



CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA
GABRIEL SANTOS DE JESUS LIMA

**PRÁTICAS RELIGIOSAS AFRO-BRASILEIRAS E O IMPACTO NA SAÚDE DOS
SEUS ADEPTOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador

2024

GABRIEL SANTOS DE JESUS LIMA

**PRÁTICAS RELIGIOSAS AFRO-BRASILEIRAS E O IMPACTO NA SAÚDE
DOS SEUS ADEPTOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Bahiana de Medicina
e Saúde Pública, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Bacharel em
Biomedicina.

Orientador: Prof. Msc. Antonio Maurício
Brasil.

Salvador
2024

GABRIEL SANTOS DE JESUS LIMA

**PRÁTICAS RELIGIOSAS AFRO-BRASILEIRAS E O IMPACTO NA SAÚDE
DOS SEUS ADEPTOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do grau de Bacharel e aprovada em sua forma final pelo curso de Biomedicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Salvador, 9 de novembro de 2024

**Prof. Dra. Mara Dias Pires
EBMSP**

**Prof. Doutoranda Arlene de Queiroz Alves
EBMSP**

**Orientador: Prof. MSc. Antonio Maurício Brasil.
EBMSP**

Salvador
2024

RESUMO

Este estudo sistemático explora o impacto das práticas religiosas afro-brasileiras na saúde de seus adeptos, abordando a intersecção entre religião, cultura e saúde no contexto brasileiro, assim como mapear as práticas de cuidado em saúde promovidos por essas religiões. A pesquisa analisa como tradições que carregam uma matriz africana, como o Candomblé e a Umbanda, contribuem para o bem-estar mental, emocional e social dos praticantes. Baseado no método PRISMA, foram examinados artigos de bases como PubMed, SciELO e Lilacs, selecionando estudos qualitativos de campo e relatos de casos publicados entre 2010 e 2024. A revisão revelou que os espaços religiosos afro-brasileiros oferecem não apenas suporte espiritual, mas também terapias holísticas que incluem o uso de ervas, banhos, infusões e rituais de cura. Os resultados destacam que esses espaços de culto atendem a necessidades de saúde que vão além do modelo biomédico convencional, fornecendo apoio psicológico e social e promovendo a resiliência. Entre os profissionais de saúde entrevistados, foram encontradas percepções mistas, com alguns reconhecendo o valor das práticas afro-brasileiras no apoio ao tratamento convencional e outros manifestando preconceitos ou desconhecimento. Além disso, práticas religiosas como consulta a entidades espirituais e o uso de tratamentos naturais demonstraram ser recursos valiosos para quem busca alternativas aos tratamentos ocidentais tradicionais. Em conclusão, o estudo indica que as práticas afro-brasileiras têm um papel essencial na promoção de uma saúde integral e no enfrentamento de desafios de saúde mental, social e espiritual. Contudo, ainda existem desafios, como o preconceito e a falta de integração dessas práticas ao sistema de saúde pública. Esta análise reforça a necessidade de políticas de saúde mais inclusivas e sensíveis à diversidade cultural e religiosa.

Palavras-chave: Religiões africanas; Saúde; Religiões afro-brasileiras.

ABSTRACT

This systematic study explores the impact of Afro-Brazilian religious practices on the health of their practitioners, addressing the intersection of religion, culture, and health in the Brazilian context, as well as mapping the health care practices promoted by these religions. The research analyzes how traditions rooted in African matrices, such as Candomblé and Umbanda, contribute to the mental, emotional, and social well-being of practitioners. Based on the PRISMA method, articles from databases such as PubMed, SciELO, and Lilacs were examined, selecting qualitative field studies and case reports published between 2010 and 2024. The review revealed that Afro-Brazilian religious spaces offer not only spiritual support but also holistic therapies that include the use of herbs, baths, infusions, and healing rituals. The results highlight that these worship spaces address health needs that go beyond the conventional biomedical model, providing psychological and social support and promoting resilience. Among the healthcare professionals interviewed, mixed perceptions were found, with some recognizing the value of Afro-Brazilian practices in supporting conventional treatment and others expressing prejudice or lack of knowledge. Additionally, religious practices such as consulting spiritual entities and the use of natural treatments proved to be valuable resources for those seeking alternatives to traditional Western treatments. In conclusion, the study indicates that Afro-Brazilian practices play an essential role in promoting holistic health and addressing mental, social, and spiritual health challenges. However, challenges remain, such as prejudice and the lack of integration of these practices into the public health system. This analysis reinforces.

Keywords: Health; African Religion; Afro Brazilian Religions.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA.....	9
2.1. Bases de dados, descritores e operador booleano	9
2.2. Critérios de Elegibilidade	10
2.2.1. Critérios de inclusão	10
2.2.2. Critérios de exclusão	10
2.2.3. Seleção estudo e análise de dados	10
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4. CONCLUSÃO.....	17
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	17
6. PERSPECTIVAS FUTURAS.....	17
7. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

Até o século XV o continente africano era composto majoritariamente por nações ou tribos, cada uma com suas próprias etnias, costumes, crenças e tecnologias. Com a chegada dos portugueses, estes terminaram por se aproveitar do modo de organização tribal instituído pela população nativa, objetivando incentivar guerras entre os diferentes grupos culturais que lá existiam. Os vencidos eram colocados à venda ou trocados com os europeus por produtos necessários e apreciados pelos africanos, como sal e cachaça ¹.

Com esse artifício, os portugueses iniciaram a exploração desses povos como mão de obra escrava, inclusive transportando-os em condições desumanas através de navios negreiros, para trabalhar em diversas atividades nas colônias, como o Brasil ².

Durante os séculos XVI ao XIX, a comercialização de pessoas escravizadas no Brasil era uma prática arraigada na sociedade que se deu através do colonialismo, um sistema de dominação que envolve a conquista, manutenção e exploração de territórios e povos por uma potência colonial ³. Os colonizadores estabeleceram uma política de compra e venda de pessoas escravizadas com base na sua etnia, cultura e cor, o que significava que os africanos recém-chegados já enfrentavam um processo de discriminação assim que desembarcavam. Como resultado, muito de sua cultura, bem como suas crenças foram demonizadas e proibidas de serem praticadas ⁴.

Nesse contexto, é importante ressaltar que a responsabilidade de catequizar os escravizados recaía sobre seus donos, uma vez que eles não eram considerados dignos de serem catequizados pelos padres jesuítas, como era o caso dos nativos brasileiros. Esta diferenciação refletia a visão dos colonizadores sobre a humanidade e a religiosidade dos africanos, perpetuando ainda mais a exploração e promovendo um processo de desumanização desses indivíduos dentro do sistema escravagista colonial brasileiro ⁵.

Diante disso, as pessoas escravizadas organizavam uma série de movimentos contra essa opressão, com o objetivo principal de preservar seus elementos culturais, incluindo a religião. Os rituais religiosos eram realizados de maneira encoberta, muitas vezes incorporados às práticas cristãs. Dessa forma, tornou-se mais comum o uso de imagens e costumes religiosos europeus, que eram adaptados e incorporados às tradições cultuadas pelos escravizados¹.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 86,8% da população brasileira é composta por pessoas que se descrevem como cristãos. Apesar disso, são recorrentes os casos em que sujeitos buscam centros ou espaços religiosos com práticas de matrizes africanas em situações que envolvem doenças ou problemas sociais não solucionados. Historicamente, as práticas de cuidado em saúde promovidas por esses espaços sagrados estiveram atravessadas por práticas que envolvem, entre outras: a valorização das crenças populares; o uso de ervas e plantas em chás, banhos, infusões e o uso da palavra; a utilização de terapias manuais e espirituais; e elementos das culturas afro-indígenas ⁶.

Trata-se de uma perspectiva que demonstra que as práticas de cuidado realizadas pelas religiões afro-brasileiras podem ser consideradas e entendidas como práticas voltadas para a promoção da saúde. Neste contexto, embora tais abordagens não sejam oficialmente reconhecidas e integradas ao SUS (Sistema Único de Saúde), há um movimento neste sentido, que busca o reconhecimento e a inserção das práticas de cuidado ofertadas por estes espaços no rol das chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC's). Sendo assim, a Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em seu anexo 2, traz "Orientações para o plano plurianual 2024-2027 e para o plano nacional de saúde 2024-2027 a partir das diretrizes aprovadas na 17ª conferência nacional de saúde de 02 a 05 de julho de 2023". A diretriz de nº 46 deste documento prevê: "(Re)conhecer as manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana e as Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana como processo de promoção da saúde e primeira porta de entrada para os que mais precisavam de espaço de cura para o desequilíbrio mental, psíquico, social, alimentar e com isso respeitar as complexidades inerentes às culturas e povos tradicionais de matriz africana, na busca da preservação, instrumentos esses previstos na política de saúde pública, combate ao racismo, à violação de direitos, à discriminação religiosa, dentre outras" ⁷.

É importante compreender que os espaços que oferecem práticas religiosas afro-brasileiras são procurados por uma diversidade de pessoas, independentemente de sua classe social, em busca de cuidados abrangentes. Esses locais não se limitam ao culto religioso em si, mas também oferecem uma variedade de serviços que atendem a necessidades que vão além da saúde física, abrangendo aspectos sociais, espirituais e emocionais⁸. Nesse contexto, destaca-se o conceito de itinerário terapêutico. Essa abordagem inovadora revela as múltiplas formas de cuidado em saúde, as dificuldades de acolhimento e a autonomia do paciente. O itinerário terapêutico é baseado nas escolhas do paciente, que são influenciadas por suas visões de mundo e pela forma como os serviços de saúde funcionam⁹.

O modelo biomédico de assistência à saúde, em si, revela-se inadequado para enfrentar a complexidade dos desafios de saúde enfrentados pela população brasileira, especialmente por negligenciar as peculiaridades regionais e étnico-culturais de um país vasto como o Brasil. A reflexão sobre esse modelo ressalta a crescente importância das ciências sociais na abordagem da saúde de forma abrangente. A integralidade, um dos pilares e princípio doutrinário do SUS, preconiza a integração de conhecimentos biológicos, psicológicos, sociais e culturais na compreensão dos processos de saúde e doença. A partir da perspectiva das ciências sociais, é possível explorar outros modelos além do biomédico para a prestação de cuidados de saúde ⁶.

Diante disso, o presente estudo é fundamental, no sentido da sua relevância cultural, potencial para melhorar a saúde mental, reduzir disparidades de saúde, informar cuidados sensíveis à cultura e explorar práticas de cura tradicionais. Esta investigação busca trazer contribuições ao debate acerca da interação entre religião, cultura e saúde, promovendo processos de cuidado humanizados, contextualizados e culturalmente referenciados, bem como políticas de saúde que compreendam e atendam às necessidades de saúde dos povos que constituem o Brasil.

O modelo biomédico, por sua característica biologicista, mecanicista fragmentador e centrado na doença/patologia, demonstra-se insuficiente para lidar com a complexidade dos desafios de saúde da população, pois ignora as especificidades regionais e étnico-culturais do país. Tais limitações, destacam a importância das ciências sociais na promoção de um olhar ampliado e uma abordagem mais holística para o processo saúde-doença. Dessa forma, é fundamental abordar questões culturais relevantes, com potencial para melhorar a saúde mental e reduzir desigualdades no acesso aos cuidados. Este estudo tem como objetivo investigar e sintetizar o conhecimento produzido sobre as práticas de religiões afro-brasileiras, bem como os impactos na saúde dos seus adeptos. O estudo busca oferecer uma visão aprofundada sobre a intersecção entre religião, cultura e saúde. Essa análise pode contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde mais sensíveis e contextualizadas, que reconheçam e atendam às diversas demandas em saúde da população.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, realizada de acordo o diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). A busca de artigos científicos sucedeu com base na estratégia de pesquisa desenvolvida por MOTHER et al. (2009). Para cada base de dados consultada, a estratégia de busca efetuou-se com base na pergunta investigativa da revisão: “Como as práticas de religiões afrobrasileiras podem impactar na saúde dos seus adeptos?”. Essa pergunta foi executada utilizando a estrutura PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcome and Study) ¹⁰. Essa pesquisa visou sintetizar e analisar estudos de como as práticas de religiões afrobrasileiras podem impactar na saúde de seus adeptos, utilizando métodos sistemáticos e seguindo diretrizes reconhecidas para garantir rigor metodológico e transparência nos resultados como descrito no Quadro 1.

2.1. Bases de dados, descritores e operador booleano

Os descritores utilizados nas plataformas Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MESH) para a procura dos artigos científicos nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs¹¹. Os operadores booleanos que foram utilizados para a realização da busca (OR e AND) e as palavras-chaves exercidas nas pesquisas deu-se em dois idiomas: inglês e português com o método de busca “African Religion OR Religiões africanas” AND “Health OR Saúde” e “Afro Brazilian Religions OR Religiões afro-brasileiras” AND “Health OR Saúde”.

2.2. Critérios de Elegibilidade

2.2.1. Critérios de inclusão

Artigos originais completos, pesquisa ou estudo de campo e relatos de casos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2024, em inglês ou português, foram incluídos nesta revisão. O desenho do estudo não se tornou um critério de exclusão.

2.2.2. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão englobaram estudos anteriores a 2010, e que não abordaram a temática ou que não contribuíram para responder à pergunta de investigação proposta, artigos no formato de revisão sistemática e artigos que não foram disponibilizados para leitura na íntegra.

2.2.3. Seleção estudo e análise de dados

Foi feita uma pesquisa nos bancos de dados da PubMed, Scielo e Lilacs em que os artigos foram revisados por um avaliador e, em seguida, importados para o Endnote, onde foram organizados de forma sistemática e as duplicatas foram eliminadas. A triagem inicial foi realizada com base nos títulos e resumos dos artigos, seguida por uma análise aprofundada dos textos completos dos estudos relevantes. Os dados importantes foram extraídos de maneira sistematizada e estruturada, sendo analisados com a utilização de medidas padronizadas. A síntese final dos dados foi apresentada de acordo com os objetivos da pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi feita nos bancos de dados seguindo toda a metodologia descrita, resultando em 2744 artigos ao total. Em seguida, foram aplicados os critérios de elegibilidade, conforme ilustrado no fluxograma (Figura 1): foram excluídos artigos duplicados, fora do intervalo de tempo estabelecido, acesso pago, fora do tipo de estudo estabelecido, não serem realizados em humanos e com título ou eixo temático diferente que não contribuíram para responder à pergunta de investigação proposta. Dessa forma, restaram 4 artigos para leitura integral e que foram incluídos na revisão (Quadro 2).

Dentre os quatro artigos selecionados para o estudo, todos foram estudos exploratórios de abordagem qualitativa desenvolvidos a partir de entrevistas, cada um com sua estrutura. Dois dos artigos analisam percepções de profissionais da área da saúde a respeito das relações entre religião e saúde, enquanto os outros dois analisam a percepção de adeptos das religiões afrobrasileiras.

No primeiro estudo foram entrevistados a coordenadora e sete profissionais da equipe, sendo duas agentes comunitárias de saúde (ACS), uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e duas médicas, uma das quais residente, todos de uma unidade básica de saúde¹⁰. Já no segundo estudo foram entrevistados 7 trabalhadores que atuavam na Estratégia Saúde da Família, que tiveram os seguintes codinomes: Margarida, Tulipa, Dália, Jasmim, Orquídea, Magnólia e Rosa¹³.

A percepção dos profissionais de saúde sobre a religião dos pacientes durante o atendimento ou acolhimento é um tema complexo e multifacetado. Muitos profissionais veem a religião como uma dimensão importante da vida dos pacientes, que pode influenciar diretamente na forma como eles lidam com a saúde, a doença, o tratamento e a morte. Conhecer esta dimensão pode ajudar a personalizar o cuidado, promovendo uma abordagem mais sensível e respeitosa às crenças e valores dos usuários¹².

No primeiro estudo, em relação à questão sobre a investigação da religião do usuário nos processos de acolhimento/atendimento, os resultados sugerem uma diferença na abordagem entre duas profissionais médicas, que são orientadas (segundo elas) a realizar tal investigação pelo próprio roteiro instrumental da anamnese. Quanto aos demais profissionais, no exercício de suas respectivas funções, não dispõem de orientações ou protocolos que trazem a procedimentalização da investigação desse ponto específico¹².

Além das duas médicas, apenas a enfermeira referiu interesse em indagar sobre a religião do usuário. Não se trata, contudo, de um procedimento informado por sua formação em enfermagem, mas de uma prática relacionada a sua atividade como acupunturista: “*Isso faz diferença na anamnese da acupuntura*” (E1) e a sua própria percepção/experiência: “*Mesmo sendo enfermeira, a gente acredita que uma das questões importantes do indivíduo é a questão da espiritualidade, da Religião*” (E1).

Segundo os entrevistados, a religião pode: ser colocada “na frente” da orientação dada pelo profissional de saúde; impedir ou dificultar a realização de procedimentos diagnósticos, como mamografia, ou terapêuticos, como transfusão de sangue, transplante de órgãos ou mesmo um simples corte de cabelo no combate a piolhos; e desviar a pessoa do tratamento proposto quando se advoga a possibilidade de cura exclusivamente pela fé. Nessa mesma linha, a possibilidade de uma influência positiva da religião sobre os cuidados é percebida apenas em relação à adesão às prescrições dos profissionais de saúde. Como disse uma das entrevistadas, “*A religião pode favorecer o acatar um cuidado, seguir direitinho*” (E2), ou, como reflete outra entrevistada, “*Pode favorecer o engajamento do paciente no tratamento, no sentido do paciente que tem uma fé de que aquela doença pode ser curada, pode ser tratada*” (E3).

Isso evidencia que para alguns profissionais, a religião oferece recursos emocionais e psicológicos valiosos que podem fortalecer o enfrentamento de doenças e melhorar o bem-estar do paciente. Nessas situações, eles consideram importante estar atentos às necessidades espirituais e, quando possível, integrá-las ao cuidado de saúde. Por outro lado, há profissionais que enfrentam dificuldades em lidar com a dimensão religiosa no atendimento, especialmente quando as crenças do paciente divergem das práticas de saúde estabelecidas. Nesses casos, a religião pode ser percebida como uma barreira ao tratamento.

Houve um entrevistado que expôs uma visão diferente dos demais, foi o que não acredita na influência da religião no modo de cuidar. Disse ele: “*Se você diz que não, eu não vou me invadir a você*” (E5). Trata-se de uma visão coerente com suas posições liberais, de defesa da inviolabilidade da esfera pessoal, de uma fronteira definida não pelo saber/poder médico, mas pelo direito individual de dizer sim ou não (E5). Decorre deste liberalismo (político) sua visão de que não é interesse do SUS considerar a religiosidade: esta pertence, segundo ele, à esfera privada, enquanto por princípios constitutivos, o SUS deve ser muito impessoal, muito imparcial (E5).

Como um mecanismo que separa a religiosidade (assim como outras dimensões pessoais) do processo de cuidado, assegurando a aplicação “neutra” de protocolos, procedimentos e conhecimentos técnicos ou científicos. Comparece na fala de duas entrevistadas. Como disseram “*O ideal é um atendimento igualzinho, a prevalência da mesma orientação para todos [...] independente da religião*” (E2), “*O tratamento igual, independente de raça, religião, condição financeira*” (E6). Muitos entrevistados se sentem seguros e confortáveis em um ambiente onde não há necessidade de confrontar as diferenças ou de reconhecer a diversidade. Esse conforto, no entanto, pode ser limitado e excludente, uma vez que não leva em conta a experiência daqueles que estão “do lado da diferença”.

É importante registrar que, antes de adentrar nas questões do roteiro de entrevista, a coordenadora relatou que alguns profissionais alegaram razões religiosas para não participar da entrevista, mais especificamente o fato de a pesquisa integrar um projeto focado em religiões afrobrasileira. Esse relato indiciava uma indisposição discriminatória de alguns profissionais, movidos por sua cosmologia religiosa, a considerar um tipo específico de religião em seu exercício profissional e antecipava alguns dos conteúdos da entrevista que se seguiu.

Em paralelo a isso, o segundo estudo apresenta como resultados narrativas fragmentadas de (des)conhecimento e (des)valorização das práticas de cuidado de raízes indígenas e afrodescendentes, como apresentado no Quadro 3, em que é marcado principalmente pelo desdém, preconceito e falta de conhecimento. O desconhecimento e o preconceito de alguns profissionais de saúde em relação às religiões afro-brasileiras, refletem estereótipos e discriminações históricas que podem e afetam negativamente o atendimento a adeptos dessas religiões. Em muitos casos, a falta de compreensão sobre essas práticas religiosas gera atitudes preconceituosas e limita a empatia dos profissionais, influenciando o acolhimento e a qualidade do atendimento¹³.

Trata-se de um preconceito que pode se manifestar de várias formas: desde um atendimento superficial e distante até uma recusa implícita de reconhecer práticas culturais e espirituais que fazem parte da vida e da identidade do paciente. Um profissional que vê as religiões afrobrasileiras de forma negativa ou como superstição pode, por exemplo, desconsiderar a importância de rituais ou crenças para o bem-estar emocional e espiritual do paciente. Essa postura limita a possibilidade de uma abordagem integral e humanizada no cuidado.

Além disso, a falta de conhecimento sobre essas práticas religiosas pode gerar conflitos éticos quando práticas de saúde, como o uso de ervas medicinais comuns em muitas tradições afro-brasileiras, são desvalorizadas ou rejeitadas pelo profissional, que vê esses tratamentos como não-científicos. Isso pode resultar na perda de confiança do paciente no sistema de saúde, criando uma barreira na comunicação e no acesso ao cuidado de qualidade.

No estudo 3 e 4, foi feito trabalho de campo que se deu através da observação participante com visitas espaçadas, vivências nos espaços religiosos. A produção de dados se deu também através de entrevistas semiestruturadas e abertas com líderes e frequentadores de centros religiosos umbandistas, e consultas com uma entidade que era mais cultuada em um dos terreiros, Zé Pelintra. Para nomear os referidos condutores dos terreiros em questão, utilizaram os seguintes nomes fictícios: Ashanti, Mmaabo e Azekel^{1,6}.

Durante uma das consultas, Seu Zé surpreendeu com o seguinte depoimento ilustrativo:

“Eu cuido do meu povo [...]. Eu privo da maldade, ajudo a arrumar emprego, ajudo os inocentes a saírem da cadeia, as pessoas a terem saúde, dou conselhos [...]. Há um povo que conta comigo [...]. Quanto mais o povo eleva meu nome, mais eu cresço espiritualmente. O povo tem que saber quem eu sou e o que eu faço.” Assim como a mãe de santo Ashanti, falando das situações em que ela discorreu sobre temáticas relacionadas ao cuidado em saúde, como, por exemplo, a importância de tais práticas, bem como da figura do líder religioso durante esse processo terapêutico:

“O meu conhecimento da Umbanda não é só você saber canto, ponto, roupas luxuosas e achar que é umbandista. Umbandista tem que cuidar. Tem que zelar pelo irmão, tem que alimentar aquele que não tem, porque nunca vai faltar na sua casa, jamais [...] Como hoje eu já tenho 46 anos de terreiro e hoje eu sei como é uma cura, hoje eu sei como é rezar em alguém, hoje eu sei como cuidar de uma pessoa e fazer ele sentir bem, feliz, isso eu sei, o que é o carinho, um amor, o que é você chegar e chorar e dizer: “Eu fui abandonado porque eu sou gay”; “Eu fui abandonado porque eu sou sapatão”; Eu fui abandonado porque eu sou isso, eu gosto de mulher”; “Eu gosto de homem”; “Você não me quer na sua casa? Me dê um abraço?”; “Dou”. Então, esse é cuidar, pra mim é isso” (Ashanti).

De acordo com Azekel, no caso do terreiro que ele conduz, as motivações que fazem com que os consulentes busquem por ajuda podem ser divididas em dois tipos: o primeiro composto por sujeitos considerados desenganados, ou seja, já haviam procurado por toda espécie de serviço médico, psicológico ou psiquiátrico, de modo que nada havia surtido efeito; e um segundo grupo composto pelas pessoas supostamente sem rumo na vida, caracterizadas por procurarem os espaços religiosos de matriz africana em decorrência de angústias ocasionadas por questões envolvendo situações como relacionamentos, depressão, tentativas de suicídios, dentre outras questões.

Assim como no centro espírita conduzido por Azekel, quando foi feita a visita na casa de Mmaabo, também foi possível identificar que, em determinados casos, as práticas de cuidado em saúde umbandistas eram representadas como um último sinal de esperança a ser testado após todas as terapêuticas hegemônicas terem se revelado falhas.

Para exemplificar essa assertiva, podemos mencionar dois exemplos que foi presenciado durante o mergulho no território: o primeiro caso era de um garoto de dez anos de idade que possuía alguma enfermidade até então desconhecida pelos médicos e imperceptível nos exames laboratoriais; o segundo evento era o de uma mulher que misteriosamente havia acordado sem poder andar e que, assim como a criança, também passou por vários especialistas da saúde, porém, nenhum conseguiu elucidar o que havia acontecido.

Um dos ensinamentos centrais das doutrinas religiosas de matriz africana é a acolhida aos visitantes em momentos de dor, adoecimento ou desamparo. Nessas ocasiões, essas tradições oferecem trocas afetivas, promovem o compartilhamento de conhecimento, incentivam a saúde, previnem doenças e agravos, além de renovarem práticas milenares.

Esse aspecto é evidenciado nas falas de Mãe Ashanti, Zé Pelintra, Azekel e nos casos ocorridos na casa de Mmaabo, que expressam a responsabilidade de cuidado, especialmente em relação aos mais vulneráveis. Isso reflete um processo social marcado pelo preconceito, em que aqueles que não se enquadram num "certo padrão" são frequentemente excluídos e dificilmente encontram espaços de acolhimento em momentos de sofrimento, assim também aqueles que estão passando por dificuldade mesmo depois de procurar os espaços convencionais de saúde. Os terreiros, nesse contexto, tornam-se espaços fundamentais de apoio e promoção de saúde, proporcionando conforto e assistência essenciais.

Com certeza, a resposta religiosa a problemas como perturbações mentais, dificuldades afetivas, doenças físicas etc. não se resume à solução para questões específicas e facilmente identificáveis⁶. Frequentemente, ao buscar uma religião, as pessoas estão em busca de algo difícil de definir: uma explicação, acolhimento, conselhos ou, de modo mais amplo, uma resposta e cura para doenças, inquietações e angústias. É nesse ponto que a prática religiosa afrobrasileira se distingue essencialmente da abordagem biomédica hegemônica. Enquanto esta última tende a fragmentar e especializar, a outra busca oferecer um cuidado integral, acolhendo o indivíduo em sua totalidade.

Esses espaços também desempenham um papel fundamental como redes de apoio para seus membros e para a comunidade em geral. Muito além de locais de culto, os terreiros são espaços de acolhimento e proteção, oferecendo suporte emocional, social e até material em momentos de necessidade. Essas comunidades promovem um senso de pertencimento e identidade.

Durante as consultas no terreiro de Mmaabo, essa assertiva era bastante perceptível. À medida que se familiarizavam com a casa, muitas das consulentes construía relações de proximidade entre si, de forma que se nas primeiras consultas, muitas das vezes, as pessoas chegavam caladas e tímidas, conforme os dias transcorriam, os sujeitos que ali estavam começavam a se enturmar, passando a conversar sobre as mais variadas questões, tais como relacionamentos familiares e amorosos, finanças, festas, locomoção pela cidade, violência ou religião.

Por conta dessas compreensões construídas ao redor das religiões afrobrasileiras, para muitos sujeitos, o cuidado em saúde, também promovido nos estabelecimentos hegemônicos do campo sanitário, passa a ganhar novos contornos quando é ofertado nos terreiros. Talvez seja por conta desse fato que, durante o estudo, recorrentemente era presenciado sentenças como: *“vou mais ao terreiro do que ao posto de saúde”*; *“me sinto melhor indo ao terreiro do que em casa”*; *“comecei indo para as consultas, aos poucos fiquei amigo das pessoas e hoje não imagino minha vida sem elas”*.

No entanto, o fato de adeptos e consulentes buscarem os espaços de Umbanda em momentos de angústia, adoecimento físico, psicológico ou espiritual não significa que eles deixem de recorrer aos serviços de saúde em determinadas situações.

Uma outra questão é: quais são as práticas de cuidados que podem ser identificadas? E a partir dessas vivências que foram feitas nos estudos dentro desses terreiros, alguns aspectos podem vir a caracterizá-las como, consultas com as divindades espirituais; utilização medicinal de ervas e plantas por meio de chás, banhos ou infusões; e adoção de terapias espirituais, como, por exemplo, passes, defumações, limpezas espirituais e afastamento dos obsessores, também conhecidos como espíritos malignos.

De forma geral, portanto, podemos afirmar que nos estabelecimentos sagrados de matriz africana e afro-indígenas, na maioria das vezes, são ofertados vários procedimentos objetivando promover autonomia e reequilíbrio energético aos sujeitos e às coletividades¹⁴.

Nesse contexto, as práticas de cuidado em saúde dentro das religiões afrobrasileiras operam com racionalidades que se distanciam das lógicas hegemonicamente pela sociedade ocidental, que é predominantemente racional e científica. Essas práticas convencionais tendem a ser fragmentadas e tecnicistas. Em contrapartida, as cosmologias afrobrasileiras destacam-se pela valorização da ancestralidade, pelo vínculo profundo com a natureza e seus elementos, e pelo respeito ao corpo em suas cerimônias e terapia.

4. CONCLUSÃO

As práticas religiosas afro-brasileiras, desempenham um papel fundamental no bem-estar dos seus praticantes, oferecendo um espaço de apoio emocional, sentido de pertencimento e uma conexão profunda com elementos de cura espiritual e ancestralidade. Neste contexto, são associadas a melhorias no estado mental e emocional, proporcionando resiliência psicológica, alívio do estresse e suporte social, fundamentais para a saúde integral dos indivíduos.

No entanto, tais práticas também são frequentemente alvo de preconceito e discriminação, o que pode gerar impactos negativos para seus praticantes. A intolerância religiosa contribui para um estresse adicional, afetando o bem-estar mental e físico e, em alguns casos, levando ao isolamento social. A marginalização dos adeptos dessas religiões no sistema de saúde é uma realidade, onde muitas vezes há um despreparo para lidar com a dimensão espiritual desses praticantes, resultando em tratamentos fragmentados e preconceituosos.

Por fim, apesar das adversidades, as práticas afro-brasileiras continuam sendo uma fonte importante de fortalecimento pessoal e coletivo. Reconhecer, conhecer, e valorizar essa pluralidade religiosa, assim como suas práticas é essencial não só para promover uma saúde mais integral, mas também para combater o preconceito e promover a inclusão e o respeito à diversidade cultural e espiritual.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação encontrada para a realização deste estudo foi a escassez de produção científica e bibliográfica acerca do tema. Ademais, os estudos utilizados na revisão foram realizados em contextos específicos dentro do Brasil, o que pode não refletir a diversidade das práticas afro-brasileiras em diferentes regiões ou comunidades.

6. PERSPECTIVAS FUTURAS

Este estudo buscou contribuir para dar visibilidade ao tema, estimular o debate e produção de futuras pesquisas e estudos sobre as questões abordadas, dado que a escassez e a complexidade do assunto são notáveis. É fundamental incentivar investigações que considerem a diversidade cultural e as práticas em diferentes regiões do Brasil, além de realizar estudos longitudinais para explorar os efeitos a longo prazo das práticas religiosas na saúde dos adeptos.

7. REFERÊNCIAS

1. ROCHA MB DA, SEVERO AKDS, FÉLIX-SILVA AV. Nos batuques dos quintais: as compreensões dos povos de Umbanda sobre saúde, adoecimento e cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29(3).
2. ROCHA MB DA, SEVERO AKDS, FÉLIX-SILVA AV. Nos batuques dos quintais: as compreensões dos povos de Umbanda sobre saúde, adoecimento e cuidado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019;29(3).
3. FERREIRA ANDREY. Colonialismo, capitalismo e segmentaridade: nacionalismo e internacionalismo na teoria e política anticolonial e pós-colonial. 2013;
4. Ernesto Francisco Junior W. EDUCAÇÃO ANTI-RACISTA: REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES POSSÍVEIS DO ENSINO DE CIÊNCIAS E DE ALGUNS PENSADORES Anti-racism education: reflections on the possible contribution of science teaching and of some thinkers. 2008.
5. Ribeiro TAN, Leão LH da C. Movimentos sociais, escravidão contemporânea e saúde: saberes, práticas e implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2020 Jul 20 [cited 2024 Oct 29];24:e200004. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NKtwR6xy5636NhvG6Fyjrcw/>
6. MELLO ML, OLIVEIRA SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. 2013.
7. CNS. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde. 2023.
8. Rocha MB da, Severo AK de S, Félix-Silva AV. O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2023;43.
9. Paulo J, Junior R, Benetti IC, Zanella M. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO, ESCOLHA E AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO PARA PROBLEMAS DE SAÚDE. Vol. 18. 2016.
10. Santos CMDC, Pimenta CADM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2024 Oct 29];15(3):508–11. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>
11. De R, Pellizzon F. Pesquisa na área da saúde: 1. Base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). *Acta Cir Bras* [Internet]. 2004 Apr [cited 2024 Oct 29];19(2):153–63. Available from: <https://www.scielo.br/j/acb/a/XR5xTRRRMLXkW9jLpM5wvgn/?lang=pt>
12. Fernandez JCA, da Silva RA, Sacardo DP. Religion and health: To transform absence in presence. *Saude e Sociedade*. 2018 Oct 1;27(4):1058–70.
13. Lima M do R de A, Nunes ML de A, Klüppel BLP, Medeiros SM de, Sá LD de. Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. *Rev Bras Enferm*. 2016 Sep 1;69(5):840–6.
14. SILVA JM. A Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. 2007.

APÊNDICES

Quadro 1. Estratégia PICOS.

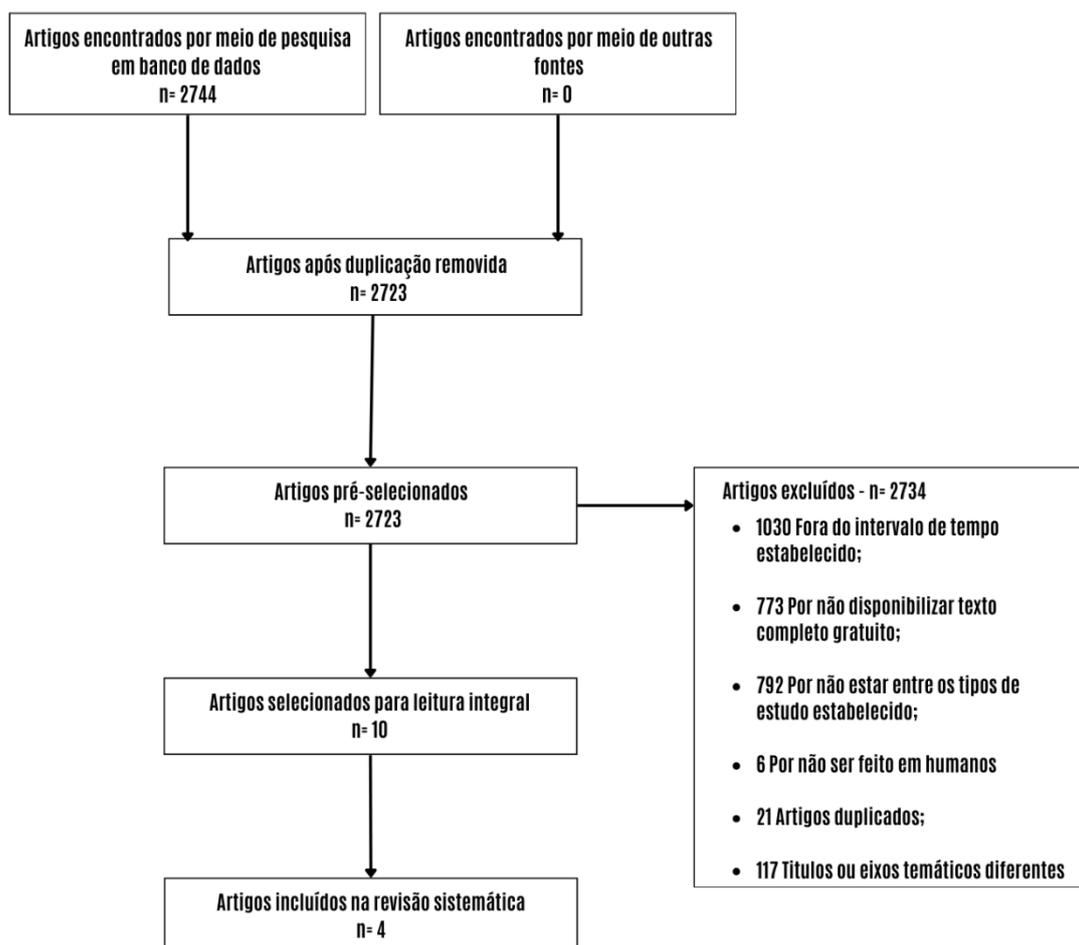
Acrônimo	Componente	Português	Inglês
P	Population	Adeptos de religiões afro brasileiras	Followers of Afro-Brazilian religions
I	Intervention	Práticas religiosas	Religious practices
C	Comparison	Não consta	Not included
O	Outcome	Impactos positivos na saúde	Positive impacts on health
S	Study	Trabalhos de campo e relatos de casos	Fieldwork and case reports

Quadro 2. Artigos selecionados para a revisão.

Estudos	Título	Autor	Metodologia
1	Religião e saúde para transformar ausências em presenças	Juan Carlos Aneiros Fernandez, Rafael Afonso da Silva e Daniele Pompei Sacardo	Estudo exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido a partir de entrevistas individuais estruturadas em uma unidade básica de saúde. foram entrevistados a coordenadora e sete profissionais, sendo duas agentes comunitárias de saúde (ACS), uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e duas médicas.
2	Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas	Maria do Rosário de Araújo Lima, Maria Luísa de Almeida Nunes, Berta Lúcia Pinheiro Klüppel, Soraya Maria de Medeiros e Lenilde Duarte de Sá	Utilizou-se o método da História Oral Temática, em que se entrevistaram sete colaboradores atuantes na Atenção Básica de uma região do nordeste brasileiro.
3	Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras	Márcio Luiz Mello e Simone Santos Oliveira	Uma pesquisa exploratória de caráter etnográfico num templo religioso afro-brasileiro. O grupo investigado compreende um terreiro de umbanda, localizado no Rio de Janeiro. A produção de dados se deu por meio de entrevistas abertas, conversas informais e materiais pessoais dos frequentadores e dirigentes do centro, bem como pelo registro audiovisual.
4	O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras	Matheus Barbosa da Rocha, Ana Kalliny de Sousa Severo e Antônio Vladimir Félix-Silva	Estudo exploratório no campo através de entrevistas semiestruturadas com três líderes de centros religiosos umbandistas. Para nomear os referidos condutores dos terreiros em questão, utilizamos os seguintes nomes fictícios: Ashanti, Mmaabo e Azekel. observação participante das cerimônias religiosas em que as casas espirituais conduzidas por esses sujeitos ofertavam espaços de cura, cuidado em saúde, aconselhamento e orientação espiritual à população de forma geral.

Quadro 3. Falas extraída do estudo 2.

cc	Falas
Orquídea	<p>"Aqui na região tem algumas rezadeiras e macumbeiros. [...] Tenho uma cliente que frequenta o Centro Espírita de Alhandra que é próximo daqui. Lá, o médium recebia o espírito do Pai Inácio, escravo da Bahia, e prescrevia até medicamentos. [...] Aqui próximo em Jacumã, tem um Centro Espírita chamado Chico Xavier, muita gente da área vai também para lá."</p> <p>"Lá [Centro Espírita de Alhandra], a médium recebia o espírito do Pai Inácio, escravo da Bahia, e prescrevia até medicamentos. Às vezes, ela [a médium] mostra a receita e eu fico calada. Fazer o quê? Particularmente, não concordo. Ela arruma um carro e sai daqui cheio de gente para se consultar com esse Sr. Inácio. Soube até que ele morreu recentemente, mas foi substituído."</p>
Jasmim	<p>"Tenho conhecimento que algumas pessoas se utilizam de chás, garrafadas, banhos, passes, água benta, rezas, dentre outros rituais, em busca de saúde. Porém, observo que alguns, ao aderirem a tais práticas, às vezes recusam os medicamentos, especialmente aqueles de uso contínuo. Isso se torna um problema. Alguns acreditam que vão ser curados pelos espíritos ou xamãs."</p> <p>"Eu não valorizo essas crenças e nem suas práticas."</p>
Tulipa	<p>"No grupo assistido pelo CAPS, desconheço que alguém tenha crença e ou use práticas de espiritualidade de raízes indígenas e afrodescendentes."</p> <p>"Porém, tenho conhecimento que é para se respeitar e valorizar todas as formas de crenças, como candomblé, espiritismo e outras. "</p>
Margarida	<p>"Desconheço práticas religiosas de raízes indígenas ou afrodescendentes utilizadas pelas famílias em busca de saúde. Os índios daqui são esquisitos [...]. Fiz visita em uma de suas residências, havia uma jovem gestante e fui bem recebida [...]. Aqui na área, segundo a Agente de Saúde, tem algumas rezadeiras que são procuradas pela comunidade para rezar as crianças e uma parteira leiga, já muito idosa."</p>
Magnólia	<p>"Quanto às práticas de espiritualidade ou religiosidade de raízes indígenas e afrodescendentes, entendo e respeito, mas não valorizo como as dos grupos quilombolas existentes no município. Porém, em minha área, não há vivências dessas práticas."</p>
Dália	<p>"Mas sabe-se que alguns idosos se utilizam de chás de ervas, passes e benzeduras. Nas consultas, eles ficam calados."</p> <p>"Não valorizo por desconhecer o uso pelas famílias de práticas de raízes indígenas e afrodescendentes aqui na área. Mas sabe-se que alguns idosos se utilizam de chás de ervas, passes e benzeduras. Nas consultas, eles ficam calados."</p>
Rosa	<p>"Não valorizo práticas de raízes afrodescendentes."</p>

Figura 1. Fluxograma da seleção de estudo

ANEXO

REVISTA CIENTÍFICA: Revista de Saúde Pública

Link das regras para autores: <https://rsp.fsp.usp.br/instrucoes-aos-autores/>

Regras:

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As Conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o estilo Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente (sobrescrito) antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹, a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.