma coisa, jogar um Búzio ou passar uma água, todo tipo pra ver se é energia negativa que eu contraí ou algo assim do tipo. Não sendo, aí sim eu vejo que é um caso de doença, qualquer coisa ligada à doença,<br>• Quando sinto que preciso de algum cuidado em saúde. passar nossos Ebos, nossas oferendas, até ir ao jogo de Búzios que vai nos orientar se a gente deve ou não procurar um serviço de saúde específico. Aí depois, se não der certo no posto, né?<br>• Se no exame não der nada, eu vou na minha mãe de Santo. É, porque a minha mãe Omin sempre manda a gente procurar logo o médico.<br>• É que foi onde eu encontrei a paz, né? A paz, a alegria, as coisas boas.<br>• quando é um problema espiritual. |
| **UBS, UBS bairro, o posto** | • preciso fazer uma consulta, algo do tipo,<br>• Vacinação<br>• Pra fazer exames, fazer as consultas |
| **clínica particular. Rede particular. Consultórios** | • preciso fazer uma consulta, algo do tipo,<br>• eu sempre procuro o particular, eu nunca procuro a rede pública<br>• Mas, assim, consultas eu faço particular, |
| **posto grande/ exames** | • Vacinação<br>• Pra fazer exames,<br>• fazer as consultas |
| **UPA** | • estou doente e preciso ir ao médico rápido,<br>• se é uma coisa que eu preciso ir, de urgência<br>• vou mais a UPA. Porque eu vejo a UPA como um local que eu não preciso agendar, que eu não preciso esperar.<br>• quando eu tenho as minhas crises de ansiedade |
| **Faculdades** | • consultas |
| **Farmácia** | • Buscar remédios<br>• Comprar remédios |
| **CRAS** | • Quando tem apresentações culturais da escola |
| **Família** | • todo o acolhimento |

**Fonte**: Autoria própria, 2024

# APÊNDICE 03

**Quadro 11: Quadro explicativo da rede de cuidados em saúde acessada**

| Ícone de identificação no mapa georreferenciado | Local de Cuidado em Saúde pela ordem dos mais citados | Resumo da descrição do local de cuidado em saúde de acordo com a conformação das redes de atenção à saúde |
|---|---|---|
| | Terreiro | Rede primária de cuidado comunitário em saúde. Local não incluso na rede formal pública de saúde. |
| | UBS – Posto | Unidade Básica de Saúde – rede pública Municipal – Atenção Primária – Porta de entrada na rede |
| | Rede particular – Consultórios – Clínicas particulares | Serviços especializados da rede privada particular e de planos de saúde – Serviços ambulatoriais e de urgência e Emergência |
| | Centro de dermatologia e Doenças infecto contagiosas | Serviço especializado da rede pública – atende por encaminhamento e agendamento via central de marcação – Oferece serviço de vacinação como porta de entrada |
| | Hospital Regional do Cariri | Hospital público estadual que tem pronto socorro e pronto atendimento – Urgência e Emergência |
| | UPA – limoeiro 24h | Unidade de Pronto Atendimento 24h da rede municipal - Urgência e Emergência |
| Não especificado | Farmácias | Serviço de apoio logístico dentro do desenho de redes de atenção à saúde – podem ser acessados em serviços públicos e privados |
| | Clínicas Escolas de Faculdades Particulares da Região | Serviços especializados e ambulatoriais de centros universitários da região que compõem a rede de ambulatórios especializada podendo ser acessada diretamente pelo/a usuário/a por via de encaminhamento de algum profissional de saúde |
| | CRAS - Centro de Referência da Assistência Social | Equipamento da Assistência Social – Faz parte da rede intersetorial de cuidado ampliado em saúde – porta de entrada da política de assistência social |
| Não especificado | Família | Rede primária de cuidado comunitário em saúde. Local não incluso na rede formal pública de saúde. |