

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

VANESSA TEREZA DE FÁTIMA LIMA CARDOSO

**ENTRE MÉDICOS E VODUNS: OS CUIDADOS COM A SAÚDE EM UM
TERREIRO DE TAMBOR DE MINA EM SÃO LUIS/MA**

São Luís
2014

**ENTRE MÉDICOS E VODUNS: OS CUIDADOS COM A SAÚDE EM UM
TERREIRO DE TAMBOR DE MINA EM SÃO LUIS/MA**

VANESSA TEREZA DE FÁTIMA LIMA CARDOSO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PPGSA) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof.Dr.Claudio Zannoni.

São Luís

2014

Cardoso, Vanessa Tereza de Fátima Lima

Entre médico e voduns: as práticas de saúde em um terreiro de tambor de mina em São Luís-MA/ Vanessa Tereza de Fátima Lima Cardoso. _ São Luís, 2014.

84f.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Zannoni.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.

1. Saúde pública. 2. Religião afro-brasileira. 3. Tambor de Mina – São Luís. 4. Voduns. I. Título.

CDU614:299.6 (812.1)

VANESSA TEREZA DE FÁTIMA LIMA CARDOSO

**ENTRE MÉDICOS E VODUNS: OS CUIDADOS COM A SAÚDE EM UM
TERREIRO DE TAMBOR DE MINA EM SÃO LUIS/MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PPGSA) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em: 12 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Claudio Zannoni (Orientação)
Doutor em Sociologia pela UNESP

Prof. Msc. Luiz Alves Ferreira
Mestre em Patologia Humana pela UFBA

Prof. Dr. Istvan Van Deursen Varga
Doutor em Saúde Pública pela USP

Profa. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues
Doutora em Geografia Humana pela USP

Ao Povo de Santo

Ao jovem Raydenisson Sá e a todos os jovens que são hostilizados por serem do Axé, negros e pobres.

A todos os excluídos por suas condições

Aos meus tios queridos, Rita e João que partiram de maneira rápida, deixando em mim um pouco dos sabores da vida, mas a certeza de nosso reencontro.

À mãe Luza (*in memoriam*), coordenadora da RENAFRO no Maranhão.

AGRADECIMENTOS

“Aprender exige tempo, esforços, emoções dolorosas: angústias do fracasso, frustração por não conseguir aprender, sentimento de chegar aos limites, medo do julgamento de terceiros.” A partir desta reflexão do filósofo e educador francês Phillipe Perrenoud início meus agradecimentos, pois para chegar até aqui passei por todas essas emoções dolorosas citadas pelo ilustre educador e para isso precisei da mão amiga de inúmeras pessoas, não somente do âmbito acadêmico como também particular.

Engana-se que a produção acadêmica seja solitária, pois em cada linha escrita não há quem falte: sejam as citações de autores, informantes com suas valiosas contribuições, o orientador com suas sugestões e correções, a minha família e outras pessoas que ao longo da minha vida puderam me ensinar e atenuar as emoções do aprender. Por isso nunca deixo de agradecer, pois ninguém faz nada sozinho.

Desta forma agradeço algumas pessoas que participaram do processo de construção deste trabalho que não começou somente há um ano e meio e muito menos se esgota agora.

Obrigada Deus por permitir a minha vida e que mesmo na doença me fez lutar com todas as forças.

Mãe obrigada pelo amor incondicional, por ser minha primeira professora e minha fã número um. Pai te agradeço pelo amor, consolo, conselho e pelo carinho único que só você sabe fazer. Ele também é meu fã.

Minhas irmãs Virginia e Valéria por serem pessoas que nunca dizem não para mim e quando dizem e se disseram, não lembro ao certo, foi para o meu bem. Minha eterna gratidão a vocês. Ah, Mas eu não sou nenhum um pouco mimada. Imagina!

Agradeço também, mas não numa ordem de importância:

À Mariano Frazão, sacerdote do Ilê ewê Omó D’osanyín pela abertura desde os tempos da graduação e a toda sua comunidade especialmente Alice e Érica que sempre nos receberam com muita gentileza.

Aos meus amigos da turma DEZ do PPGSA: Dannielle, Denise, Nilgicy, Arthur, Nívia, Marcela especialmente a minha companheira Carmine e as amigas Kátia, Érica, Elza e a nossa líder de turma Marly pela torcida sincera para que eu chegasse até aqui.

Aos professores do PPGSA especialmente Istvan e ZulimarMárta por me escutarem muitas vezes a minha fala acelerada e sem vírgulas, por me acalmarem, pelas sugestões e até puxões de orelha. Vocês fizeram o verdadeiro papel de professor.

À Débora Melo e Liliam Freitas (Nêga) negras lindas e competentes. Dividimos momentos de alegria e saberes sobre inúmeras temáticas de uma mesma causa. Na verdade vocês me ensinaram muito mais. Obrigada minhas musas.

Às minhas amigas Ligia Sá, Rosana Ferreira, Flávia Danielle e Camila Augusta pela amizade que são tão valiosas em todos os momentos da vida.

À Jenny Kellma por ajudar na realização de outros sonhos.

Ao meu companheiro e amigo Joerberth Cerqueira. Parece que deixamos nossos planos em segundo lugar, mas na verdade essa conquista também é nossa e vamos colher bons frutos.

À Lúcia Regina pelo carinho dispensado desde a infância.

Aos colaboradores do PPGSA André, Bruna Caroline, Cleonice e Tatiana pela ajuda e contribuição durante o período do mestrado.

Aos professores Álvaro Roberto Pires do Departamento de Antropologia e Sociologia da Universidade Federal do Maranhão e Denise Coutinho do Departamento de Farmácia da mesma instituição pela colaboração nos primeiros passos desse estudo quando ainda era estudante de Farmácia.

Ao meu orientador Claudio Zannoni pelos momentos que teve que se dedicar à minha escrita, muitas vezes falhas. Obrigada por ser sempre gentil e amável comigo.

“Estudar os saberes tradicionais é estudar a realidade, cruzar a inovação, a ciência dura, a ciência de alto nível ao saber tradicional. Isso nos leva a dimensão humana de nossa ação”

Prof. Luiz Alves

RESUMO

O trabalho em questão enfoca as práticas de saúdes realizadas em um terreiro de Tambor de Mina da cidade de São Luís-MA. O terreiro estudado está situado na periferia da cidade (Residencial Paraíso) e possui um pai de santo responsável por preparar remédios para diversas doenças, principalmente para as DSTs (doenças sexualmente transmissíveis). Porém, o trabalho do pai de santo não se limita à preparação de remédios, este é militante de movimentos de saúde em prol das comunidades de terreiros como a Rede Nacional em Saúde de Religiões de Matriz Afro-brasileiras (RENAFRO). O principal objetivo deste estudo foi fazer uma investigação destas práticas levando em consideração os conhecimentos tradicionais confrontando-os com os conhecimentos médicos oficiais. Utilizou-se o método da pesquisa qualitativa em saúde com um enfoque sócio-antropológico a partir de observações ao terreiro estudado e entrevistas ao pai de santo bem como a análise do discurso deste. Como resultado encontrou-se que o sacerdote busca dialogar com a medicina oficial através capacitações com gestores em programas do sistema de saúde pública como o Programa de HIV/AIDS, mas acredita que é imprescindível o respeito aos seus conhecimentos bem como se respeita o conhecimento médico. Desta forma, é importante reconhecer a relevância dos conhecimentos tradicionais e que se possa dá autonomia na escolha de tratamento para cada indivíduo sem, contudo, dá descredito a medicina oficial de cunho ocidental.

Palavras-chave: Conhecimento tradicional. Religião Afro-brasileira. Tambor de Mina. Saúdepública.

ABSTRACT

The work in question focuses on the health practices performed at a mine Drum yard of the city of Sao Luis, MA. The studied yard is on the outskirts of the city (Residential Paradise) and has a priest responsible for preparing medicines for various diseases, especially for STDs (sexually transmitted diseases). However, the priest's work is not limited to the preparation of medicines, this is militant health movements for the yards of communities such as the National Network of Afro-Brazilian Health Matrix Religions (RENAFRO). The aim of this study was to investigate these practices taking into account traditional knowledge confronting them with the official medical knowledge. We used the method of qualitative research with a socio-anthropological approach from observations and interviews the yard studied the holy father and discourse analysis of this. As a result it was found that the priest seeks to dialogue with official medicine through training programs with managers of the public health system as the HIV / AIDS program, but believes it is essential to respect for their knowledge and is respected medical knowledge . Thus, it is important to recognize the importance of traditional knowledge and that it can be given autonomy in the choice of treatment for each individual without, however, gives discredit the official Western medical nature.

Keywords: Traditional knowledge. African-Brazilian religion. Drum Mine. Public health.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	12
1.2 Objetivos	12
1.3 Metodologia	13
2. A CHEGADA DOS GRUPOS ÉTNICOS AFRICANOS NO BRASIL: da captura à escravidão	16
2.1 Da diáspora	16
2.2 A escravidão negra na América	18
2.3 A colonização portuguesa na América e nuances do seu comércio Escravista	20
2.4 As condições de transporte do cativo para a colônia	28
3. O TAMBOR DE MINA	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 Descrição do terreiro	41
4.2 O terreiro como promotor de saúde	42
4.3 Médicos e voduns: uma possibilidade de diálogo?	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A	62
APÊNDICE B	63
ANEXO A	65
ANEXO B	67

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo começou a ser desenvolvido em 2010 quando decidimos escrever um projeto para o trabalho de conclusão do curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão. O projeto inicialmente tratava de uma pesquisa sobre o uso ritual e medicinal de plantas em terreiros de matriz africana em São Luis, mais especificamente no Candomblé. Como o estudo pretendia propiciar um diálogo entre as ciências farmacêuticas com as ciências sociais, buscamos a orientação no departamento de antropologia e ciências sociais da UFMA.

A partir da aceitação da orientação pelo professor doutor Álvaro Roberto Pires, começamos antes da pesquisa em campo, estudos sobre antropologia, história da diáspora na América, sobre as religiões de matriz africana (com ênfase ao Candomblé). Nesses estudos conhecemos muitos autores sobre essas religiões. Tivemos acesso a nomes importantes como Pierre Verger, Monique Augras, Roger Bastide, Juana Eubain, Mudicarmo e Sergio Ferreti entre outros para conhecermos as práticas religiosas e os modelos míticos dessas religiões.

O terreiro escolhido para o estudo não pertencia ao candomblé e sim ao Tambor de Mina, pois o pai de santo deste tinha um grande conhecimento sobre plantas medicinais e era uma importante referência de saúde para sua comunidade. Assim iniciamos o estudo das plantas fazendo uma comparação do uso tradicional com as pesquisa de rastreio de bioprospecção das espécies encontradas, além de analisar a relação das pessoas que procuravam um tratamento com o pai de santo e o ambiente, ou o contexto, pelo qual estão envolvidos neste processo de busca pela saúde.

Desta forma em 2013, ao adentrar no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PPGSA), da UFMA, propusemos dar continuidade a este mesmo estudo em escala mais ampliada. Assim projeto foi contemplado na área de concentração de produtos naturais do referido programa. Com o aprofundamento dos estudos, mudamos a centralidade da pesquisa, embora continuássemos no mesmo campo de pesquisa: *o Ilê ewé omó d'osanyín* de Mariano Frazão que se apresentou como rico espaço de promoção à saúde que ia muito além do preparo de remédios caseiros. A partir deste novo olhar para o terreiro foi possível trazer para este estudo várias outras discussões sobre a saúde e de algumas interfaces que a rodeiam.

Assim no primeiro momento abordamos o processo histórico da chegada ou diáspora do negro que contribuiu para formação de um grande mosaico cultural e religioso que caracteriza as religiões de matriz africana no território brasileiro.

No segundo momento buscamos descrever o Tambor de Mina, apresentando a historicidade desta religião, sua importância para a cultura e religiosidade maranhense,

algumas entidades míticas, seus rituais, hierarquia de deuses e dos seus chefes religiosos para compreender a visão de mundo em relação à sociedade, à cultura, à saúde, entre outros.

Na terceira parte apresentamos a pesquisa em si. Foram descritos relatos do nosso informante (Pai Mariano) sobre seu trabalho na comunidade, sobre sua militância em prol da saúde das pessoas de terreiros e o respeito pelas suas práticas e religiosidade.

Este estudo possui muitas abrangências, mas também algumas limitações. O difícil acesso ao próprio terreiro por ser muito afastado do centro da cidade impossibilitou um contato com as pessoas que procuram o terreiro, bem como o direcionamento do parecer consubstanciado do Comitê de Ética para entrevistas com os possíveis sacerdotes. O grande número de atribuições de um pai de santo muitas vezes ocasionou vários desencontros, mas também outros produtivos encontros. Por outro lado as abrangências possibilitaram que buscássemos a tão almeja interdisciplinaridade sem dar descréditos para essa ou outra área do conhecimento.

1.2 Objetivos

a. Objetivo Geral

Compreender as práticas de saúde desenvolvidas em um Terreiro de Tambor de Mina em São Luis-Ma.

b. Objetivos Específicos

- Entender os processos históricos da chegada dos negros ao Brasil;
- Descrever o Tambor de Mina, sua história, práticas litúrgicas e entidades míticas;
- Compreender a relação das práticas de saúde desenvolvidas no terreiro pesquisado confrontando-as com os modelos oficiais.

1.3 Metodologia

A proposta metodológica deste estudo diz respeito a uma abordagem qualitativa, onde foram obtidos dados descritivos a partir do contato direto e interativo com o objeto de estudo. Dentro desta abordagem, o pesquisador procura entender os fenômenos a partir da perspectiva dos participantes envolvidos.

A expressão “pesquisa qualitativa” pode assumir diferentes significados, dentre eles “um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes complexos de significados” (NEVES, 1996, p.1), assim em uma pesquisa

qualitativa, o pesquisador deve ter critérios ao descrever o que observa, uma vez que este deve colocar o máximo de objetividade em suas análises, mas que nem sempre esta objetividade é completamente aceita, pois sempre haverá o viés do investigador em sua pesquisa.

Existem pelo menos três possibilidades de pesquisa qualitativa (GODOY, 1996 *apud* NEVES, 1996), entre elas a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia. A pesquisa documental é feita quando se propõe dar uma nova interpretação aos materiais já utilizados; o estudo de caso visa o detalhamento e análise de situações em determinados ambientes, e a etnografia, que constitui um dos mais importantes métodos de pesquisa na antropologia, onde o pesquisador se aproxima e vivencia o que vai estudar, ele não só estuda o objeto como também estuda *no* objeto, sempre partindo da observação e do registro de tudo o que encontra durante seu percurso de pesquisa.

No caso da pesquisa qualitativa em saúde “trata-se de investigações que tratam o fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e os usuários”. (MINAYO,2010,p.47).

Nossa pesquisa também ainda envolveu aspectos da pesquisa etnográfica que se respalda no relativismo cultural. Para se envolver neste tipo de estudo é necessário abrir-se para o outro (para outra cultura) e superar o etnocentrismo como elemento de dominação(GOMES,2014).

Além destas metodologias usamos a análise do discurso para analisar a fala do informante bem como textos sobre movimentos de saúde e de políticas públicas, pois “O discurso sempre está fundido em forma de enunciado pertencente a um determinado sujeito do discurso, e fora dessa forma não pode existir” (BAHKTIN, 2003, p. 274), ou ainda:

É indispensável considerar as condições de produção ao atribuir sentido às palavras, pois isso decorre das formações ideológicas dos sujeitos. Daí a necessidade de o analista desvincular-se das estruturas linguísticas porque somente assim adentrará no discurso.(CORREA; ARANHA, 2007)

Assim, além de estudar as práticas observadas no tocante ao terreno escolhido também avaliamos os discursos emitidos por todos os atores que compõe o contexto proposto por este trabalho.

Dessa forma a estratégia de pesquisa envolveu os seguintes passos:

- Levantamento bibliográfico e leituras sobre o tema;
- Construção do projeto de pesquisa e qualificação deste na disciplina de Seminários de pesquisa;

- Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS);
- Aprovação do projeto pelo CEP /SEMUS (Protocolo 2013.02.27-92)-emanexo (ANEXO A)
- Coleta de dados – entrevista com o informante e visitas de campo.

2. A CHEGADA DOS GRUPOS ÉTNICOS AFRICANOS NO BRASIL: da captura à escravidão

2.1 Da diáspora

Antes de adentrar na discussão mais específica sobre a passagem do negro capturado à escravidão, serão expostos argumentos acerca da diáspora africana no Antigo e Novo Mundo para somente então prosseguirmos o caminho na direção das terras brasileiras. Este capítulo situa o leitor, pois é nesta vinda forçada para terras americanas que se emolduraram os principais conflitos étnicos e que se consolidaram várias práticas de saúde advindas de diversas religiões de matriz africana.

A diáspora¹, no seu sentido inicial, pode ser atribuída às ideias de migração da Ásia Menor e do Mar Mediterrâneo. Na tradução grega do Deuteronômio, a palavra diáspora designa também a dispersão dos judeus exilados da Palestina depois da conquista babilônica, porém, o termo que designou uma imigração geográfica de alguma sociedade, passa a ter um significado de opressão e vitimização. E é por isso que o sentido clássico de diáspora passa a ser atribuído a uma imigração forçada, a custa da dor e sofrimento. (REIS, 2010)

Hall (2009, p. 28), em seu estudo sobre a diáspora Caribenha², cita outro significado desta, “que foi modelada na história moderna do povo judeu (de onde o termo “diáspora” se derivou), cujo destino no Holocausto é bem conhecido”. Quando este autor enfatiza a história do Caribe faz uma analogia com outra diáspora, aquela do Velho Testamento quando o povo dito “escolhido” é violentamente levado para a escravidão no Egito, onde sofrenas mãos do Faraó, mas que é libertado por Moisés, seguida pelo Grande Êxodo, que os livrou do cativeiro e resultou no retorno à terra prometida.³

Entretanto, no caso dos escravos negros na América, o retorno não aconteceu, no máximo, houve um resgate das tradições que deixaram além-mar, pois estas, fora do seu contexto original, nunca seriam as mesmas:

Possuir uma identidade cultural nesse sentido é estar primordialmente em contato com um núcleo imutável e atemporal, ligando ao passado o futuro e o presente numa linha ininterrupta. Esse cordão umbilical é o que chamamos

¹ O termo “Diáspora” foi escolhido em detrimento ao termo “escravidão compulsória”, pois não se trata somente de uma relação comercial. A diáspora é um fenômeno que envolve a retirada forçada de uma subjetividade e de um contexto social, cultural e religioso de um indivíduo ou grupos de indivíduos. Como no estudo será abordada uma religião de matriz africana é mais adequado usar-se o primeiro termo.

² Países da América Central como Jamaica, Trinidad e Tobago, Barbados.

³ Na obra de Stuart Hall, intitulada, “Da diáspora: Identidades e Mediações culturais” este dedica um capítulo sobre a Diáspora Caribenha e suas implicações culturais e os sentimentos do sujeito diaspórico quando retorna à terra natal.

de “tradição, cujo teste é o de sua fidelidade às origens, sua presença consciente diante de si mesma, sua “autenticidade”(HALL, 2009, p.29).

Quando um sujeito passa por um processo de deslocamento forçado, os elos naturais são rompidos, alguns, entretanto, quando voltam para a terra da qual foram retirados têm a sensação de realmente “não estar em casa” Sempre haverá algo no meio daquele sujeito diaspórico quando volta para sua terra natal que se trata justamente das experiências vividas do lugar para onde foi.

No caso do negro escravo brasileiro o voltar à terra natal não aconteceu durante o tempo em que estava sob o jugo violento das nações imperialistas onde foi forjado um turbilhão violento de sincretismo, de mistura, paralelismo, ou mesmo de equivalência e identificação (Bastide, 1973, p.182 *apud* Ferretti, 1995, p. 56).Como especifica HEYWOOD (2008,p.13):

Algumas regiões tiveram maior peso do que outras em relação ao número de centro-africanos que receberam. O Brasil, por exemplo, foi o principal importador de escravizados africanos oriundos da África Central. Durante o período em que este comércio era legal entre África e Brasil, foram importados entre 3,5 e 3,6 milhões de escravos originários da África Ocidental e da parte ocidental da África Central).

O sujeito diaspórico vive em constante processo de tradução cultural que nunca é completa, uma vez que busca sempre negociação com o modelo fixado na nova terra, e sua experiência perturba modelos fixos de identidade cultural. Dessa forma, a diáspora é um espaço de tensão, no qual perdas e ganhos são vivenciadas com as quais os negros conviveram diariamente.

Através da diáspora africana rumo à Europa e principalmente às Américas, onde o contingente de sujeitos diaspóricos foi muito intenso, o mundo passou por uma nova configuração tornando-se híbrido, globalizado e feito por muitas linhas ideológicas que se entrecruzam configurando, atualmente, o cenário moderno do mundo.

[...] o velho-mundo centro-periferia, cultura-nacionalista-nação é exatamente isso que está desabando. As culturas emergentes que se sentem ameaçadas pelas forças da globalização, da diversidade e da hibridização, ou que falharam no projeto de modernização, podem se sentir tentadas a se fechar em torno de suas inscrições nacionalistas e construir muralhas defensivas. A alternativa não é apegar-se aos modelos fechados, unitários e homogêneos de “pertencimento cultural”, mas acabar com os processos mais amplos – o jogo da semelhança e da diferença – que estão transformando a cultura no mundo inteiro. Esse é o caminho da “diáspora”, que é a trajetória de um povo moderno e de uma cultura moderna. Isso poder parecer a princípio igual – mas, na verdade, é muito diferente - do velho internacionalismo europeu. (HALL, 2009, pg. 45).

2.2 A escravidão negra na América

Após breve discussão sobre a diáspora, categoria importante quando se discute a escravidão negra pela América, pode-se seguir o curso histórico desse processo que durou por mais de três séculos.

Por falta de dados não se sabe exatamente quando os primeiros africanos experimentaram a diáspora no sentido do continente Europeu. É provável, que africanos oriundos do Norte e do Sul do Saara tenham ido para Ibéria onde as trocas comerciais subsaarianas eram intensas. Somente após a tomada de Ceuta pelos portugueses em 1415 foi possível inaugurar a penetração europeia no continente africano.

De fato, avalia-se que entre os anos de 1450 e 1500, Portugal exportou entre setecentos e novecentos escravos africanos por ano. Segundo estimativas, aproximadamente cem mil escravos estavam presentes, no início do século XVII, em Portugal e nas Ilhas Madeiras, sob o domínio português. Em 1468, a Coroa Portuguesa instaurou um sistema de contratos, equivalentes ao *asiento* espanhol (monopólio), sobre o comércio de escravos no sul do Rio Senegal. (HARRIS, 2010: 136).

O aumento no número de escravos era justificado por uma cruzada de cristianização no continente africano que levou os papas Nicolau V e Calisto II a expedir duas bulas, justificando a expansão portuguesa na África. Durante o século XV, os escravos negros costumavam trabalhar, nas minas, na exploração agrícola ou na construção, poderiam ser serviçais, soldados ou no caso das mulheres, concubinas, porém, mesmo aqueles africanos que não eram escravos ocupavam sempre os mais humilhantes e difíceis empregos.

Na Europa, a escravidão é um fenômeno essencialmente urbano, pois a mão de obra africana desembarcava nos portos de cidades como Barcelona, Cádiz, Lisboa, entre outras. A vida urbana oferecia ao escravo certa liberdade e uma facilidade de se agruparem em comunidades onde compartilhavam do mesmo sentimento de solidariedade. Assim surgiram confrarias religiosas⁴ que patrocinavam festas, reuniões sociais, arrecadavam dinheiro para comprar a liberdade de outros escravos, entre outras funções.

Embora Portugal tenha ficado sob o domínio da Espanha entre 1580 e 1640, conseguiu, no ano de 1600, o monopólio sobre o comércio da escravidão, firmando acordo com os espanhóis, onde se comprometeria fornecer escravos às colônias espanholas. Em

⁴ As “confrarias” religiosas de escravos fugitivos eram associações religiosas e culturais, onde os negros poderiam praticar sua religiosidade e cultura, porém, tinha sempre a vigilância dos brancos que participavam dessas instituições, como um membro qualquer, diferente das “Nações”, que poderiam ser consideradas como foco de resistência e associações étnicas (CONCONE, 1986, p.61).

1640, o monopólio passou para os holandeses e em 1701, para os franceses. No ano de 1713 o monopólio, em forma de *asiento*, passou para a Inglaterra que ironicamente foi uma das primeiras nações a travar a guerra em favor do abolicionismo e pressionar futuramente as outras nações a por fim à escravidão.

Em pouco tempo, na Inglaterra, ter um escravo passou a representar *status*. E com isso a corrida por escravos começou a se intensificar, onde os jornais de Londres lançavam apelos para que os escravos fugitivos voltassem aos seus senhores; ao serem recapturados eram reconhecidos pelos donos pela sua cor e pelas marcas deixadas na sua pele. A cor fazia dos escravos um alvo dos traficantes, tanto na Europa quanto na África: “Não se pode subestimar a influência psicológica da dominação dos negros pelos brancos, assim como o processo desumanizador do africano, iniciado a partir do século XVII” (SHYLLON, 1974p.5 *apud* HARRIS, 2010, p. 138)

A presença de africanos na Inglaterra tornou necessária a outorga de um estatuto. Alguns ingleses pensavam na conversão ao cristianismo para conferir-lhe liberdade e ter os mesmos direitos dos “civilizados”. Nessa época estimava-se que cerca de 15 mil africanos residiam na Inglaterra e alguns destes nas piores condições de vida. Na França, a partir do século XV, a presença dos negros começou a incomodar. Muitos africanos que eram apreendidos nas regiões costeiras da África Ocidental, principalmente na zona das Ilhas de Cabo Verde e do Rio Senegal, eram levados para a França e depois vendidos. Os franceses não aceitaram a escravidão até se opondo ao tráfico, contudo, os negros na França permaneciam vivendo em lugares hostis ou eram serviçais ou domésticos.

É, contudo, na América que se observam os piores efeitos da dispersão africana. Durante a maior parte do século XVI, o tráfico negreiro pôde ser atribuído ao desenvolvimento das plantações portuguesas no Brasil e, holandesas nas Guianas, permanecendo limitado ao Caribe e à América Central e do Sul. A fase seguinte deste tráfico coincidiu com a participação africana na exploração das Américas, como as expedições francesas no Canadá, de Pizarro no Peru e na conquista do vale do Mississipi.

A partir da entrada maciça de negros na América, na condição de escravizados, principalmente na América no Norte em 1660, o negro foi relegado a uma condição de mero objeto e sem nenhum respeito à sua qualidade de ser humano (HARRIS, 2010), baseado na crença europeia da inferioridade africana, crença esta que valia de argumento para sua exploração.

Apesar de ser um continente de grandes dimensões e de diferentes aspectos regionais, os africanos escravizados se uniram no mesmo sentimento de liberdade, seja a partir de revoluções, insurreições ou em confrarias religiosas. Tal unidade prevaleceu dando origem a um movimento pan-africano nos séculos XIX e XX.

Nas palavras de Harris (2010), com a diáspora africana, os negros perderam seus costumes, seus valores e seus objetivos se transformaram. Sua concepção de mundo foi remodelada por vários séculos pela cultura euro-americana e a lembrança de sua herança africana foi ofuscada pelo afastamento.

2.3 A colonização portuguesa na América e nuances do seu comércio escravista

Antes do início da escravidão negra, a colônia portuguesa na América passou por outro modelo econômico que perdurou nos primeiros séculos da colonização. A chegada dos portugueses no Brasil correspondeu ao período áureo do comércio no Oriente, logo a metrópole não teve interesse em investir de imediato em sua nova colônia, pois o Brasil apenas explorava o pau-brasil, que era estocado pelos índios e o mercado internacional não tinha interesse neste produto, além de que o Oriente já exportava esta mercadoria para a Europa, sendo que o lucro total de Portugal no Brasil representava apenas 2% dos seus negócios.

Portugal tentou transferir os negócios da sua colônia para arrendatários particulares, assim, os novos negociadores passaram a ser responsáveis pelo comércio do pau-brasil. Por volta de 1530 esses negócios já não apresentavam o lucro esperado, pois aqueles negociantes tinham medo de perder seus territórios para os concorrentes. Dom João III destinou a seus homens de confiança a responsabilidade de colonizar sua possessão ao sul do Atlântico. A intenção inicial era a busca por metais preciosos que demandaria uma grande expedição por todo o Brasil; o investimento seria importante para que Portugal entrasse na economia mercantilista, que era o modelo econômico da época.

O rei de Portugal destina essa missão a Martin Afonso de Souza, que com muita dificuldade conseguiu montar o primeiro engenho de cana-de-açúcar no litoral. Em razão das dificuldades Dom João III resolveu lotear o território brasileiro em capitanias hereditárias, procedimento já experimentado nas Ilhas do Atlântico.

A divisão das capitanias facilitava o gerenciamento das terras que eram doadas a pessoas dispostas a implementar o sistema de produção canavieiro. Contudo, o indígena, ao não aceitar a escravidão, impedia a geração de lucros pelo grande mercado canavieiro. Esta

mudança foi pensada estrategicamente em função do imenso território da colônia, a distância em relação à Europa e a resistência do índio.

O donatário da capitania poderia montar vilas, administrar seu engenho, e doar extensões de suas terras (sesmarias) ao filho mais velho ou a estrangeiros, em troca o Rei ficaria com 10% dos lucros do engenho, 25% dos recursos minerais preciosos, e o monopólio do pau-brasil e do comércio das especiarias (SOUZA, 2007). O sistema de capitanias hereditárias não obteve êxito, pois os capitães-donatários conseguiram administrar precariamente a capitania, sendo que esta não possuía recursos para explorar o interior do Brasil, além de que a obrigação de plantar cana-de-açúcar afastou os candidatos a colonizadores.

O comércio distante já não chamava mais atenção dos investidores, o grande interesse estava ainda no Oriente, onde as mercadorias não precisavam ser produzidas, já estavam prontas para serem comercializadas além de que o escambo já não atraía mais o agricultor. A saída foi a escravidão indígena. Insatisfeitos com o novo modelo exploratório, pois não receberiam nada em troca de seu trabalho, sequer suas ferramentas para subsidiar sua sobrevivência, os indígenas criaram formas de resistência.

Não fazia sentido para o índio trabalhar em um ritmo diferente daquele culturalmente concebido por seu povo para satisfazer o modelo mercantilista, contrariando seu modo de vida. Para que o modelo de exploração mercantilista existisse era necessário destruir a cultura indígena, uma vez que os dois modelos não poderiam existir simultaneamente.

Muitos índios levados para o engenho se rebelavam ou fugiam, daí a ideia do “índio preguiçoso”, pois não poderia contar com eles para nada porque simplesmente recusava-se a trabalhar como escravo para o colono. A escravidão possibilitou que os portugueses entrassem em conflito com os jesuítas que, como no Maranhão, mantinham o monopólio sobre a mão de obra indígena. A inviabilidade da escravidão indígena instigou Portugal a buscar mão de obra não nativa, que não conhecesse o território brasileiro, muito menos sua língua ou religião. “O pote de ouro” estava do outro lado do Atlântico, em terras africanas:

(...) O que mais prezam os portugueses no Brasil são os escravos da costa da África e das Índias orientais, porque não se arriscam a fugir: os nativos do país os apanhariam e comeriam, mas não seriam capazes de fazê-lo aos nativos do próprio país que, além disso, não são aptos ao trabalho como os primeiros (VERGER, 1987, p. 53).

Este lugar do outro lado do Atlântico constitui a saída de sucesso para as grandes metrópoles que vislumbravam agora uma nova maneira de alimentar sua ganância e sustentar

seus negócios, principalmente Portugal que perdia tempo e riqueza com a escravidão indígena.

O Continente Africano embora tão distante da América guarda características comuns a ela, como a presença de um continente maciço, de temperaturas semelhantes, vegetação densa e tropical. No entanto, essas semelhanças terminam, pelo menos *a priori*, em suas dimensões físicas, cedendo assim lugar para o olhar que enxerga entre a América e o Brasil semelhanças que ultrapassam seus constituintes naturais, graças à chegada do colonizador branco que em razão da sua sede por lucro vai proporcionar o intercâmbio social e cultural entre as duas nações, embora sob um olhar eurocêntrico.

Enquanto a expansão marítima, sobretudo das nações ibéricas, não chegava ao continente africano, percebia-se neste extenso território negro a riqueza de grupos étnicos, religiões, línguas, sistemas estatais diversificados, reinos estruturados, enfim, a diversidade própria dos universos culturais, expondo sua multiculturalidade étnica ainda desconhecida pelo colonizador, cuja permanência com o “outro” será importante para desenvolver a ambivalência da negociação e do conflito.

A economia de Portugal estava ceifada pela penúria de grãos, peixes e especiarias, suas trocas eram superficiais em razão da escassez de metais preciosos e a sede de mão de obra crescerá com o desenvolvimento dos engenhos de Madeira, em Açores, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe (MATTOSO, 1983, p.18)⁵. Em 1500, o número de escravos negros no Velho Mundo (Europa) não passava de 25 mil. O escravo tornou-se de grande valia uma vez que os cobiçados metais não foram encontrados nas expedições que eram feitas pelos viajantes que retornavam do Oriente.

Os habitantes encontrados nessas terras, depois da chegada de Cristóvão Colombo, não apresentavam o perfil demandado para o colonizador, visando o trabalho nas plantações canavieiras e muito menos foram encontrados metais preciosos para lucro rápido. A estratégia, dessa forma, foi apelar para a mão de obra abundante e adaptada para o exigente trabalho na lavoura canavieira que rapidamente exauria sua terra, se não adubada, onde seria necessária, exponencialmente, mais mão de obra e mais terras. Como já discutido ao início deste texto.

O século XVI realizou o maior número de exportação de mão de obra negra para o Brasil sob o monopólio português, onde a princípio o setor entre o Senegal e as Ilhas

⁵ Em 1444-1445, abre-se a embocadura do Senegal, tendo ao largo as Ilhas de Cabo Verde. A partir de 1497 as Ilhas de São Tomé e Príncipe, tornam-se possessões portuguesas dando acesso aos reinos de Benin e do Congo (construção do forte português de São Jorge da Mina) e em 1500 o português Pedro Álvares Cabral toca em terras brasileiras, um pouco ao Sul da cidade de Salvador da Bahia de Todos os Santos.

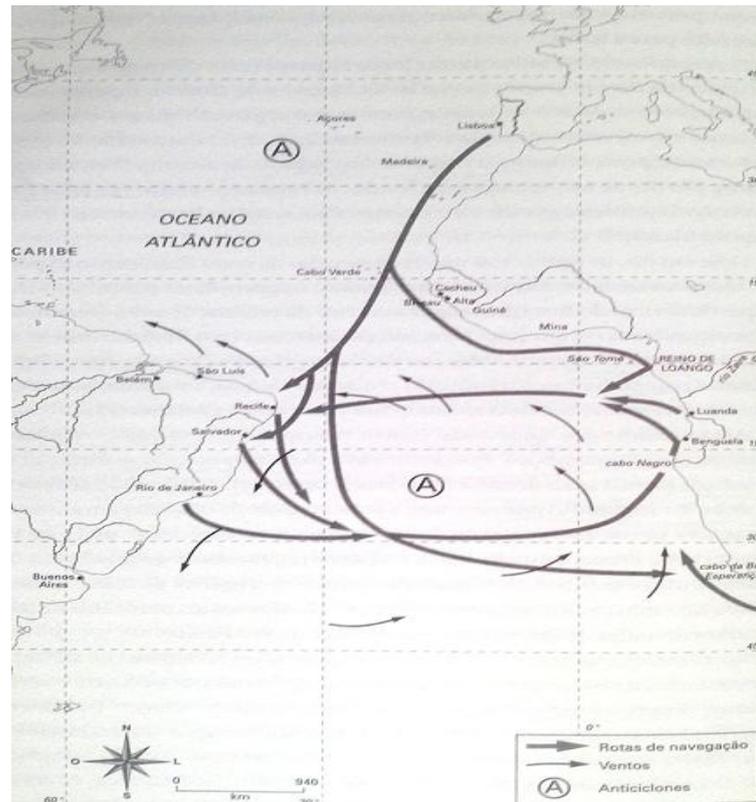
Serbos(atual Serra Leoa) foram um dos maiores fornecedores; adiante será percebido que Angola, o Reino de Benguela e Moçambique foram os principais fornecedores durante os séculos que se sucederam: XVII, XVIII e XIX. Os países baixos tentaram se apossar de terras portuguesas, mas foram logo expulsos de Pernambuco, Angola e São Tomé rumando para as Antilhas, onde continuaram sua empreitada nas plantações de cana de açúcar e atrás da corrida do ouro. Além de holandeses, portugueses, ingleses e outros países da Europa, outros negociantes de origem sefardita⁶ teriam também embarcado nos negócios escravistas.(HEYWOOD, 2008)

A colonização era indissociável do tráfico, logo para um bom empreendimento seria necessária uma grandiosa estrutura capaz de organizar grandes expedições para o outro lado do Atlântico, indo em busca do aprisionamento de cativos, do recrutamento de marinheiros corajosos e experientes e de uma imperiosa complacência dos reis africanos que venderiam seus súditos em troca de fumo, mandioca e outras quinquilharias.

Como já citado, a África era uma realidade multicultural, (MATTOSO, 1988) e os africanos foram trazidos para o território brasileiro em três ciclos, onde aportaram as mais diversas etnias africanas ao Brasil: No 1º ciclo foram traficados muitos escravos sudaneses e bantus, ainda no século XVI (chamado também de ciclo da Guiné) que inicia na África ao norte do Equador e traz ao Brasil negros *uolofs*, *mandingas*, *sonrais*, *mossisepeuls*. O 2º ciclo corresponde à vinda dos *bantos* da África, que são considerados excelentes agricultores. Nesse período a corrida pelos escravizados é intensificada pelas guerras entre Portugal e Holanda (Ciclo de Congo e Angola, século XVII). Finalmente o 3º ciclo, no século XVIII e XIX, onde o tráfico se torna ilegal pela Inglaterra, no qual os negros sudaneses teriam sido os principais cativos vindos para o Brasil.

⁶ Pessoas de origem judaica europeia, principalmente da Península Ibérica

Figura 1 - Rotas de navegação no Atlântico Sul.



Fonte: Alencastro (2000)

A costa da Mina e Angola, estendendo-se até o cabo negro, com seus três portos, Congo, Luanda e Benguela, são as duas regiões de onde procede a quase totalidade de escravos vindos para o Brasil. Pelos portos de Pernambuco e Rio de Janeiro (nos anos de 1700 a 1850), são cerca de dois terços de escravos. O terço restante recebido pelos portos da Bahia provinha da Costa da Mina⁷ (HOLANDA, 1979).

O tráfico negreiro atravessa diversas fases da economia da colônia portuguesa na América e dependendo da fase econômica mais rentável o contingente de escravizados era cada vez maior, da agricultura canavieira, passando pela mineração e chegando por último na agricultura do café, cuja crueldade no tratamento dos negros ocorria no cotidiano daqueles dias, como também resultado da violência simbólica desencadeada no interior do processo de desaculturação. Observou-se que as diferentes fases trouxeram para as terras brasileiras etnias diferentes, grupos ou nações que acabaram por se fundir e dessa grande fusão modelar a cultura brasileira, através do trabalho escravo, que mesmo imensamente conflituoso, ajudou a construir o Brasil.

⁷ Os negros de outras regiões africanas como Cacheu e Cabo Verde, Moçambique e Madagáscar, concorreram apenas frouxamente, em parcelas pequenas, para engrossar o tráfico de negro ao Brasil.

O continente africano era constituído por diversos reinos que o tráfico ajudou a desmoronar. O negro não vem de um lugar politicamente desorganizado, sem culturas ou tradições, ele tem um passado e uma história que o colonizador destruiu em três séculos de escravidão. Antes da chegada dos europeus à África, o Continente já passara por outra invasão, ainda no século IX, pelos povos do islã que atravessaram o deserto, derramando-se pelo Sael e pela savana. No início do século XI, os reis de Gaô e do Tracur já eram mulçumanos, e na segunda metade do século XIII, um mansa ou soberano de Mali fazia a peregrinação a Meca (SILVA, 2003, p.59).

Dessa forma, diversas modalidades religiosas poderiam ser encontradas como os animistas, mulçumanos e até os cristãos, além de grandes impérios, cidades, tribos, nações bem cristalizadas, com estrutura política e econômica avançada, e mesmo dentro dessas civilizações era possível encontrar diversidades étnicas, de línguas, tipos humanos, até mesmo um tipo de escravidão era encontrada, mas o escravo estava a serviço de todos mas não perdia suas tradições e não estava em terras desconhecidas. Uma hierarquia também poderia ser observada como sinaliza Mattoso (1988, p.25).

Nas religiões senegalesas e nigerianas os artesãos são organizados em castas endógamas e hierarquizadas. Entre os peuls, por exemplo, os ferreiros ficam num degrau inferior na escala social, mais desprezados que escravos e servos e apenas um pouco menos que o laobe, ou artesãos de madeira, acima dos quais se encontram os tecelões, os cordeiros e, por fim, os feiticeiros.

Às vésperas da conquista colonial o clã em Daomé possuía cerca de doze mil membros. Ao contrário do que se possa imaginar as populações não eram somente organizadas em pequenas tribos, mas possuíam grande organização social que foi desestabilizada pela chegada dos europeus que minaram as estruturas comunitárias e deram espaço as sucessivas invasões que terminaram por misturar vários grupos étnicos.

Foi fundado o território do Congo, com a chegada dos portugueses e a conversão do seu rei ao cristianismo. Já Angola, conquistada a força, se tornou o maior reservatório de cativos, enquanto Moçambique e Monomotapas mantinham relações comerciais com as Índias e a Ásia, por intermédio de comerciantes Árabes, pelo menos até o século XVII, quando Portugal atravessa a África, conquistando Moçambique.

O tráfico de cativos correspondeu a uma verdadeira empresa, com várias modalidades organizacionais. Era muito comum “empresários” da Bahia e Pernambuco fazerem suas próprias negociações direto com o vendedor, sem intermediários; o pagamento era feito em forma de escambo e muitos produtos eram trocados por escravos, como mandioca, milho que eram desconhecidos por ali, mas o principal era o fumo. A relação entre colônia e a

metrópole, nesta modalidade não se enquadrava no modelo triangular de comércio, onde tudo que era produzido necessitava de prévia autorização da Coroa. A princípio esta atividade era mais rara, depois foi se tornando padrão após os primeiros séculos do tráfico.

Outra modalidade de tráfico eram as Associações ou Grandes Companhias. A primeira companhia criada no Brasil em 1647 tem monopólio do vinho e do azeite de oliva, mas não se interessava pelo tráfico. Somente em 1662, Pascoal Ferreira Jansen e seus sócios conseguem contratos com o Grão-Pará e Maranhão para importar negros. A Companhia Real da Guiné e das Índias não teria muito êxito e seria liquidada por D. Pedro II em 1706.

A terceira forma de comércio era através do *assiento*. O *assiento* era ibérico (Portugal-Espanha) e confiado alternativamente por Portugal, Espanha, Holanda, França e Inglaterra. Tratava-se do pagamento de direitos a cada remessa de escravos que deixavam a África a um contratador que garantia certo monopólio a estes.

Como dito anteriormente, o plantio açucareiro exigia uma mão de obra forte, mesmo assim, todos eram capturados, crianças, mulheres, homens jovens e idosos, preparados para o trabalho ou não, porém o ciclo foi se exaurindo pela descoberta de metais preciosos no interior de Minas Gerais, colocando o açúcar em segundo plano. A transição de economia fomentou um tráfico bem maior, pois o trabalho nas minas exigia muito além do que nas plantações de açúcar, dessa forma foram demandados muito mais cativos pelo Brasil.

Embora Portugal já participasse da captura de negros na África, não se tinha qualquer notícia sobre a chegada de grupos de negros ao Brasil (somente alguns de maneira esporádica, de uso individual e doméstico), até 1550. A partir desta data o negro é exportado para o Brasil como mercadoria e destinado ao uso da coletividade, mas mesmo assim em quantidade reduzidas. Os colonos, então começaram a reclamar por mais negros e já em 1587 havia cerca de 2 mil europeus, 6 mil índios e 4 mil negros somente na Bahia (HOLLANDA, 1979). Este número cresceu e o comércio de negros cativos permaneceu em todos os ciclos econômicos que perpassaram a história da colônia portuguesa na América.

Trintam mil, no máximo, no 1500: de 500 a 550 mil, no século XVII; 3 milhões, aproximadamente, de 1700 a 1851, o café concorrendo, nas últimas décadas, para incentivar o tráfico, foi de cerca de 3 milhões e 500 mil – antes menos que mais – a legião de trabalhadores africanos que ajudou a construir o Brasil. Na agro-indústria do açúcar, cuja produção andou nas casas do 600 a 700 milhões de arrobas. Na extração de cerca de 1 mil a 200 toneladas de ouro. Na cultura do tabaco, do qual a Bahia exportava, nos fins do século XVII, 25 mil rolos e Pernambuco e Alagoas, 2 mil e 500. Em vários outros misteres, inclusive o de satisfazer, nos serviços domésticos, a comodidade, o luxo e o prazer dos senhores(HOLLANDA, 1979,p.191).

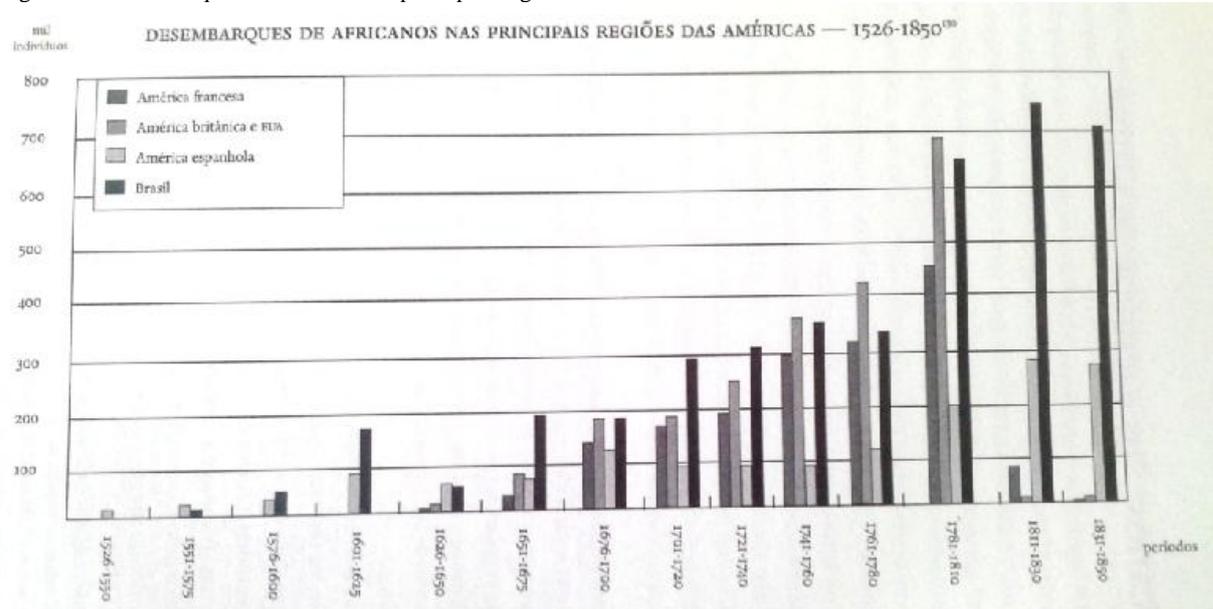
Em relação ao Maranhão a escravidão africana teve alguns aspectos singulares. Até 1750 o número de africanos escravizados foi insignificante. O abandono, a miséria e, conseqüentemente, a pobreza foram os marcos desse período para o Maranhão, a tal ponto que essa situação impediu a introdução de escravos africanos (SIMONSEN, 1957). Disso resultou a procura sempre maior dos colonos pelos escravos indígenas e, conseqüentemente, choques constantes entre colonos, autoridades e jesuítas que contradistinguem esse período.

A primeira tentativa de introduzir escravos no Maranhão se deu em 1682 com a Companhia do Comércio do Maranhão (mais conhecida por Companhia Jansen) que se encarregou do negócio. O contrato com a companhia previa a introdução de 10.000 negros em vinte anos, além do monopólio comercial entre a colônia e a metrópole (SIMONSEN, 1957). O não cumprimento desse contrato e a proibição da escravidão indígena foi um dos pretextos que levaram à revolta de Beckman em 1684 (CUNHA, 1973, p. 23).

A Companhia Geral do Comércio do Grão-Pará e Maranhão, instituída pelo Marquês de Pombal, obteve, pela Coroa portuguesa, o monopólio do tráfico, e trouxe 12 mil africanos para a capitania entre 1755 e 1778. Com o subseqüente desenvolvimento das fazendas de algodão e arroz, fomentado pela crescente demanda europeia por esses produtos, vieram mais 100 mil africanos, sobretudo de Guiné, Dahomey e Angola. Desta maneira, às vésperas da Independência, o Maranhão era a província brasileira com maior percentagem de escravizados (78 mil, ou 55% da população). Depois da crise de 1817, no entanto, o algodão maranhense encontrou dificuldades crescentes no mercado mundial. Por isso o tráfico transatlântico de escravos para a província se tornou inexpressivo bem antes de 1850 (ASSUNÇÃO, 2010). A seguir, alguns números de negros transferidos para o Maranhão.

Os primeiros portos exportadores de escravos constituídos da África foram às de Guiné e de Angola, de onde, grosso modo, eram trazidos, os povos Bentos e Sudaneses. Entre os anos de 1756 e 1789, a Companhia abasteceu os mercados de São Luís e de Belém, com mais ou menos 20.339 escravos transportados de diferentes partes. Desses 20.339 escravos, 8.937 eram homens (43,9%), 5.332 eram mulheres (26,2%), 2.213 eram rapazes (10,8%), 1.754 eram mulheres jovens (8,6%), 40 crianças de ambos os sexos (0,19%) e 2.063 sem indicação do porto (10,1%) (PEREIRA, 2005, p.181).

Figura 2 - Desembarque de africanos nas principais regiões das Américas entre 1526-1850.



Fonte: ALENCASTRO (2000)

2.4 As condições de transporte do cativo para a colônia

Para trazer os cativos para o outro lado do Atlântico existiam regras próprias: deveriam transportar determinado número de escravos, alimento e água para o sustento dos mesmos e da tripulação. Os cativos eram persuadidos por capelães que os batizavam dizendo: “Considerem-se desde já filhos de Deus. Vocês vão para o país dos portugueses, onde vão aprender as coisas da fé. Esqueçam seus países de origem, deixem de comer cães, ratos e cavalos. Sejam contentes” (MATTOSO, 1988, p. 44).

Num navio negreiro a única característica a se distinguir era a idade, o gênero e o sofrimento. Ali cada negro perdia sua cultura, sua identidade. Mas para ter suas mercadorias bem preservadas até o seu destino eram necessários água, alimento, medicamentos, porém, não eram suficientes em grande parte, pois a viagem seguia ao sabor do vento e dos conhecimentos da tripulação.

A sujeira e a promiscuidade eram a marca maior de um navio negreiro; levando além da capacidade permitida, os viajantes iam se amontoando como podiam e faziam suas necessidades fisiológicas no mesmo local; a desorganização e o mau-cheiro denunciavam de longe que se tratava de um navio que transportava mercadorias humanas. Em consequência

era muito comum o aparecimento de doenças como a peste e o escorbuto⁸, logo a mortalidade era elevada principalmente entre os idosos, mas pelo que parece esta mortalidade não atrapalhava a lucratividade do comércio.

Certamente o cativo era uma viagem sem volta, sem roteiro conhecido. A base da alimentação eram paneladas de arroz, mandioca, legumes, fazia-se de tudo para se ter uma boa mercadoria assim que chegassem aos portos brasileiros, o horror tomava conta, mesmo sabendo que nem todos tinham a mesma sorte de encontrar um bom tratamento na sua viagem sem volta. Como descreve Mattoso (1988, p.52-53):

O cativo a bordo dos negreiros está sujeito a todos os riscos e não tem defesa contra a morte. Seu regime alimentar foi mudado bruscamente. Sente falta de exercício físico, mesmo se é obrigado a andar ou a dançar no convés durante uma viagem; a promiscuidade nos porões é insuportável. Medo e desespero tomam seu coração. A higiene a bordo, é em geral, muito medíocre (...), mas passa as noites no amontoado terrível.

Ao chegarem a seus destinos, os cativos deveriam estar bem alimentados; para eles eram oferecidos alimentação com muita vitamina C, passavam-lhe óleo para ter uma boa aparência e resistência para serem vendidos a um preço que o dono exigia. A exposição era feita em feiras onde se vendiam, além de cativos, outras mercadorias; aqueles que não estavam na vitrine se amontoavam em grandes galpões. Ao serem vendidos, dependendo de sua qualificação, poderiam trabalhar na lavoura (séculos XVI e XVII) ou em minas (a partir do século XVIII, aproximadamente), como domésticas, costureiras, entre outros.

O tráfico avançou para o interior do Brasil e não ficará somente fixado no litoral; o avanço em direção ao interior era da mesma forma penoso e cruel; ao mesmo tempo em que se praticava a compra de escravos, o aluguel se tornou uma prática muito comum: não havia sequer um pobre que não tivesse um escravo comprado ou alugado.

Com o avanço da escravidão em direção ao interior, após a descoberta do potencial aurífero, a estrutura comercial do tráfico começa a se complicar ainda mais com uma nova modalidade de comerciantes, os chamados tratantes, que serviam como intermediários nas vendas dos cativos. Assim a escravidão fez aumentar a especulação e a elevação dos preços da mão de obra. A explosão dos preços permite que comece um verdadeiro tráfico interno. A crise do açúcar e o advento do “ciclo do ouro” fez estagnar a economia do Rio de Janeiro e de Salvador que começam a comercializar outros produtos para os interiores como ferramentas, tecidos e, sobretudo, escravos; o açúcar, então deixa de ser o único solicitador de mão de obra escrava.

⁸ Carência de vitamina C

A economia do ouro exigiu muito mais mão de obra do que a lavoura, além de grande quantidade de braços para o trabalho duro tornando-se assim muito oneroso manter o tráfico nas minas: a alternativa foi contar com tráfico interprovincial.

Neste mesmo tempo as leis referentes ao tráfico se multiplicam por pressão externa, assim, o tráfico brasileiro além-mar que mantém contato com portos africanos se torna ilegal. Entre 1815 e 1830 o tráfico continua legal, mas somente ao sul do Equador. Em 1831, ele se torna definitivamente ilegal e posto para fora pelo embargo ministerial de Eusébio de Queirós Coutinho Mattoso de Câmara em 28 de setembro de 1851.

Em relação à proibição do tráfico que foi imposto pela Inglaterra menos por razões humanitárias do que econômicas, os países que não acatassem as medidas abolicionistas não seriam reconhecidos internacionalmente. A pressão inglesa beneficiava seus interesses, uma vez que a escravidão era um entrave ao mercado consumidor, pois o escravo não recebia, logo não consumiria.

Nas circunstâncias da mudança da corte real portuguesa em 1808, Londres extraiu do regente D. João, em 1810, um compromisso que este colaborasse com a Inglaterra no intuito de promover a abolição da escravidão, que já tinha acontecido neste mesmo país em 1807.

O Alvará de 24 de novembro de 1813 fez parte das promessas face à pressão britânica, limitando-se a cinco cativos por tonelada total de escravos que um navio negreiro podia carregar, além de implementar medidas relativas a higiene e alimentação dos cativos transportados (FLORENTINO, 1997, p.42).

No Congresso de Viena (1815) foi acordada a abolição do tráfico de escravos ao norte do Equador em troca do perdão da dívida de 300 mil libras que Portugal devia à Inglaterra. Em outro tratado, a Grã-Bretanha concordou em pagar a Portugal 300 mil libras, para que nenhum navio negreiro fosse apreendido em razão da ilegalidade. Daquela momento em diante Portugal apenas traficaria em seus territórios, reiterando o compromisso com a Inglaterra de colaborar com o fim gradual do tráfico assim como negociar uma data para que o tráfico tivesse seu fim definitivo.

Com a independência brasileira em 1822, a pressão inglesa aumenta para que o Brasil abolisse de vez o tráfico, pois dessa forma teria seu reconhecimento internacional na luta contra a escravidão. No tratado anti-tráfico de 13 de março de 1827, o tráfico seria tomado como ato de pirataria, tanto pelo governo português quanto pelo governo inglês. Porém os tratados não passaram de engodos, uma “lei para inglês ver” (FLORENTINO, 1997, p.43).

O tráfico continuava mesmo com a vigilância dos ingleses aos portos brasileiros. Ancoradouros clandestinos foram armados e camuflados no litoral da Bahia e no Rio de Janeiro e contavam ainda com a complacência de pessoas interessadas em desenvolvê-lo. O africano assim desembarcava na “calada da noite” em meio ao barulhos das ondas. Fazia-se de tudo para disfarçar a chegada de novos cativos, como o não anúncio da morte de um escravo que era rapidamente substituído por outro negro, entre outras tramas de serviços clandestinos.

Os recém-chegados iam para regiões centrais como São Paulo trabalhar na lavoura cafeeira. Apesar de toda a clandestinidade e de novos interesses no tráfico negreiro o tratamento e as práticas comerciais eram as mesmas.

Os traficantes descobriram sem demora os métodos eficazes considerados como os mais rentáveis, para transformar o cativo em escravo ou o lavrador em mineiro: desembarque, engorda, venda, eis a sorte do preto, seja ele quem for, venha de onde vier. (MATTOSO, 1988, p.64-65).

Os desembarques clandestinos de cativos eram em média -um ano após o último acordo- cerca de cem a mil e duzentos negros entre 1831 e 1843. Já entre 1838 e 1839, os desembarques anuais chegaram a 40 mil; durante a primeira metade da década de 1840 a cifra oscilou entre 14 mil a 23 mil; entre 1838 e 1839 chegou-se à média anual de 50 mil africanos que desembarcaram no Brasil.(FLORENTINO, 1997).

Após 1850, com a abolição do tráfico negreiro internacional e as dificuldades da lavoura no Maranhão, essa Província torna-se exportadora de escravos para o Centro Sul do Império (RIBEIRO, 1990).

As compras de negros eram feitas por leilões ou venda privada. O preço do cativo variava com a idade, com gastos da viagem, como alimentação, mortes durante a viagem, preços exorbitantes dos capelães para batizar os negros, os riscos das travessias marítimas à distância (que serve também para o tráfico interiorano), as guerras entre as metrópoles, sistema de atravessamento como os *assientos*. A demanda de escravos ainda variava em função da produção de açúcar; em período de depressão açucareira procurava-se evitar compras de escravos.

A venda em leilões públicos era feita, sobretudo com os cativos recém-chegados e era praticada geralmente nos portos de importação. A sistemática do leilão funcionava como segue.

Após dez ou quinze dias da chegada dos cativos iniciava-se a oferta, onde a venda poderia demorar muito, dependendo da quantidade de negros. Vendia-se ate esgotar as

mercadorias. Em primeiro lugar eram colocados para leilão os cativos mais difíceis de ser vendidos como os feios, os velhos ou com pouca saúde, em contrapartida, os cativos novos, fortes e bonitos eram colocados à venda depois.

O leilão ou a venda particular possuía uma certidão com a quantidade de negros, o valor de cada e o total das despesas durante a travessia (MATTOSO 1988).

O preço do escravo era determinado no leilão; quem desse o lance mais alto levaria o cativo. Isto acontecia especialmente quando o vendedor dispunha de lotes de cativos robustos ou quando a demanda superava a oferta. Em relação à venda privada, o preço era fixado em comum acordo. Segundo algumas fontes esta modalidade foi introduzida quando o tráfico tornou-se mais organizado e o número de escravos crescia de maneira significativa, fato este cuja relação simétrica com o processo de urbanização é marcante. Quando o tráfico se torna ilícito a venda pública desaparece e a venda privada se torna a única forma de compra.

Parece igualmente provável que este sistema se vai ligar ao maior desenvolvimento urbano do Brasil, que data do fim do século XVII, pois, nos primeiros tempos, só é praticado, ao que parece, nas cidades nas quais um número razoável de compradores necessitam apenas de alguns escravos, utilizados nos serviços domésticos, seja nos afazeres urbanos, relacionados com a construção e os transportes. Se o comprador adquire um escravo especializado – pedreiro, carpinteiro, pintor de paredes, tanoeiro, encanador, vendedor de frutas e legumes, por exemplo – ele pode alugar os serviços do seu escravo. Dessa locação o senhor cobra uma renda deque é suficiente para viver. Esta prática é muitíssimo comum nas grandes cidades, cujos setores secundários e terciários já se desenvolveram bastante. Ela colore a vida urbana brasileira de matrizes muito particulares. (MATTOSO, 1988, p.73).

Ao se fazer este recorte histórico onde se atravessa o período da economia açucareira, do ouro e do café, onde foram citadas condutas dos grandes comerciantes e a briga das grandes empresas metropolitanas pelo monopólio do tráfico, pôde-se compreender que essa imensa empresa - que termina aproximadamente em 1880, com a industrialização das usinas de açúcar, equipadas com maquinarias mais modernas e a vinda de imigrantes da Europa para o Brasil – foi responsável, não somente pelo crescimento econômico fomentado pelo desejo e a cobiça do branco, mas também pela formação religiosa e cultural do país e por um triste ciclo de pobreza, além de todos os tipos de preconceitos que hoje permanecem nos cenários contemporâneos.

A mistura de etnias, unidas pela dor e pelo destino nada invejável, vai proporcionar uma imensa variedade de ritos trazidos para o Brasil, os quais foram aglutinados às tradições nativas que contemplam seus ancestrais, oferecendo um valor inestimável à natureza, para a cura das doenças, do corpo e da alma.

3 O TAMBOR DE MINA

O entendimento sobre a Mina, sua fundação e principais entidades e festas é importante para a compreensão de como esta religião está organizada e como sua visão de mundo pode contribuir para a concepção de saúde, doença e cura que é o escopo deste trabalho.

O Tambor de Mina, ou Mina é uma religião de matriz afro-brasileira nascida no Maranhão, precisamente em São Luis, provavelmente em meados do século XIX. A história da Mina se confunde com a história de umas instituições mais antigas da religiosidade africana no Maranhão: *Querebetã de Zomadônu* ou simplesmente Casa das Minas⁹. Assim, explicar o Tambor de Mina é também explicar o percurso histórico da mais famosa casa de cultos Vodun do Brasil.

A Casa das Minas tem como divindade protetora o Vodun *Zomadônu* e é a casa mãe fundadora dos tambores de mina do Maranhão e da Amazônia, embora formalmente não haja filiais. Esta casa serviu de residência de muitas pessoas e embora esteja atravessando uma grande fase de declínio, ainda goza de grande prestígio no ambiente dos grupos afro-maranhenses, não obstante, haja ainda inúmeros terreiros de mina em ascensão de origem variada (*nagô, angola, cambinda, fanti-ashanti*, entre outros) (FERRETTI, 1996).

Geograficamente, a Casa das Minas situa-se à Rua de São Pantaleão, no centro da cidade de São Luis, situada entre a rua o Hospital Geral (Antigo Retiro dos Jesuítas) e a Igreja de São Pantaleão. Trata-se de uma casa de canto, com características dos casarões coloniais portugueses bem marcantes, mas com traços internos da arquitetura da Nigéria e do Benim.

A fundação da casa se perdeu na memória dos seus moradores, mas se trata supostamente de negros africanos *jejes* trazidos como escravos contrabandeados para o Maranhão no tempo em que foi proibido o tráfico negreiro no Brasil, em 1831.

Há outras hipóteses em relação à fundação da casa citada por Mundicarmo Ferreti (2000), baseada em trabalho de Pierre Verger (1990) segundo o qual a Casa das Minas foi fundada ainda no século XVIII (1797), pois ali eram cultuados membros da família real do Dahomé (como o Rei Agonglo ou Agongono). Segundo esta hipótese a Casa das Minas teria sido fundada pela esposa do Rei Angonglo (1789-1797), NaAgotimé, que era mãe do seu

⁹ Ou ainda Casa Grande das Minas ou *Casa das Mina Jeje*, denominação dada a grupos étnicos provenientes do sul do Benin – o ex-Daomé, vindo em grande número para o Brasil no século XIX (FERRETTI, 1996).

legítimo sucessor, o Rei Guezo (1818-1858), que foi vendida por Adondozaan – filho mais velho de Angonglo, que assumiu o trono durante a menoridade de Guezo e que espalhou o terror sobre o reino de Dahomé- porém o rei Guezo assumiu o trono e foi deportado para o Brasil e sua mãe vendida com escrava. Esta hipótese foi a mais aceita como a verdadeira por ter traços verossímeis, mas tal fato não é aceito pela Casa que considera outra africana, iniciada no culto a *Zomadônu*¹⁰, como sua fundadora. Trata-se neste caso de Maria Jesuína a primeira matriarca das Minas.

Porém, Segundo Mãe Andreza, uma das matriarcas mais importantes, a casa constitui um “assentamento” (não material) de negros contrabandeados que passou a ser uma casa para reunião social, política, e religiosa.

Ali se assentou, evidentemente, a fundação espiritual e jurídica dos representantes de uma tribo africana trazida para o Brasil aos frangalhos, como fardos de carne que a voracidade de todas as misérias estraçalhasse e dispersasse (NUNES PEREIRA, 1979, p.24).

Outra questão levantada por pesquisadores é sobre a origem da alcunha “*Mina*”. Talvez ela tenha surgido com a repressão ao contrabando de negros da Costa da África, das terras dos Bantos e Sudaneses. Sabe-se geralmente, que as etnias africanas introduzidas no Brasil – nas províncias de Minas, Bahia, Pernambuco, e Maranhão – os *Minas* estaria divididos em: *Minas achantis*, *Minas nagôs*, *Minas cavalos*, *Minas santés*, *Minas Mahys*. Mas com a dominação *mina-jeje*, que é a maneira como são designados os fundadores da Casa das Minas, nunca se ouvira falar antes. Provavelmente o termo *jeje* foi acrescentando pelo predomínio destes últimos sobre os povos *Minas* (NUNES PEREIRA, 1979).

Torna-se importante ressaltar que na Casa das Minas, especialmente, a base é o matriarcado em que as mulheres iniciadas e feitas¹¹ recebem seus voduns, orixás ou caboclos (SANTOS, 2001).

Em face disto, a Casa das Minas foi chefiada por inúmeras mulheres que dedicavam seu sacerdócio zelando pela preservação da sua identidade. Dentro de uma cronologia pode-se listar as principais mulheres que até hoje chefiam a casa, bem como seu vodun, família e

¹⁰Vodum recebido em Cuba e também cultuado em terreiro de nação *jeje-mahi*.

¹¹ Mulheres que já passaram por uma iniciação na religião.

tempo de chefia, embora alguns terreiros tenham líderes masculinos como Euclides Ferreira Menezes (Casa Fanti-Ashanti) e o finado Jorge Itacy de Oliveira do Terreiro de Iemanjá:

Tabela 1 - Chefia Casa das Minas.

ANO	CHEFES	VODUM	FAMILIA	TEMPO DE CHEFIA
-	Maria Jesuína	Zomadonu	Davice	-
-	D. Luisa	Zomadonu	Davice	-
-	Mãe Hozana	NochêSapazinho	Davice	-
1911-1954	Andresa Maria Sousa Ramos	Poli boji	Dambirá	43 anos
1954-1958	Mãe Aneres	Tóiangongone	Davice	4 anos
1958-1967	D. Manoca	Daço	Davice	9 anos
1967-1970	D. Leocádia Santos	Toça	Davice	3 anos
1970-1972	D. Filomena	Poli boji	Dambirá	2 anos
1972-1976	Amância Evangelista Vieira	Boça	Dambirá	4 anos
1976-1997	Amélia Viera Pinto	Doçu	Davice	21 anos
1997	Denir Prata Jardim	Le Pon	Dambirá	atualmente

Fonte: Ferretti (2000)

Como em todas as religiões de matriz africana, o Tambor de Mina, apresenta uma grande variedade em sua identidade mítica, com uma hierarquia entre as diversas entidades. No que tange essas entidades elas estão presentes em outras religiões de matriz africana o que faz da Mina uma religião que pode apresentar um sincretismo, mas que ao mesmo tempo nem todas as categorias estão presentes em todas as casas de culto, como afirma Ferretti (2000, p.73).

No Tambor de Mina as entidades espirituais recebidas pelos filhos-de-santo são classificadas de várias formas, entre elas: por categoria, por família, por linha ou nação, por posição na cabeça do médium em que incorporam e por posição no terreiro.

Assim, conforme Ferretti (2000, p.73-74), as categorias estão divididas como a seguir:

a.Classificação quanto a categoria e filiação

- Voduns e orixás : divindades africanas como *Badé* e *Ogum* que são conhecidas por nomes não africanos (Como Rei dos Mestres-*Oxalá* e mãe Maria – *Oxum*) e são festejados em dias de santos católicos.¹²
- Gentis – Nobres encantados (geralmente uma figura europeia) e que também são festejados em dia de santos católicos.
- Caboclos – Protetores espirituais de nível hierárquico inferior a de voduns e gentis, nunca confundidos com eles muito menos associados a santos católicos. Tiveram vida terrena e de origem nobre.
- Índios e selvagens – entidades pouco civilizadas que não falam bem o português e não possuem bom comportamento por isso não participam dos toques¹³, porém, são feitas festas anuais para eles nos terreiros.
- Meninas – Entidades femininas infantis que não participam de toques por também serem não civilizadas.As meninas participam também de festas dedicadas a elas como Festas das Moças, rodinhas das *Tobossis/ Casa das Minas*.

Nos rituais também é possível incorporar outras entidade que não pertencem a estas categorias como índios, curupiras e botos que assumem comportamento de caboclo. Quando se trata de entidades *iorubanas* (*orixás*) elas assumem outras designações como *Dossu* (*Ogum*) e *Aossi* (*obaluaiê*), embora apresentem muitos traços diferentes entre si.

Apesar da classificação proposta por Ferretti (2000) ela na prática não apresenta divisões rígidas na Mina Tradicional Maranhense, por isso o termo invisível ou encantado pode designar entidades africanas quanto não africanas. No caso específico da Casa das Minas encontrou-se somente a presença de voduns que incorporavam em seus filhos, durante um período de festa ou toque.

Quanto ao sincretismo muito presente na Casa das Minas e no Tambor de Mina em geral, é comum a presença da figura de um Deus superior, criador de todas as criaturas, a que

¹² O termo vodum também é designado para usar as entidades *iorubanas* (e não só *dahomeanas*) mas também, as de outras nações ou também gentis.

¹³ Rituais em homenagem a determinada entidade

chamam de *Avievodum* ou *Eviowodu*, identificado como Divino Espírito Santo¹⁴. Em muitas sociedades Africanas há a noção de Deus como ser supremo, mas que está muito longe de ser alcançado pelo homem e não se fazem rituais em sua homenagem.

O que mais chama atenção nesta classificação é a posição social que algumas entidades apresentam, entretanto, estas não tiveram vida terrena como orixás e voduns (já cultuados anteriormente na África), porém gentis e caboclos se apresentam como pertencentes de uma civilização além-mar ou mesmo representantes da população nativa brasileira bem como formadores da população marginalizada.

Cabe dizer que todas as entidades no Tambor de Mina de todas as categorias são organizadas em famílias extensas¹⁵, tanto por pais de santo quanto por membros menos graduados e podem constituir parentescos consanguíneos ou não.

b. Classificação quanto a linha ou nação.

Esta categoria envolve as entidades espirituais através das origens étnicas como *jeje*, *nagô*, *cambida*, *fanti-ashanti*, *mina*, etc ou pela linha que estão associadas ao domínio da natureza como água salgada, água doce, floresta, astral e até mesmo por regiões como o povo da Bahia, do Pará, Codó, entre outros.

É comum na Casa das Minas não deixar incorporar entidades de outras nações, mas geralmente os que baixavam em outros terreiros eram da família de *Queviosô* (da família de *nagô*, estrangeira, hóspede de *Zomadônu*, o dono da Casa das Minas). Quando uma pessoa baixava uma entidade *Mina-jeje* em outra casa, esta era encaminhada para a Casa das Minas pela Mãe de santo ou pelo próprio vodun para ser confirmado naquele terreiro. Do contrário, essas pessoas eram levadas para a casa matriz das entidades recebidas. Esta regra foi transgredida, pois muitas pessoas abriam seus próprios terreiros sem observar a origem de seus voduns ou entidades.

Em relação às linhas pode-se citar: linha da mata pertencente a entidades caboclas menos civilizadas e nobres e que costumam vir beirando o mar ou igarapés; linha da água doce ou de cura ou pajelança que pertencem aos pajés como Antônio Luis, o Corre Beirada; a linha astral não pertence via de regra à Mina, pois trata-se de espíritos de pessoas mortas,

¹⁴ Não há também, a figura de *Legba*, o *trickster*, trapaceiro correspondente a um anti-herói que pode atrapalhar o percurso da vida.

¹⁵ Essas famílias têm relação a um parentesco com uma entidade que pode ser sanguíneo ou não.

assim como os *egúns* do candomblé, mas que em alguns terreiros podem ser recebidos em momentos de “mesa branca”, semelhante ao espiritismo kardecista, mas nunca em um festa ou toque na *Guma*.

c. Classificação quanto à posição na cabeça dos Filhos de santo e nos terreiros

- senhor ou senhora –são considerados os donos das cabeças, geralmente vodum ou gentil.¹⁶
- menina – entidade feminina infantil e são chamadas de *tobossi* e é recebida por pessoas que tem iniciação completa, porém, em outros terreiros, as meninas podem ser recebidas por pessoas de diferentes níveis de iniciação. As *tobossis* têm fala e comportamentos infantis e gostam de brincar de bonecas, de panelas de barro e comem doces e comidas e falam em língua africana. Na Casa das Minas elas nunca mais foram recebidas, pois as em que baixavam morreram na década de 1970. Estas entidades correspondem aos *erês* do candomblé, mas são só espíritos femininos. (FERRETTI, 1998).
- guia- chefe ou guia – primeira entidade cabocla a incorporar num filho de- santo, antes dos donos da cabeça baixarem.
- caboclos – entidades que incorporam no filho de santo durante os toques após a vinda dos donos da cabeça e com a permissão do guia.

Como por regra, nem todas as mineiras só recebem entidades africanas e gentis; muitas incorporaram somente caboclos, mas que não consideram como o seu senhor somente seus guias. Contudo, esta hierarquia pode ser mudada dependendo do terreiro: por exemplo, a cabocla Mariana pode ser considerada senhora em um terreiro chefiado espiritualmente por encantado da família do Rei da Turquia, à qual pertence, mas pode ser considerada fidalga (em vez de cabocla) em terreiros em que sua família não pertence. A família de Davice é muito bem recebida na casa das Minas, pois pertence à família de *Zomadônu*, senhor do terreiro (FERRETTI, 1998).

¹⁶ Na *mina-jeje*, as *voduisis* (filhas-de-santo) só recebem apenas um deles; em demais terreiros de minas se recebe um senhor ou uma senhora.

Nas casas de religião de matriz africana é muito frequente encontrar-se um grande salão subdividido em locais apropriados para se realizar oferendas ou para se colocar imagens ou alguns objetos de função litúrgica: é o chamado *pégi*. O *pégi* fica assentado no *Comé*.

No *pégi* encontram-se também grandes altares para santos e outras divindades que parecem estar lá por influencia do cristianismo. Em algumas casas encontrou-se um altar para os santos e outro para divindades africanas, onde ficam juntos, mas nunca misturados. Em entrevista a Sergio Ferreti (1998), Dona Deni (Casa das Minas), afirma que depois de Deus vêm os santos da Igreja Católica e precisa-se dos voduns para chegar aos santos e que por melhor que sejam os santos são mais puros. Os voduns pedem e os santos mandam e servem de intercessores entre Deus e as pessoas e cada vodum tem uma devoção por um santo. Mas na visão de Ferretti (1998, p.92)

Os voduns não estão acima dos santos, pois baixam em qualquer médium, e os santos não baixam. Nas festas os voduns cantam, dançam e brincam. O fardo fica mais leve e suportável. A vida vai ficando mais tolerável e humana.

Os voduns como entidades que mandam na casa possuem dia próprio para baixar e evidentemente a eles se faz uma festa ou um toque. Estas festas são realizadas em um salão grande onde são recebidos convidados, dançantes e os tocadores de tambor (geralmente homens). A este local se dá o nome de *Gume*, *Guma*, ou terreiro que possui plantas ornamentais e árvores frutíferas entre elas uma sagrada, a cajazeira.¹⁷

Na Casa das Minas, o gume e o pégi foram instalados por africanos *mina-jeje* e foram ocultados no chão, objetos trazidos da África. As festas denominadas “maiores”, que se realizam, são as de obrigações, deveres, e correspondem às de Santa Bárbara (4 de dezembro), de São Sebastião (20 de janeiro), de São João (24 de junho) e dos meninos ou São Cosme e Damião (27 de setembro).

Geralmente, é no *Gume* que os voduns baixam, em horários específicos e somente sob a influência dos tambores e de outros instrumentos sagrados, porém, às vezes baixam em tempos de tristezas em locais que não sejam o *Gume*. Baixam de todas as formas e dão ao médium comportamentos diversos como explica Nunes Pereira (1979, p.45):

¹⁷ Em um terreiro de São Luis encontrou-se a Gameleira como a árvore sagrada. A gameleira é a árvore sagrada do Candomblé.

Quando os voduns baixam reconciliam-se os desafetos e trazem-lhes dádivas e demonstram-lhes a suas “obrigações” quando a eles recorreram ou deles dependem. Alguns voduns falam claramente, para que todos escutem; outros só fazem mímicas; outro se expressam através dos guias; outros recorrem a Nochê ou às Noviches, por intermédio destas transmitindo o que desejam, respondendo aos que os interpelam.

Embora, a Casa das Minas seja a matriz da Mina no Brasil, outras casas também se destacaram no cenário das religiões de matriz africana em São Luis, como a Casa de Nagô.

A data de sua fundação não está esclarecida, acredita-se que foi durante a época do império de D. Pedro I e teve ajuda de Maria Jesuina (da Casa das Minas) que era amiga de pessoas que fundaram a casa de Nagô. Após a morte da fundadora, Josefa, a casa ainda teve muitas chefias de origem africana.

A abertura do culto na Casa de Nagô é feita com o *embarabô*. Canta-se para ogum, pedindo a licença para os demais orixás, em seguida cantam-se para outras entidades como os gentios, entidades nagô e para os “caxias”, vinculados à linha da mata. A casa mantém as festas de São Sebastião, sincretizado com *Xapanã*, em janeiro; queimação de palhinha e Nossa Senhora da Purificação (*Iemanjá*), em fevereiro; em abril, levantamento do mastro e abertura da tribuna para a festa do Divino; maio, a Festa do Divino; em junho são realizadas festas para São João (*Badé*) e São Pedro (*Pedro Anagoço*); e, em dezembro, para Santa Bárbara e dia 25 não há toque e visitas de *orixás* (SANTOS, 1999).

É importante reafirmar que a Casa das Minas encontra-se em grande declínio pela morte de suas *Nochês* e que há muito tempo não é realizada a feitoria de nenhuma mãe. A que passou mais tempo, Mãe Andreza, contribuiu sem dúvida para sustentar as tradições de sua ancestralidade – embora nascida em Caxias e não em São Luis.

Atualmente, há um número muito grande de casas de Tambor de Mina com diversas características no que tange suas entidades míticas, mas que buscam manter vivas, assim como Andreza, as tradições, a religiosidade e o respeito pelas religiões de matriz africana, que já foram fortemente perseguidas pela polícia e agora encontram-se ainda marginalizadas pela sociedade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Descrição do terreiro

A instituição *Ilé Ewê Omó D'Osanyín* foi criada em 1999 por Mariano Frazão, Pai Mariano, *babalorixá* ou ainda *Vodosun-ohunsudahou* Mariano, filho de *Osanyin*, a entidade conhecedora das ervas medicinais, o Senhor de sua casa.

O terreiro em estudo está situado no Residencial Paraíso, na Periferia de São Luis. O bairro ainda carece de infraestrutura, algumas ruas não são asfaltadas, possui uma escola pública municipal, um posto de saúde, uma linha de ônibus, comércio em crescimento e uma infinidade de igrejas pentecostais.

Mariano começou sua vida em terreiro ainda menino e herdou seus conhecimentos sobre plantas medicinais de sua mãe e de seu protetor divino, *Ossain*. Antes de ter seu próprio terreiro, o jovem Mariano frequentava a casa *Fanti-Ashanti*¹⁸, chefiada na época (e até em dias atuais) por Euclides Ferreira. Após servir muito anos na Casa *Fanti-Ashanti* como filho de santo, Pai Euclides e seu Senhor autorizaram Mariano a montar seu próprio terreiro, pois já estava preparado para tal missão.

Para se chegar ao espaço do terreiro é preciso descer um terreno pedregoso pelo qual se chega a um local em contato com a natureza virgem, onde se enxerga uma grande variedade de espécies de ervas e uma grande árvore chamada gameleira, a árvore sagrada ou *Irokó*. No meio do espaço encontra-se o *pejí*, a *guma* e mais uma antessala, todas juntas, formando uma construção só. Ao redor desta, há duas casinhas que servem de apoio para a casa principal: uma com alguns materiais e outra onde se situa a cozinha onde são preparadas comidas (não litúrgicas) durante festas e toques. A trindade que protege o terreiro é composta por *Ossain* (*ToDewé*), *Oiá* (*Agansilé*) e *Oxossi* (*Oxotodota*)¹⁹.

¹⁸ A Tenda São Jorge Jardim de Oeira da Nação *Fanti-Ashanti* é um templo religioso localizado no bairro do Cruzeiro do Anil (Bairro da periferia de São Luís). Trata-se de um terreiro diferente porque não se restringe apenas ao Tambor de Mina, mas também a manifestações folclóricas como o tambor de crioula *Abanijeum*, a festa do Divino Espírito Santo, o tambor de *canjerê* (um rito afro-indígena), candomblé *Jejê-nagô*, pajelança e samba de angola.

¹⁹ *Ossain*, *Oiá* e *Oxossi* em língua *nagô*; *ToDewé*, *Agansilé* e *Oxotodota*, em língua *jeje* (*fon*). Mas que possuem a mesma equivalência. Este processo ocorreu pelo caráter multi-étnico da diáspora brasileira que foi possível a construção de um mosaico étnico, cultural e religioso. Na África cada divindade tem seu templo e no Brasil são festejadas todas as divindades num só templo, mudando hábitos, danças, expressões, pois tem que obedecer aos dogmas da casa onde se iniciou cada filho. Em São Luís este fato é criticado. Contudo, torna-se interessante saber que as divindades nunca foram e nunca serão propriedade de ninguém (FERREIRA, 1997).

Porém no ano de 2014, o templo foi deslocado para a residência de Pai Mariano, pois a chuva trazia todo o lixo para o terreiro e o trabalho para limpar era muito grande. No antigo templo somente a antessala estava em funcionamento para realizações de cursos ou outra atividade não religiosa. Atualmente, somente as plantas estão em seu local de origem. O novo espaço (a antiga residência de pai Mariano) passou por reformas para ser adaptado a um terreiro com característica do Tambor de Mina que é pequeno, mas preserva os ares de acolhimento do axé (a força vital).

Figura 3-Pai Mariano e seus filhos na região externa do terreiro



Fonte:www.lajsiab.com.br (2009)

4.2 O terreiro como promotor de saúde

Ao adentrar a primeira sala do terreiro, há um grande número de cartazes educativos que dão informações sobre DSTs (Doenças sexualmente transmissíveis), suas formas de prevenção, transmissão e tratamento, além da tampa de um cesto de palha com preservativos femininos e masculinos, com folders explicativos bem ao lado, em uma mesinha no canto da sala.

Imaginávamos que Mariano apenas manipulava plantas para preparar remédios ou que este era responsável por manter as tradições da casa. Durante as primeiras visitas e entrevistas compreendemos que aquele local sagrado também era um espaço de promoção de saúde, que ali se realizavam momentos educativos sobre as principais DSTs (AIDS, Hepatite, candidíase, entre outras), além de cursos sobre plantas e cuidados com estas ao se preparar um remédio (chás, garrafadas, banhos, entre outras formas).

As informações que são ali repassadas acontecem pela integração do terreiro com a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO), um movimento social que trabalha na perspectiva de construção de políticas públicas para a saúde do povo de terreiro e tem como missão a luta pelo direito humano à saúde com ênfase nas questões de gênero e raça.

A Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde é uma instância de articulação da sociedade civil que envolve iniciados(as) nas religiões de matriz africana, gestores e profissionais de saúde, integrantes de organizações não governamentais, pesquisadores e lideranças do movimento negro visando a promoção da saúde do *povo de santo* e simpatizantes das religiões de matriz africana. Criada em São Luís do Maranhão, durante o II Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (2003), a Rede vem realizando vários encontros, treinamentos, seminários, produção de materiais informativos com a finalidade de valorizar o saber dos terreiros em relação a educação e a saúde, assim como estabelecer parcerias com o Sistema Único de Saúde (RENAFRO, 2010).

A RENA FRO conta como protagonistas, os próprios pais e mães de santos. Homens e mulheres engajados em promover saúde para o povo de terreiro sem que haja desrespeito a sua cultura ou na sua forma de conceber a saúde de acordo com o seus princípios religiosos e sua compreensão de mundo.

A rede foi idealizada a partir do projeto *Ató-Ire*²⁰ pelo Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN), com equipes em São Luís e no Rio Janeiro, contando com o apoio da Fundação Ford, e que vinha desenvolvendo projetos de promoção à saúde em terreiros. Os preceitos deste de projeto se basearam no respeito à linguagem e a lógica dos terreiros a partir de conceito mais ampliado de saúde, que leva em conta a cultura do sistema religioso, na qual o valor maior é o axé: força espiritual que promove o equilíbrio e a vida (GUIMARÃES, 2003).

O projeto teve início em 2001, em São Luís e no Rio de Janeiro, para refletir sobre a situação da saúde do povo-de-santo e estabelecer uma rede de comunicações e ações entre os terreiros; foram realizados dois seminários nacionais, o primeiro no Rio de Janeiro (março de 2002) e o segundo em São Luís (março de 2003). O projeto começou seus trabalhos com discussões sobre gênero, saúde sexual e reprodutiva. Para os idealizadores, que além de uma religião, o saber da tradição religiosa afro-brasileira constitui-se:

²⁰ Projeto *Ató-Ire*: Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. *ATÓ* do ioruba que significa a cabaça de pescoço longo em que o orixá *Ossaim* (orixá das ervas medicinais) trás consigo e onde guarda misturas de folhas e ervas medicinal que visam restabelecer a saúde e *IRE* significa bênção, benefício. *Ató-Ire*: a cabaça que possibilita a saúde

[...] como uma forma de ser no mundo, um meio ambiente bom o bastante para os iniciados e adeptos. Facilitando a construção de um campo inter-subjetivo como espaço potencial, abre espaço para que as pessoas que dela participam adquiram um campo imaginário, no qual o simbólico, o perceptivo, o sensorial e o afetivo são fios de uma rede de sustentação (GUIMARÃES, 2003,p.139).

Pai Mariano é um dos membros desse movimento e sempre visa partilhar com sua comunidade o que aprendeu, pois segundo ele as pessoas que o procuram para tratamento geralmente estão com algum tipo de DSTs.

Ao ser indagado sobre o que levava as pessoas a adoecerem e a procurá-lo, ele afirma que:

Seria o primeiro tópico o difícil acesso a saúde, né? O bairro tem um posto de saúde, mas as pessoas se levantam cinco da manhã para enfrentar uma fila, para receber uma senha e num terreiro o sacerdote, o pai de santo, ele está ali vinte e quatro horas, que não é meu caso porque eu tenho outras atividades. Então quando as pessoas vêm ao terreiro em busca...é porque sabe que alguém já foi no terreiro, tomou uma garrafada para algum tipo de doença e sentiu bem e vai passando essa informação. Olhe, vai lá na casa do seu Mariano falar com ele, até porque também na comunidade, me veem como um grande curandeiro, aquele homem sábio, alguns as vezes não vêm nem para se tratar comigo, seu Mariano acontece isso e aquilo, mas o senhor acha que é caso de se ir ao hospital, sabe eu tô desse jeito, dessa forma..e a gente vai dando o encaminhamento do que seria melhor. Alguns vêm com vergonha de ir ao posto de saúde, às vezes diz..Ah como eu vou dizer isso ao médico aí entra o Mariano “psicólogo” de ter que conversar e tentar ajudar essa pessoa a perder essa vergonha e oh, esse caso é para ir ao posto de saúde.

Além de ser membro da RENAFRO, Mariano também participa do CTA²¹ (Centro de testagem e aconselhamento) do Bairro do Lira, em São Luís:

Nós temos uma grande ligação do CTA do Lira e a gente sempre manda as pessoa pra lá. Então a gente tem essa ligação...Semana passada eu participei de uma roda de conversa pela coordenação de DST/AIDS. Então as pessoas nos procuram muito por isso, é “n” tipo de doenças..que diz...seu Mariano, será que tem cura, será que eu vou morrer. Sabe? Então é falta de informação, mas também a gente não pode dizer nada do município, que a secretaria de saúde, porque hoje eu tenho acesso à secretaria de saúde, eu sei que lá tem “n” projetos que tão ali né? Departamentos que cuidam da saúde do homem, da saúde da mulher.

Mariano concorda que há realmente uma grande dificuldade em acesso à saúde, mas também critica o posicionamento das pessoas em busca dos seus direitos.

²¹ O CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) é um dos serviços do Departamento de DSTs/AIDS e hepatites virais da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ministério da Saúde.

O povo é muito acomodado, ele também não vai em busca dessa informação quando vai, só vai na necessidade, quando ele já está doente. Porque também a gente não pode culpar o governo municipal de não fazer nada, antes eu até falava isso, mas quando a gente começou com essa parceria, a gente observa que o serviço de saúde existe, tá lá, falta a população também ir lá, ele fica em casa, não vai...então...aí o terreiro acaba sendo esse elo, porque as pessoas procuram o terreiro, por essa dificuldade, de ir a um posto de saúde, em marcar essa consulta, porque no posto de saúde eu vou ter que ir pegar senha e na casa do seu Mariano, eu chego e falo com ele e rapidamente ele vai dizer o que eu tenho, o que é e o que não é. Eu vejo muito por essa questão.

Diante desta fala percebe-se que embora haja programas abertos para a população, estes serviços não chegam até ela por motivos de pouca divulgação. Dessa forma o terreiro tenta ser um mediador entre o sistema oficial de saúde e os cidadãos.

Embora muitas pessoas estejam doentes, estas acreditam que foram vítimas de algum “trabalho” de vizinhos que não gostam delas. Mariano convicto de que se trata de uma doença de fundo orgânico tenta desconstruir este pensamento e tenta convencê-las a procurar um posto de saúde e afirmar que esta pessoa está doente e a quebra certos “tabus”.

Mas a gente sabe desses tantos que vão ao terreiro você vai encontrar motivos diversos: feitiçaria: é meu vizinho que está me prejudicando. E a gente vai quebrando essas coisas porque em momento algum aqui eu tenho essa coisa de alimentar aquilo que não é. Eu tenho quebrado tabus de muita gente que chega no terreiro achando que fulano tá fazendo mal pra ele ou que a vizinha não gosta dele...e é “n” fatores que quando a gente vai ver não é nada disso, o problema é com ele mesmo; as vezes ele mesmo é uma pessoa difícil de lidar com outras, em viver em comunidade, não sabe conviver com aquelas pessoas que estão ali próximas, os defeitos que ele enxerga no outro na verdade são dela, ela que trás dentro de si, e aí imagina como a gente vai trabalhar aquilo ali com aquela pessoa sem que ela recuse em querer aceitar o que se está dizendo pra ela ali é a verdade. E o outro fator pior ainda é quando as pessoas já foram em outras casas que não têm esse compromisso da realidade. O que é a realidade? De estar falando a verdade: olha o que está acontecendo com você é isso. E na maioria das casas quando você chega e dizem que é mesmo a vizinha que está fazendo aquilo. Agora imagina você já embutiu aquilo na tua mente para você ir na outra casa e eles dizerem que não é nada disso?

Indagamos a Pai Mariano onde teria aprendido sobre as diversas doenças, principalmente as DSTs.

Eu faço parte da RENAFRO (Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde), a gente lançou o projeto Até Ire em 2003 que aconteceu em dois locais São Luís e Rio de Janeiro e o segundo seminário aqui em 2003, nacional, que teve, foi que se deu o primeiro passo para criação da Rede, da RENAFRO saúde. E foi a RENAFRO que foi capacitando vários pais-de-santo e pessoas de terreiro. Eu já sabia o que era mas eu conhecia pelo nome popular e outra: nós não somos obrigados a conhecer pelo nome científico, então a gente continua naquela base do nome popular emula, gonorreia, e

aquelas coisas todas...Mas aí através do projeto AtóIrê nos chamaram para uma capacitação com gestores de saúde e essa capacitação ela veio somar como nosso conhecimento porque a gente fazia muitas garrafadas e digo isso claramente...fazia garrafada, mas o que acontecia?Eu sabia de vários matos, mas eu não sabia que para algumas pessoas eu tinha que ter aquela preocupação, com aquela pessoa que era hipertensa, com aquela pessoa que era diabética, com a pessoa que tinha qualquer tipo de doença que chegava lá em casa e...Seu Mariano eu quero tomar uma garrafada, tô sentindo isso...e eu ia lá e fazia e eu não tinha essa preocupação de fazer o diagnóstico prévio com aquela pessoa.

O diagnóstico que Pai Mariano faz, não envolve achados bioquímicos, microscópicos, muito menos de imagem. Este é feito através de uma conversa franca, através do uso de folders educativos e pode envolver consultas aos búzios.

Como eu não sou médico, eu não posso tocar, examinar e isso eu não aprendi na RENAFRO, eu aprendi no terreiro. O que foi passado: Por que eu vou olhar?Eu já tinha feito várias capacitações e a pessoa dizia o que tinha e eu automaticamente eu já sabia como tratar e paralelo a isso eu já ia pegando as imagens de alguns folders que eu tinha e mostrava, quando eles olhavam, já diziam: Ah! Seu Mariano eu tô desse jeito, alguns, acho que no desespero, sempre, até hoje...Seu Mariano o senhor não quer olhar, homem e mulher, e eu: não é para mim que você tem que mostrar é para o médico, você tem que procurar um especialista. Aí vem a nossa parceria entre o CTA.

Pai Mariano explica como se dá o seu procedimento terapêutico e ação das garrafadas no organismo doente.

Eu só encaminho para o CTA quando eu começo a fazer a garrafada, depois que ele toma uma ou duas por quê? A garrafada vai agir no organismo expulsando essa coisa que está no organismo e aí quando eles vão para o posto de saúde o organismo já está liberado de tudo aquilo, mas o medicamento do posto é importante porque vai afetar lá na região aonde foi gerado tudo aquilo...para ajudar a matar, pois a doença está ali e corre o risco de voltar novamente e aí o que vai acontecer? Vem o medicamento nessa ordem porque muitas doenças, quando as pessoas vão ao posto de saúde que começam a tomar, parece para mim, claramente, eu não sei para os outros, que ela é recolhida, porque ela não veio fora, à tona, como ela deveria ter vindo, porque eu já vi vários casos de pessoas que nunca tinham vindo no terreiro, vai ao posto de saúde e tomam o remédio mas qualquer coisinha, as vezes comiam até um ovo e a doença voltava. Então eu comecei a observar que as pessoas que vêm no terreiro, tomam o remédio de garrafada e que a doença vem mesmo é como se ela expulsasse as substâncias mórbidas que estão no organismo da pessoa e quando elas vão ao posto de saúde, logo, imediatamente e tomam o remédio, uma coisa acaba contribuindo na outra. É como se eu tivesse tirado toda a secreção e agora vou fazer o curativo para ajudar a curar.

A medicina moderna assumiu a supremacia das ciências em forma de poder. Pai Mariano explica a sua relação com os médicos ou a medicina oficial:

O respeito deve estar acima de tudo. Como eu te disse, no começo da semana passada eu participei de uma roda de conversas com gestores da saúde, do departamento de DST. Qual o principal tema? Como nós pais de santo poderíamos contribuir com esses gestores de saúde na forma do acolhimento, do saber tratar as pessoas...esse foi um dos assuntos. Nós vivemos em país aonde existe “n” religiões,né? Todas elas buscando um caminho uma chegada a um deus, pai supremo, onde na maioria todas acham que seu caminho é o único caminho que vai levar à verdade, diferente de nós, de religiões de matriz africana porque nossa religião não é de conversão, querer converter todo mundo,não: existe um chamado. Quando a pessoa chega ao terreiro e que a gente vê que a situação dela é para o médico, naquele momento a gente não vê o médico como superior a nós. Eu vou te dizer o que eu disse lá: o médico estudou para isso, para conhecer, ele tem o conhecimento dele, agora o que interfere no conhecimento do médico é quando ele deixa de exercer a função dele de médico para ser o “CPF” que ele tem, a pessoa em si. Se você me convidar a ir a uma igreja evangélica, eu vou... eu vou entrar e sair numa boa porque eu tenho a convicção de quem eu sou. Então, a gente já teve problema com alguns médicos, mas eu nunca vivi isso, graças a deus! E que esse respeito deve ser mútuo porque existem pessoas que vêm ao terreiro e vêm se sentir bem, pelo menos...apareceu um caso recente com uma pessoa com HIV, que a família ainda não sabe e veio conversar comigo, e disse a ela que...porque ela não tava querendo procurar um posto de saúde, saiu deprimida, se jogou aqui no chão foi aquela coisa e aí?A gente tem que estar preparado para dar esse suporte, e a gente foi conversando, foi conversando e eu disse que nesse momento que era preciso se procurar um serviço de saúde sim! O que eu fiz em seguida, fiz um banho para buscar nela a calma e a tranquilidade para que ela possa ter esse momento de reflexão na vida e ver que o caminho certo é procurar...Te falei que umas pessoas que vivem com HIV e vivem muito bem? Então quando o médico atua como um médico ele valoriza os anos que ele passou estudando, respeitando as pessoas e aquilo que ela acredita dá para caminhar muito bem com os terreiros porque ele não é obrigado a acreditar, mas ele tem o direito de respeitar. Como já tiveram pessoas que já chegaram ao terreiro e que tava tomando medicamentos e que a doença só piorava e que quando eu fui ver não era nada daquilo, caso de hospital, era coisa para terreiro, mas eu ia dizer, eu posso dizer que o médico estava errado? Eu posso estar dizendo que o médico é burro e que ele não entende nada daquilo? Não. São conhecimentos diferentes e que às vezes são tratados de formas diferentes. E aí eu tive que fazer o quê? Eu tive que tratar da pessoa né? E dizer, olha você não precisa ir ao médico porque isso não é doença pra médico, mas não posso responsabilizar o médico por isso porque com certeza se ele passou o medicamento, se ele foi dentro daquilo que ele aprendeu, do que ele conhece, seria viável pra...né? Então há essa compatibilidade muito grande e se há esse conhecimento e esse respeito entre ambos a coisa dá para se encaminhar muito bem, um respeitado o espaço do outro. Eu tratei de um senhor que ele veio de Santa Inês e ele já tinha ido para uma outra casa, ele tava com problema de próstata e lá a mulher que tava tratando dele disse que era feitiço, que a mulher tava fazendo. O homem tava urinando sangue, o homem tinha uma dificuldade de urinar, de ir ao banheiro e ela tem uma prima que mora aqui no Maiobão, que frequenta aqui o terreiro, e ela é enfermeira, trabalha na Secretaria de Saúde de Paço do Lumiar e ela me ligou e disse o que tava acontecendo isso com ele e ela achava que era a próstata, só que ele não aceitava que era isso, então eu estou pensando em trazer ele aqui pro senhor, e quando ela me disse eu bati logo o martelo e disse que era problema de próstata. E quando ele veio, eu tive que fazer todo um ritual com ele e tal, foi quando eu disse que não tinha nada a ver com feitiço, e a

única coisa que consegui identificar que tava muito avançada e que era para ele procurar um médico imediatamente. Marcaram uma consulta para ele no AldenoraBello, fizeram o diagnóstico, com um mês que ele teve aqui tava no meio da casa, tava muito avançada. Quer dizer foi irresponsabilidade dessa pessoa lá que não tem o conhecimento e que acha que pode estar fazendo as coisas.

O informante nos conta sobre outras formas de cuidado com a saúde que realiza no terreiro.

No dia de levantamento de mastro nós promovemos uma ação de saúde, uma ação social, ai vem médico, a gente consegue trazer dentista para aplicação de flúor, consegue gente para fazer teste rápido de glicemia, são “n” coisas ligadas à saúde e a gente também trabalha muito com temas como saúde do homem, saúde da mulher, da criança e tal. Além de fazer algumas obrigações para serem distribuídas às pessoas porque as obrigações feitas no terreiro, as oferendas elas são nada mais que um grande provedor de saúde, que cada comida daquelas que a gente come está ligada a cada parte do nosso corpo, a cada vodum que foi feito. Às vezes tem pessoas, é raro isso acontecer no terreiro, mas eu já tratei pessoas fazendo oferendas, fazendo comida para ela comer porque eram coisas mais simples que não era preciso fazer garrafada e ai a gente localizava o que tava acontecendo, ai a gente faz aquela ponte qual o vodum que está ligado àquele problema daquela pessoa? É vodum tal ai vamos fazer essas oferendas, mas isso bem pouquinho ne? E dá pra pessoa comer ou as vezes passa no corpo da pessoa. Neste mês não teve essa ação, fiz um toque naquele domingo, que eu soube que você veio era festa de São Lázaro. Que a gente faz um grande banquete para promover a saúde. Ai no momento que a gente joga a pipoca... porque a pipoca simboliza a vida ne? Porque ela veio do momento de estar fechada, de abrir e ser jogada em teu corpo e funciona como ima, tira a negatividade. Mas são comidas sagradas que eu tornei elas leves através da preocupação da saúde porque ali tem gente que tem problema de diabetes, no terreiro...que tem pressão alta. Então eu comecei a analisar o que? Vamos diminuir até porque as pessoas precisam comer mas não para se adoecer, são comidas sacras que estão ali para lidar com a saúde. Existia um bobó de feijão branco que leva camarão, que já é salgado e que ainda leva sal e hoje não, o sal que vai nele é apenas o sal que vem do camarão e a gente ainda lava para tirar a metade. Inclusive a pipoca não é feito com óleo nem manteiga, não leva nada disso, aquela pipoca você pode comer o tanto que quiser que não vai lhe fazer mal nenhum porque tudo aquilo é feito e cantado, a gente canta porque não é só fazer, a gente tem que cantar, faz alguns orikis que é para que a comida receba toda essa energia positiva; quando se prepara aquelas comidas, o povo não pode ver quando alguém chega e quer falar comigo eu não vou poder atender e que volte em outro momento porque eu não posso ter contato, porque você veio da rua. E depois tudo que sobra a gente leva para terra, vai servir de alimento à terra e é essa terra que nos dá tantos alimentos.

4.3 Médicos e voduns: uma possibilidade de diálogo?

A medicina atual nasceu em torno dos últimos anos do século XVIII, na Europa (FOUCAULT,2008) com a passagem do iluminismo para o século XIX. Esta nova forma de

conceber a medicina ou medicina moderna foi marcada pelo nascimento da clínica, onde o leito do doente passava a ser um campo de observações. A medicina se desloca em direção aos leitos dos pacientes onde o médico usa além das suas habilidades sensíveis, o discurso, a fala, do doente.

Neste período de tempo o médico exigiu que sua atuação ultrapassasse o campo das enfermidades. O espaço médico passou a coincidir com o espaço social e a penetrá-lo inteiramente seja no campo ou na cidade para se obter o controle estatístico da saúde (nascimentos, óbitos, doenças, gêneros de vida, causa de morte, etc). Além da introdução médica em todas as áreas da sociedade era necessário que todo indivíduo que pensasse medicamente vivesse em constante alerta contra enfermidades e pragas.

E como se não bastasse a implantação dos médicos, pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta; será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em medicina. E cada prático deverá acrescentar à sua atividade de vigilante uma atividade de ensino, pois a melhor maneira de evitar que a doença se propague ainda é a medicina. O lugar em que se forma o saber não é mais o jardim patológico em que Deus distribuiu as espécies; é uma consciência médica generalizada, difusa no espaço e no tempo, aberta, móvel, ligada a cada existência individual, mas também a vida coletiva da nação, sempre atenta ao domínio indefinido em que o mal trai, sob seus aspectos diversos, sua grande forma. (FOUCAULT, 2008,p.35).

Dessa forma, a tarefa do médico se torna política. A luta contra a doença deve começar na luta contra o mau governo. O papel do médico deve ser de libertar o pobre, o rico, ou mais ou menos poderosos da tirania e da opressão da vida, pois eles possuem em suas mãos o seu único objeto de estudo: o homem. Sendo política eficaz a medicina passará a ser mais dispensável, fazendo com que não existam mais doenças nem hospitais. O médico seria apenas um conselheiro para o equilíbrio do corpo e do coração.

Entretanto, para Foucault (2008), isso não passaria de um grande sonho, contudo os médicos, após se ligarem ao Estado passariam a instaurar na vida dos homens as figuras positivas da saúde, do homem saudável como uma definição de um homem modelo, estes passariam a reger as relações físicas e morais dos indivíduos. Finalmente a medicina se tornará aquilo que queria ser: o conhecimento do homem natural e social.

A medicina carregada de poder político dá um salto metodológico e sai da condição de ser apenas um conjunto de técnicas de cura e do saber que elas requerem para observar as enfermidades nos próprios doentes, ele seria capaz de calcular todos os casos e tornar-se

senhor dos doentes e de suas afecções. Trata-se da clínica que nasceu no bojo de várias revoluções como a francesa e inglesa por razões econômicas e políticas. (FOUCAULT,1995) como já citado, a medicina incorpora-se ao social.

A medicina não tem mais que ver o verdadeiro essencial sob a individualidade sensível; está diante da tarefa de perceber, e infinitamente os acontecimentos, os acontecimentos de um domínio aberto: a clínica é isso.(FOUCAULT,2008,p.106)

Este breve recorte sobre a clínica faz compreender como a medicina chegou ao topo da pirâmide social, em que o conhecimento médico é hegemônico em relação a outros conhecimentos ou a outras ciências, porém, os etnólogos sempre fazem a relação dualista entre a medicina moderna e as outras terapias tradicionais, pois na verdade se trata de dois campos de conhecimentos distintos. Há de um lado um saber mitológico, da terapia tradicional leve e ambivalente e de outro o saber “objetivo” do naturalista médico (do modelo epistemológico biomédico) (LAPLANTINE, 1991). O que as difere é descrito abaixo:

O que, pelo contrário, caracteriza as medicinas populares, sem falar do contato e da proximidade física de quem o cura em um quadro familiar (“tocando em você”) e do caráter abrangente da percepção da doença (a totalização homem-natureza-cultura, que se opõe à tendência à dissociação do homem, da natureza e da cultura, cujo corolário é a hiperespecialização) e da terapia, é, sobretudo a imbricação estreita da questão do como etiológico-terapêutico e de uma interrogação sobre o porquê associada à subjetividade do doente. Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existência de todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar (LAPLANTINE, 1991, p.220).

Laplantine (1991) ainda faz a relação entre a doença e o sagrado nos dois grupos de modelos. Cita primeiramente o modelo endofuncional e a ideia de natureza onde o poder de cura da natureza está no discurso do pensamento médico segundo o qual toda crise é indicativa de processo de reequilíbrio terapêutico. Este pensamento esteve presente em Hipócrates ou na chamada natureza *medicatrix* onde a medicina é uma imitação da natureza, a própria redundância desta. Esta noção esteve presente nas ideias de Galeno e de Paracelso com suas substâncias naturais. O naturalismo médico exprime-se no princípio da homeostase que é constantemente regulado pelos processos naturais que permitem que o organismo volte ao seu equilíbrio.

O outro modelo discutido pelo autor supracitado é o modelo sanitário oficial como explicação totalizante (ética e religiosa) do indivíduo e do social. Este modelo considera a medicina não somente como uma ciência da saúde, mas uma prática social e que leva consigo certo número de representações ligadas ao social, especialmente o religioso. A doença passa a ser menos um fato bruto do que um problema que exige sua mobilização e confere a alguns membros o “poder terapêutico” que ultrapassa os limites do corpo e foca também no lazer, na educação, no trabalho, na sexualidade (LAPLANTINE, 1991).

Dessa forma tem-se a onipresença das preocupações médicas em nossa sociedade. A presença é tão poderosa que a medicina ultrapassa a sua função curativa:

Correlativamente, a medicina, que tem por função não apenas curar, mas levar até as últimas consequências essas preocupações do indivíduo consigo mesmo, não é mais apenas um segmento importante da nossa cultura, como em outras populações, mas o segmento dominante que não está longe de constituir, sozinho, toda a cultura. Ou seja, em toda a sociedade, representações são mobilizadas para dar uma explicação global do indivíduo e do social, mas, enquanto essas explicações são mais frequentemente religiosas políticas ou econômicas, pela primeira vez na história da humanidade, elas tendem a se tornar sanitárias (e mais precisamente biomédicas) (LANPLANTINE, 1991, p.237).

Com efeito, a medicina ocidental seja ela dentro do seu paradigma biopsicossocial ou biomédica sempre será o saber por excelência, ela prescreve, é solicitada em casos jurídicos, ela promete e ameaça caso o indivíduo não se cuide, não vá ao médico ou não se alimente bem. Ou seja, há neste caso a criação de uma moral médica que circunda toda a sociedade no dia a dia, ou melhor, a medicina vista como absoluto. Lutar contra os charlatões (medicinas não oficiais) e poder levar à cura e ao bem estar para as pessoas virou um sacerdócio, *uma religião*, isso sem qualquer analogia. Fala-se do sentido exato do termo.

Mas em que esta discussão se relaciona com as práticas de saúde do terreiro investigado? De acordo com a fala do pai de santo há uma grande preocupação de todas as pessoas que trabalham com a promoção de saúde em terreiros em passar por uma qualificação com gestores da saúde, ou seja, com pessoas treinadas e formadas na área da saúde que são responsáveis por passar conhecimentos que foram aprendidos na academia, através de conhecimentos científicos, fato que legitima a hegemonia dos conhecimentos médicos científicos.

Por outro lado, houve uma abertura das políticas de saúde voltadas para o povo de santo (ou que abriram as portas para eles) com a premissa de respeitar sua religião e sua visão

de mundo. Como citado pelo informante, este busca se qualificar no CTA/Lira do Departamento de DSTs/AIDS e hepatites virais de responsabilidade das gestões municipais.

Outro movimento de saúde, mas de protagonismo do povo de terreiro é a RENAFRO que tenta levar a saúde para dentro dos terreiros através de uma linguagem acessível usando representações míticas ligadas á saúde para alcançar o público alvo. Trata-se de uma iniciativa importante que envolve a articulação de mães, pais e filhos de santo e demais adeptos das tradições; lideranças comunitárias de saúde; integrantes de organizações não governamentais, sociedade civil e pesquisadores.

A rede tem como pressupostos respeitar a tradição religiosa afro-brasileira, o seu tempo e seu ritmo, considerando as suas diversas expressões: o Candomblé no Rio de Janeiro e de Salvador que cultua os orixás, voduns e inkisses; o Tambor de Mina e Tambor de Caboclo do Rio Grande do Sul. Maranhão que cultuam os voduns, caboclos e encantados; a Jurema, o Xambá e os Xangôs de Recife; o Batuque e a Umbanda do Rio Grande do Sul (DACACH et al, 2005).

A Rede foi criada, como já informado, em São Luis, no II Seminário Nacional Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (2003) e foi consolidada em Recife no III Seminário Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (2004).(DACACH et al, 2005) e é um espaço de articulação para:

- Contribuir para uma reflexão sobre diferentes aspectos da população dos terreiros;
- Legitimar as lideranças de terreiros enquanto detentores do saber e de poderes para exigir das autoridades locais um atendimento de qualidade, onde a cultura dos terreiros seja reconhecida e respeitada; criar diálogo entre os dois saberes e práticas terapêuticas dos terreiros e as práticas da medicina hegemônica;
- Reforçar a importância de interligar os dois universos dos saberes- pois não são excludentes e sim complementares; levar aos adeptos e aos simpatizantes informações importantes sobre o SUS(Sistema Único de Saúde), dentre outros.

Embora, a rede permita o acesso das pessoas de terreiro ao sistema público de saúde- que por sinal é direito de todos- observa-se um discurso que usa da linguagem das religiões como forma de chamar a atenção para os cuidados que os homens, mulheres e crianças do axé devem ter para garantir a sua saúde, porém, dentro dos paradigmas da medicina oficial. Um exemplo pode ser visto no folheto distribuído pelo projeto *Ató-Ire* nas festas de santo:

Com a proteção de Iemanjá o auto-exame de mamas é um toque de saúde

Entre os mitos e lendas que constituem o imaginário da tradição do terreiro, Iemanjá está relacionada ao princípio feminino da criação dos seres humanos da Terra. Está também relacionada à capacidade de cuidar, de ensinar aos homens e mulheres a importância da solidariedade. Enquanto entidade ligada às águas alguns mitos a mostram como mãe de seios fartos que nutre os filhos...Seja através de Iemanjá, Janaína, Dandaluanda ou Mãe D'água, a tradição afro-brasileira mostra a importância dos seios, órgãos muito sensíveis que têm relação com o prazer, a nutrição, a beleza, a sensualidade e a sexualidade. Mas cuidados devem ser tomados para que a fonte de energia não se transforme em tristeza e adoecimento. O auto-exame é o toque fundamental para que as mulheres façam a prevenção do câncer de mama. Atenção: O exame de mama faz parte da consulta ginecológica e é uma das coisas que o/a médico/a não pode deixar de fazer. Se ele/a esquecer é bom lembrá-lo/a.

O autoexame das mamas era recomendado pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) como parte da prevenção do câncer de mama²². Observa-se neste recorte do texto que há uma sobreposição dos conhecimentos da medicina oficial através do uso dos mitos das pessoas que seguem uma tradição religiosa estimulando as mulheres a procurarem um ginecologista. Quem é o ginecologista? Um profissional médico, especialista em tratar da saúde das mulheres (uma característica do paradigma biomédico, as superespecializações). Mas o que Iemanjá poderia contar para as mulheres de santo sobre um nódulo que aparecesse no seio de suas filhas? Que tratamento dentro do próprio terreiro a mulher poderia buscar para ser curada? Aparentemente no discurso da RENAFRO não há essa possibilidade.

Outra política importante dentro desta discussão foi a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS em 2006. Que coloca:

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006, p.10).

²²O INCA não estimula mais o autoexame das mamas como método isolado de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. Portanto, o exame das mamas feito pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade.

Dentro do domínio da Antropologia médica estas práticas medicinais como a fitoterapia, termalismo, homeopatia, entre outras, incluem perspectivas ecológicas, etnomédicas, além da biológica quanto ao entendimento dos indivíduos ao enfrentamento das doenças. Dentro deste contexto colocam-se duas formas de entendimento de adoecer: a *disease* (doença) e a *illness* (enfermidade), a primeira refere-se a uma desordem física e a segunda às percepções individuais sobre adoecer onde ganham destaque os elementos culturais e sociais.

A integralidade do indivíduo foge às concepções biomédicas de saúde, que enxergam apenas o foco biológico com o apoio de paradigmas positivistas. Este princípio faz parte inclusive da política de humanização que é transversal e visa ultrapassar barreiras dos diferentes saberes e poderes que ocupam a produção da saúde criando possibilidade de autonomia e protagonismo dos sujeitos que constituem o SUS.

As plantas para fins medicinais são as mais utilizadas pelos adeptos das religiões afro-brasileiras. Dessas plantas podem surgir inúmeros preparos como garrafadas, chá, banhos e compressas. Estes produtos são confundidos como fitoterápicos e sua prática como fitoterapia. Os fitoterápicos são medicamentos de matéria prima vegetal que passam pelo mesmo processo da cadeia produtiva de um medicamento alopático e são submetidos a vários testes até chegar às farmácias, dessa forma, os produtos usados, por exemplo, por Mariano não são fitoterápicos e sim são produtos de plantas com efeitos medicinais.

Com efeito, um fitoterápico é fruto de pesquisas e tem a legitimidade científica, pois foi comprovada sua eficácia e segurança. Se estes já possuem o descrédito dos próprios prescritores quanto mais um produto artesanal que não somente é produzido pela interação de produtos químicos das plantas, mas que é feito e organizado pela força do axé.

Entretanto, encontra-se no discurso do sistema público de saúde e nas suas políticas uma fragilidade. A própria política de práticas complementares alternativas contempla a fitoterapia e não a autonomia de escolha, pois como relatado há outros saberes que são milenares e que ainda permanecem vivos na sociedade.

A tentativa de diálogo entre os diversos conhecimentos é uma realidade entre o SUS e os movimentos sociais em saúde. Contudo, ainda é um discurso que é falacioso, pois a medicina oficial se sobrepõe ainda que o informante desta reflexão não compartilhe deste pensamento o que pressupõe que a dominação não faz parte da sua realidade.

Vale ressaltar que os movimentos sociais como a RENAFRO constituem formas importantes de pressão social para que sejam idealizadas pelos gestores (de forma democrática e participativa) políticas públicas voltadas para a saúde da população negra²³ e do povo de santo(constituído em sua maioria por negros).

²³ Como exemplo já existe a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instrumento que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Medicina moderna se constituiu como prática oficial de saúde há mais de três séculos. O paradigma moderno da medicina nasceu na Europa e se consolidou no Brasil durante o período em que o país esteve atrelado politicamente a Portugal e se sedimentou durante os primeiros anos da república.

Paralelamente ao processo da introdução dos paradigmas da medicina ocidental diversas religiões de matriz africana tomavam forma e eram professadas de maneira subversiva por indivíduos que passaram pelo doloroso processo diaspórico. Assim, muitas religiões eram perseguidas e seus adeptos incriminados.

Mas qual relação da medicina com essas religiões? Nas religiões de matriz africana a alma não está desligada da matéria e as pessoas se constituem uma só entidade e estão em constante consonância com a natureza que é mobilizada por uma força que emana da terra: o axé. Este modo de conceber a vida fez dessas religiões um lugar de tratamento e cura para muitas doenças da alma e do corpo, o que é uma grande afronta até hoje para a medicina oficial que considera seus axiomas como verdade absoluta.

Observou-se neste estudo que houve uma mobilização pela mudança de pensamento dos promotores da saúde e dos usuários do sistema público, como o surgimento da Rede Nacional de Religiões de Matriz Africana em Saúde, que procura realizar um diálogo entre a medicina oficial e os tratamentos alternativos em terreiros, onde os protagonistas são pais de santos e adeptos destas religiões. Além dos movimentos, houve espaço na agenda dos gestores para estes segmentos que são historicamente estigmatizados pela sociedade.

Entretanto, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde faz com que inúmeras pessoas busquem por outras formas de tratamentos que inclusive já foram legitimadas em políticas como PNPIC que oficializam práticas alternativas como a fitoterapia e a acupuntura.

Por outro lado estas práticas somente estão presentes no Sistema Único de Saúde, pois já tiveram o aval das ciências médicas. Até mesmo os movimentos de saúde dos terreiros buscam formas de como possibilitar o acesso dessas pessoas usando do discurso de sua própria crença para legitimar o poder da medicina oficial, tirando muitas vezes a autonomia deste usuário em querer se utilizar dos serviços de um médico ou de um pai de santo, como o informante deste trabalho.

Obviamente, não se pretende dar descréditos á medicina, mas sim demonstrar que a sua hegemonia – tanto dentro ou fora das universidades – proporcionou que a sociedade encarasse os médicos e a medicina como a única fonte de conhecimento para alcançar a chamada qualidade de vida. Vale ressaltar que este poder não é somente na esfera do simbólico, mas também do material: a maioria dos médicos dispõemde uma vida econômica mais que satisfatória.

É importante citar que se torna muito difícil uma comunidade tradicional, como os terreiros, não sofrer influencia do que vem de fora, pois eles também estão inseridos na cultura da medicação, do consumo, da educação oficial, etc. E a forma de tentar amenizar o confronto entre essas diferenças foi por em prática o diálogo entre o conhecimento tradicional e o conhecimento científico que parece ser uma prática presente no trabalho do sacerdote que foi entrevistado

A política de humanização do SUS também foi um passo importante para os que buscam outras formas de saúde e de tratamento para as suas doenças uma vez que muitas práticas hospitalocêntricas causam repulsa e muito medo. Além disso, o paciente muitas vezes se sente mais à vontade com seu curandeiro, pai de santo, parteira ou pajé.

No caso do terreiro em questão, a confiança que é depositada no pai de santo, o espaço perto da natureza intacta, valem muito mais quando é necessário se curar de uma dor ou enfermidade. Nos terreiros se encontra o afeto, a proximidade, o acolhimento de uma pessoa e não somente de sua enfermidade que se torna objeto de estudo para as ciências médicas.

Por ser um espaço de natureza há grande preocupação na preservação destes espaços. Mariano tem cuidado em fazer a coleta seletiva, em fazer suas oferendas com materiais mais biodegradáveis, em preservar as plantas nativas do seu terreiro, pois é da natureza que tiramos o sustento para viver e que é para as profundezas da terra que retornaremos.

Por fim, sinaliza-se a importância da formação do profissional da saúde (não somente médicos) para que haja em seus currículos, componentes capazes de sensibilizar os futuros profissionais de que existem outras práticas e que estes podem dialogar sem intervir no conhecimento do outro já que a formação de caráter flexeriano impede um olhar voltado para o indivíduo que possui um contexto e uma subjetividade.

Ao longo deste estudo observamos que as políticas públicas voltadas para a saúde de comunidades tradicionais atendem razoavelmente às demandas e aos apelos dos movimentos sociais, como exemplo a interação da RENAFRO com as políticas de enfrentamento de DSTs/AIDS. Para que isto aconteça, torna-se necessário o envolvimento do líder (no caso do pai de santo), aquele intelectual orgânico, ativo e militante que represente sua comunidade e seus interesses em busca da equalização do direito à escolha do seu tratamento, dialogando (ou fazendo um elo) com os serviços oficiais de saúde que ainda tendem a submeter todos os usuários a uma única maneira de prover sua mente e seu corpo a uma única forma de saúde. O sacerdote desta pesquisa se encaixa muito bem neste perfil de liderança o que lhe proporcionou respeito não somente por parte de seus pares, mas também dos gestores de saúde.

A troca de conhecimentos, portanto, não só é possível, mas muitas vezes se torna indispensável para a intervenção no campo da saúde preventiva e no campo da cura das doenças. Por este motivo nos perguntamos ao longo do texto se há possibilidade de diálogo entre médicos e voduns (representados pelos pais de santo). Esta possibilidade existe e podemos dizer que é necessária especialmente quando estamos em contato com populações etnicamente diferenciadas e com suas crenças próprias neste campo. O respeito pelo outro passa pelo respeito de suas crenças e especialmente seu modo de ser e sua visão de mundo.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. *O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul*. - São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ARANHA, Marize Barros Rocha; CORREA, Maria da Graça. A Análise do Discurso: uma proposta didática transdisciplinar. *Ciências Humanas em revista*. vol 5, n 1, São Luís: EDUFMA, 2007, pag. 201-204.

ASSUNÇÃO. Matthias Röhrig. *A memória do tempo de cativo no Maranhão*. Tempo vol.15 no.29 Niterói July/Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-77042010000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 29/11/2014

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BAHKTIN, Mikhail. *Estética da criação verbal*. 4º edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

CONCONE, Maria Helena Vilas Boas. *Umbanda: uma religião brasileira*. São Paulo: FFLCH/USP, CER, 1987.

CUNHA, Pedro Octávio. Política e administração de 1640 a 1763. In: Sérgio Buarque de Holanda (org.). *História geral da civilização brasileira*. São Paulo: Difel, 1973, tomo.1. v.2, p.9-44.

DACACH, Solange; DA SILVA, José Marmo; LOPES, Fernanda. *Atagbá: Guia para a promoção de saúde nos terreiros*. Rio de Janeiro, 2005.

CENTRO DE CULTURA NEGRA (CCN). *Ató-Irê – Informativo do Projeto Ató-Irê: religiões afro-brasileiras e saúde*. Ano II. Ed. Especial. Maio de 2003

FERREIRA, Euclides Menezes. *Tambor de Mina em conserva*. 1ºed.-São Luís: Estação Produções, 1997.

FERRETTI, Mundicarmo Maria Rocha. *Desceu na guma: o caboclo do Tambor de Mina em um terreiro de São Luis – A casa Fanti-Ashanti*. 2 ed.rev.eatual.SãoLuis: EDUFMA,2000.

FERRETTI, Sérgio Figueiredo. *Repensando o Sincretismo: Estudo sobre a Casa das Minas*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; São Luis: FAPEMA, 1995.

_____. *Querebetã de Zomadônu: Etnografia da Casa das Minas*. 2ªed.rev. e atual.São Luís: EDUFMA, 1996.

FLORENTINNO, Manolo. *Em Costas Negras: Uma história do tráfico entre a África e o Rio de Janeiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GOMES, Mércio Pereira. *Antropologia: ciência do homem: filosofia da cultura*. 2ª ed., 5ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2014.

GUIMARÃES, Marco Antonio das Chagas; DACACH, Solange; SILVA, José Marmo. Ató-ire: saúde e espiritualidade. In: José Marmo da Silva (org.). *Religiões Afro-brasileiras e Saúde*. São Luís: Centro de Cultura Negra do Maranhão, 2003.

HALL, Stuart. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. Org. LivSovik. Trad. Adelaine La Guardia Resend [et al]. 1 ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

HARRIS, J.E. A diáspora africana no Antigo e no Novo Mundo. In: *História geral da África*. V: A África do século XVI ao XVIII. Ogot. Brasília: UNESCO, 2010.

HEYWOOD, Linda M. *Diáspora Negra no Brasil*. Tradução: Ingrid de Castro Vopeam Fregonez, Thaís Cristina Casson, Vera Lúcia Benedito. São Paulo: Contexto, 2008.

HOLANDA, Sérgio Buarque de (org.). *História Geral da Civilização Brasileira: A época colonial, Administração, economia e sociedade*. 2º volume. 4ª ed. Rio de Janeiro; São Paulo: DIFEL, 1977.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1991.

MATTOSO, Kátia M. de Queiróz. *Ser escravo no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

NEVES, José Luís. Pesquisa Qualitativa: Características, usos e possibilidades. *Caderno de pesquisa em administração*, v.1, nº3, 2º sem, 1996.

NUNES PEREIRA. *A casa das Minas: culto do voduns Jeje no Maranhão*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Vozes, 1979.

PEREIRA, Josenildo de J. . Na fronteira do cárcere e do paraíso: escravidão, cotidiano e resistência escrava no Maranhão oitocentista. In: Mauro Cezar Coelho; Flavio dos Santos Gomes; Jonas Marçal de Queiroz; Rosa Elizabeth Azevedo Marin; Geraldo Prado. (Org.).

Meandros da história: trabalho e poder no Grão-pará e Maranhão, séculos XVIII e XIX ISBN 8586037168. 1ª ed. Belém: UNAMAZ: Associação de Universidades Amazônicas, 2005, p. 176-190.

PFUETZENREITER, Márcia Regina. *A ruptura entre o conhecimento popular e científico em saúde*. Pesquisa em Educação em Ciências. Volume 3, número 1-, Junho, 2001.

REDE NACIONAL DE RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS E SAÚDE. Disponível em: <http://renafrosaude.com.br/>. Acesso em: 20/10/2014.

REIS, João José. *Rebelião escrava no Brasil. Minas Gerais do século XVIII*. In: Reis, João José & Gomes, Flávio dos Santos (orgs.). *Liberdade por um fio. História dos quilombos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

RIBEIRO, Jalila Ayoub Jorge. *A desagregação do sistema escravista no Maranhão: 1850-1888*. São Luís: SIOGE, 1990.

SANTOS, Maria do Rosário Carvalho. *O Caminho das Matriarcas Jeje-Nagô: Uma contribuição para história da religião afro no Maranhão*. São Luís: SECMA/SIOGE, 2001.

SIMONSEN, Roberto. *História econômica do Brasil*. São Paulo: Nacional, 1957.

VERGER, Pierre. *O fluxo e o refluxo do tráfico de escravos entre o golfo do Benin e Bahia de Todos os Santos*. Trad.: Tasso Gadzanis. São Paulo: Corrupio, 1987.

APENDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Em sua opinião o que leva as pessoas adoecerem e procurar seus serviços?
2. Você é engajado em algum movimento social em prol da saúde das pessoas de terreiros.
3. Em sua opinião há uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou os usuários não vão em busca dos seus direitos?
4. Qual o papel do seu terreiro na busca pela saúde dos que lhe procuram?
5. O senhor recebe ou recebeu algum tipo de treinamento em relação à saúde? Se positivo onde ele foi ou é realizado.
6. Como você realiza o diagnóstico?
7. Como é o processo de cura depois da ingestão de um dos seus remédios, como a garrafada?
8. Qual sua relação com os médicos e a medicina oficial?
9. Há outros trabalhos realizados no seu terreiro direcionado a saúde?

APENDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **ENTRE MÉDICOS E VODUNS: OS CUIDADOS COM A SAÚDE EM UM TERREIRO DE TAMBOR DE MINA EM SÃO LUIS/MA**

O motivo que nos leva a estudar o problema é entender como comunidades tradicionais, como os terreiros de religiões de matriz-africana concebem a saúde. Os objetivos desta pesquisa são; Entender os processos históricos da chegada dos negros ao Brasil; descrever o Tambor de Mina, sua história, práticas litúrgicas e entidades míticas e compreender a relação das práticas de saúde desenvolvidas no terreiro pesquisado confrontando-os com os modelos oficiais.

Esta pesquisa se constitui de grande importância uma vez que pretende-se reconhecer que o conhecimento tradicional possui sua importância e que se faz necessário equalizar os diversos saberes e diminuir preconceitos em relação às religiões de matriz afro-brasileiras pois estas se constituem de grande fonte de inúmeros conhecimentos e que devem ser respeitados

Os procedimentos adotados para a pesquisa serão: observação dos rituais do terreiro através de sua permissão; entrevista através de questionário que será submetido a sua apreciação prévia e se caso não saiba lê você poderá dispor de uma pessoa de sua confiança para lê-lo. Ressalta-se ainda que gravação ou fotografia de rituais ou de pessoas será previamente informado e somente será executada e publicada conforme autorização prévia.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou informação que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na secretaria do Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. A pesquisadora assumirá o compromisso de realizar a pesquisa tal como será aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS/São Luís)

Se caso existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderá entrar em contato com a pesquisadora Vanessa Tereza de Fátima Lima Cardoso (Avenida Getúlio Vargas, 1937 apt802, Ed. São Marcos, canto da Fabril, 98-88237003, ajudantedepapainoel3@yahoo.com.br) ou com o orientador da pesquisa professor Claudio Zannoni(Rua Nossa Senhora da Vitória, Altos do Turu, São José de Ribamar,MA, tel: 98-999661146, zanmaira@uol.com.br), ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, n.º2000- Parque do Bom Menino – Centro. Telefone. 98-32147303.cepsemussl@gmail.com).

Assinatura do Entrevistado

Local e data

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
INSTITUÍDO PELA PORTARIA N. 10 de 23 de janeiro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO III		Nº do Protocolo: 2013.02.27.11-92	
		Data de Entrada no CEP: 27/11/2013	
I - Identificação:			
Título do projeto: O uso ritual e medicinal de plantas no tambor de mina em São Luís-MA-Brasil: uma proposta de diálogo entre ciência e religião			
Identificação do Pesquisador Responsável: Vanessa Tereza de Fátima Lima Cardoso			
Identificação da Equipe executora: Vanessa Tereza de Fátima Lima Cardoso e Cláudio Zannoni			
Instituição onde será realizado: Universidade Federal do Maranhão – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente			
Local da coleta (se for diferente do local onde será realizada): Principais Terreiros de Tambor de Mina em São Luís - MA			
Área temática: Ciências Humanas - Antropologia	Multicêntrico: Não	Patrocinador: Não	
Cooperação estrangeira: Não	População Protegida: Não	Fontes dos Recursos: Próprios	Valor do Projeto: R\$ 2.130,00

I. Objetivos:

GERAL: Investigar o uso medicinal e ritual de espécies vegetais nos terreiros de Mina em São Luís a partir da compreensão da eficácia simbólica e fisiológica.

ESPECÍFICOS:

- Efetuar o levantamento dos principais terreiros de Tambor Mina em São Luís (MA, Brasil);
- Coletar amostras das plantas utilizadas para uso ritual e medicinal, bem como identificá-las e classificá-las pelo seu uso e tipo;
- Analisar a forma de preparo de remédios;
- Observar o ambiente no entorno dos terreiros e compreender a importância da preservação ambiental para a sobrevivência dessas religiões e
- Entender como uma visão de mundo externa, cuja dimensão encontra-se além do empirismo farmacológico, pode contribuir para a expansão da produção do conhecimento das ciências farmacêuticas.

II. Sumário do projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem etnográfica. O protocolo está instruído com a seguinte estrutura: Currículos Lattes da equipe executora; Folha de Rosto; cópia impressa e em CD do projeto de pesquisa e TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) de acordo com as disposições de Resolução 466/12. E foi solicitado pelos pesquisadores e acatado por este comitê, a dispensa da Carta de Anuência, em função da especificidade da pesquisa.

Justifica-se o presente projeto por meio da necessidade de realizar uma aproximação dialógica desta religião com as ciências naturais, mais precisamente as ciências farmacêuticas, no sentido de que o conhecimento popular pode contribuir para construir novos olhares que a ciência desconstruiu ao longo do tempo, e assim fazer uma ruptura do pensamento fragmentado e simples para que seja possível convergir conhecimento científico e conhecimento popular, a tal ponto que seja reconhecido que ambos são importantes, que se completam e que se justapõem.

Na metodologia indica-se: realização de levantamento bibliográfico sobre a temática, a observação “in loco”, realização de entrevistas que serão gravadas e a realização de outros registros de imagens, coleta, classificação e análise de exemplares botânicos utilizados nos terreiros selecionados, que serão organizados através de exsiccatas, que receberão um tratamento interpretativo, de acordo com as características da pesquisa qualitativa.

Na metodologia, os locais de pesquisa, principais terreiros de Tambor de Mina, serão selecionados a partir de dois critérios, que são: maior tempo de fundação (antiguidade) e sua grande contribuição para a preservação da cultura e memória dos negros em São Luís, no Maranhão e no Brasil, considerando-se a ampla literatura sobre o tema, com enfoque nos principais autores da área. Os pesquisadores caracterizaram a população em estudo, babalaôs ou sacerdotes; adotarão como critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa, aqueles que sejam maiores de 18 (dezoito) anos e que exerçam o sacerdócio há mais de dez anos nas instituições religiosas em pauta; e o tamanho da amostra não foi determinado, uma vez que se trata de amostra de conveniência.

O período provável de realização da pesquisa de campo ocorrerá no primeiro semestre de 2014, após aprovação do projeto no CEP-SEMUS, podendo ser iniciada em março de 2014, sendo finalizada em janeiro de 2015.

III. Comentários do relator:

Considerando os princípios fundamentais da Bioética, a legislação brasileira e as normatizações de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, tanto as nacionais quanto as internacionais, observa-se que:

- O projeto carece de revisão ortográfica em alguns trechos, nos quais constam erros ortográficos, falta de concordância verbal e nominal.
- É necessário realizar uma pequena correção no endereço de e-mail do CEP, com a inserção da letra l, antes do @, obtendo-se a seguinte grafia: cepsemussl@gmail.com.

IV. Pendências

Não há pendências.

V. Parecer Consubstanciado do CEP

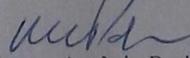
Deste modo, de acordo com o relato acima exposto, o protocolo 2013.02.27.11-92 referente ao projeto de pesquisa intitulado: **o uso ritual e medicinal de plantas no Tambor de Mina em São Luís-MA-Brasil: uma proposta de diálogo entre ciência e religião** é considerado por este CEP como aprovado.

obs.

- 1) As pendências são impeditivas para o início da pesquisa e o prazo para supri-las junto ao CEP é de até sessenta dias, a contar da data de hoje.
- 2) As recomendações não são impeditivas para o início da pesquisa, no entanto, devem ser satisfeitas até a entrega do primeiro relatório da pesquisa, a ser entregue no prazo de até um ano, a contar desta data.
- 3) V. Sa deve encaminhar regularmente relatórios parciais e finais conforme as datas indicadas por esse comitê, preenchidas devidamente em formulário específico. No caso de trabalhos de conclusão de curso, monografias, dissertações ou teses, acrescente uma cópia gravada em CD ROM, formato PDF ao relatório final.
- 4) Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa está desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congressos, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a Finalização da Pesquisa.

VI. Data da reunião do CEP: 13/03/2014

CEP SEMUS. Endereço: Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000 - Parque do Bom Menino - Centro. Telefone: (98) 3214 7303. cepsemussl@gmail.com



Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Coordenador do CEP-SEMUS

PORTARIA SEMUS N. 10 de 23 de janeiro de 2012
Dignidade humana como fundamento da ciência

ANEXO B

Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006

Edição Número 84 de 04/05/2006

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 971, DE 3 DE MAIO DE 2006

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas

corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde - SUS - PNPIC

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde;
- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";
- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;
- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretária Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;
- 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares";
- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);
- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia";
- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;
- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhenjiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neuroreativas ou "pontos de acupuntura" foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (liangong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País.

Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a puntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e

Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em

2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma portante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;
- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;
- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e
- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado "A Homeopatia que queremos implantar no SUS". Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

(ANVISA).1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;
- o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: "o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares"; a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e

expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas";

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: "integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos";

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se "investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica".

a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a "definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País";

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e

Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersectorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Mediciniais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa

população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
- estabelecimento de mecanismos de financiamento;
- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e
- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.
- Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.
- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

- Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à

educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA 1

Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF Além disso, será função precípua desse profissional - atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos;

- atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e
- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde - individuais e coletivas na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.
2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.
3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.