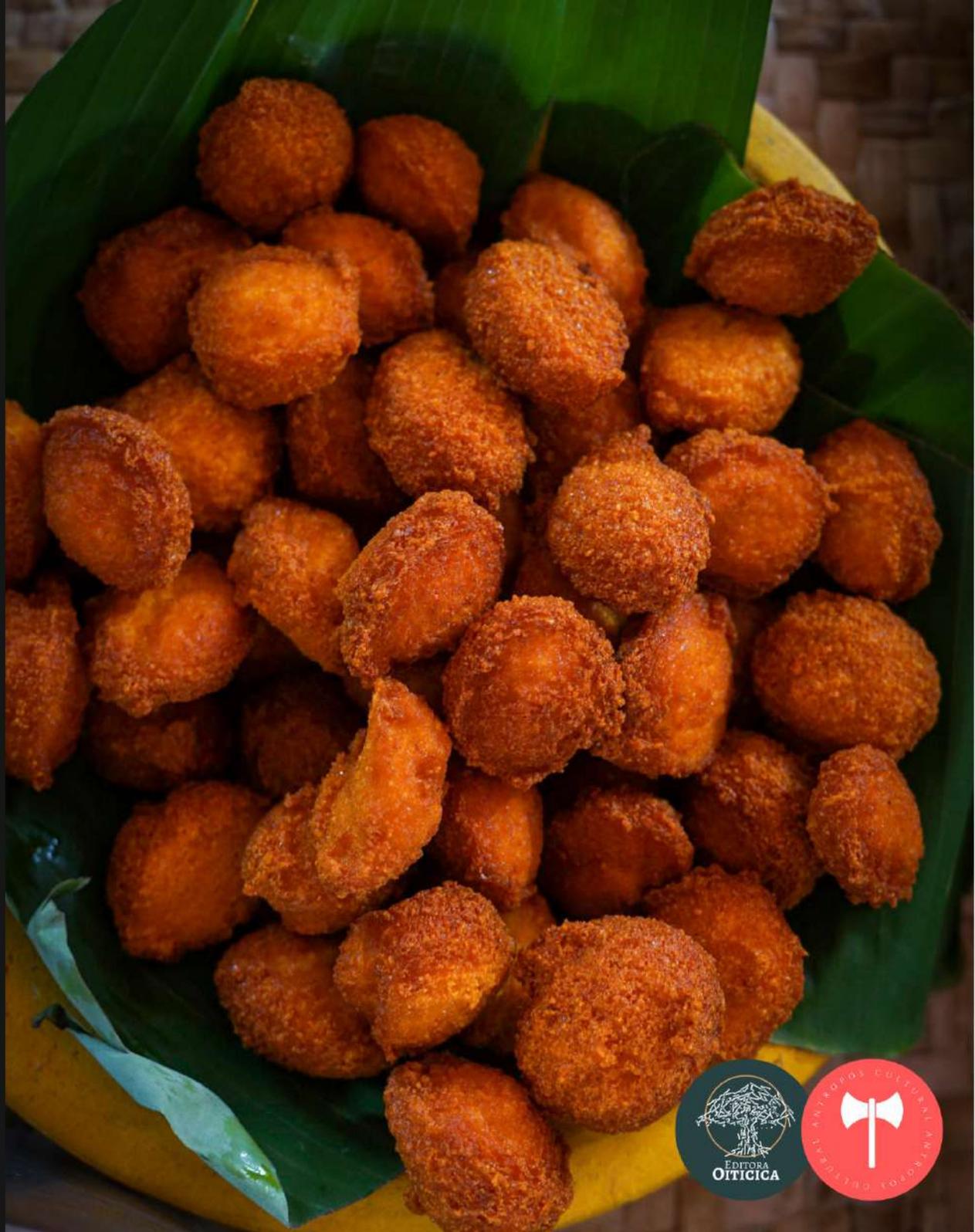


Geraldo Barboza de
Oliveira Junior (Org.)

NEGRITUDE POTIGUAR

VOL. 8 - SAÚDE E NUTRIÇÃO





Copyright © 2023, Editora Oiticica, alguns direitos reservados

Copyright do texto © 2023, os autores

Copyright da edição © 2023, Editora Oiticica



Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercialSemDerivações 4.0 Internacional - CC BY-NC (CC BY-NC-ND). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Editora Oiticica pelos autores e organizadores desta obra. O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade dos seus autores, não representando a posição oficial da Editora Oiticica.

contato@editoraoiticica.com.br | www.editoraoiticica.com.br
João Pessoa, PB

CONSELHO EDITORIAL

Ana Karine Farias da Trindade Coelho Pereira (UFPB)

Danielle Fernandes Rodrigues (UFPB)

Geraldo Barboza de Oliveira Junior (UFPI)

Hieny Quezzia de Oliveira Bezerra (FCU)

José Gláucio Ferreira de Figueiredo (UFCC)

José Moacir Soares da Costa Filho (IFPB)

José Nikácio Junior Lopes Vieira (UFPB)

Julyana de Lira Fernandes Gentile (FCU)

Larissa Jacheta Riberti (UFRN)

Luiz Gonzaga Firmino Junior (UFRN)

Mayara de Fátima Martins de Souza (PUC/SP)

Wendel Alves Sales Macedo (UFPB)



SELO EDITORIAL

ANTROPOS CULTURAL

– O selo editorial ANTRÓPOS CULTURAL traz como proposta a publicação de livros sob uma ótica da difusão do conhecimento, respeitando tanto o saber acadêmico como o popular.



NEGRITUDE POTIGUAR, vol. VIII: saúde e nutrição

Organizador:

Geraldo Barboza de Oliveira Junior

Editor:

Heitor Augusto de Farias Oliveira

Capa:

Artur Seabra (fotógrafo documentarista, graduando em Ciências Sociais UFBA)

Autores:

Geraldo Barboza de Oliveira Junior

Antonio Alves Filho

Carolina Araújo Damásio Santos

Francisca Luciene da Silva

Jáder Ferreira Leite

Magda Dimenstein

Rayane Larissa Santos de Araújo Monteiro

Tayane Sahara Medeiros de Oliveira

André Vicente e Silva

Candida Dantas

Cidileide Bernado da Silva

Irene de Araújo Van Den Berg Silva

João Paulo Macedo

Maria Emanuely Martins

Rychelmy Imbiriba Veiga (Esutobi)

Victor Hugo Belarmino

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Negritude Potiguar [livro eletrônico] : saúde e nutrição / organização Geraldo Barboza de Oliveira Junior. -- João Pessoa, PB : Antropos Cultural, 2023. -- (Negritude Potiguar ; 8)
PDF
Vários autores.
Bibliografia.

ISBN 978-65-996510-8-3

1. Candomblé (Culto) - Rituais 2. Culinária afro-brasileira 3. Comunidades quilombolas
4. Nutrição - Aspectos sociais I. Oliveira Junior, Geraldo Barboza de. II. Série.

23-170062

CDD-299.6

Índices para catálogo sistemático:

1. Candomblé : Alimentos : Religiões afrobrasileiras 299.6
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



A carne

Marcelo Yuka, Ulisses Cappelletti e Seu Jorge

A carne mais barata do mercado é a carne negra
Que vai de graça pro presídio
E para debaixo de plástico
Que vai de graça pro subemprego
E pros hospitais psiquiátricos
A carne mais barata do mercado é a carne negra
Que fez e faz história
Segurando esse país no braço
O cabra aqui não se sente revoltado
Porque o revólver já está engatilhado
E o vingador é lento
Mas muito bem-intencionado
E esse país
Vai deixando todo mundo preto
E o cabelo esticado
Mas mesmo assim
Ainda guardo o direito
De algum antepassado da cor
Brigar por justiça e por respeito
De algum antepassado da cor
Brigar bravamente por respeito
De algum antepassado da cor
Brigar por justiça e por respeito
De algum antepassado da cor
Brigar, brigar, brigar
A carne mais barata do mercado é a carne negra



Assim, as explicações fáceis que tomam, ou tornam, desigualdades socioeconômicas, baixa escolaridade, extração, geração, religiosidades, e remetem a credices, crenças etc., têm sempre que ser problematizadas e colocadas em questão, para que se abracem compreensões mais finas, que deem conta da diversidade, da lógica e da legitimidade desses modos outros de perceber o sofrimento, a dor, a perturbação e atuar sobre eles. De modo a perceber, enfim, que não há credices nesse mundo, mas concepções legítimas, e todas elas a seu modo belas, e que a única crença cega com que se lida nesse caso é a da eficácia única da ciência e da medicina – que se deve desarmar para se conhecer de fato as razões do outro, sua concepção de saúde e de integridade da pessoa que se busca reconstituir.

Clarice Cohn



APRESENTAÇÃO

[...] um cuidar em saúde que não seja etnocêntrico, isto é, que não se centre apenas no modelo biomédico de cuidado centrado em um saber biomédico. O cuidado em saúde se configura, portanto, como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas, de crenças, de ritos, de diversidade cultural de saberes entre médicos e pacientes, revelando, assim, que o modelo biomédico sobre o processo saúde-doença-cuidado é apenas uma das lógicas possíveis.

Hebert Santos et al.

Pensar as questões de saúde & nutrição no universo afro-brasileiro implica, desde o início, numa busca por um olhar que fuja ao etnocentrismo. É fácil imaginar a aura de poder que existe em torno dos profissionais que tratam da saúde humana (incluindo os agentes de saúde *não oficiais*). Nosso maior desafio é aceitar as práticas não acadêmicas como um modo não oficial de promoção à saúde. Em ambos os modos existem erros e acertos. Este volume está dividido em duas partes: a primeira parte – os quatro primeiros capítulos - é sobre Saúde com textos que abordam questões de práticas de saúde em comunidades quilombolas; a segunda parte – com mais cinco capítulos – é sobre Nutrição com textos sobre alimentação *sacra* do Candomblé.

O primeiro capítulo, “Antropologia da saúde: Uma contribuição aos programas de assistência à saúde pública nas comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte”, de Geraldo Barboza de Oliveira Junior, já publicado anteriormente em uma revista acadêmica (Kwanissa), coloca uma



crítica aos Programas de Saúde Familiar – PSF no Rio Grande do Norte e, vai mais além, com uma proposta de execução de uma prática médica que valorize o diálogo e a troca de saberes.

O segundo capítulo “Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural” de Magda Dimenstein *et al* (um grupo de sete psicólogos) que vem, também, promulgar por um diálogo que aborde questões socioculturais (desigualdades e racismo) como um dos componentes da saúde mental a ser considerado.

O terceiro capítulo “Eu não tinha a menor ideia do que eu podia aprender aqui...”: Educação das profissões da saúde e competência cultural” de Carolina Araújo Damásio Santos, médica (doutoranda em saúde coletiva) e mostra seu trabalho de saúde em uma comunidade quilombola. O exemplo desse programa executado é basilar para atividades na área de saúde em territórios de populações tradicionais. Instigante é a palavra definir o que foi feito.

O quarto capítulo “Saúde da mulher negra do Quilombo de Capoeiras dos Negros” de Cidileide Bernardo da Silva é seu trabalho de conclusão do curso de Gestão em Políticas Públicas. Agregue o fato de que a autora é quilombola.

O quinto capítulo “Avaliação do consumo alimentar de estudantes da comunidade quilombola Negrosdo Riacho no município de Currais Novos, no Rio Grande do Norte, Brasil”, de Rayane Larissa Santos de Araújo Monteiro nos brinda com informações importantes que devem ser absorvidas nas políticas de saúde.

O sexto capítulo “Candomblé: práticas alimentares e possíveis repercussões sobre o estado nutricional de seus adeptos” da nutricionista Tayana Sahara Medeiros de Oliveira (seu trabalho de conclusão de curso) é



uma reflexão sobre o bem-viver no cotidiano do Candomblé representado no estado de saúde alimentar dos adeptos.

O sétimo capítulo “Comida de santo: resistência e representação do sagrado pela culinária” de André Vicente e Silva (historiador e artista plástico) mostra o sagrado da *Comida de Santo* numa relação com a identidade (religiosidade) negra e suas formas de resistências.

O oitavo capítulo “A festa de Olubajé e a importância do ajeun: uma reverência ao Senhor da Saúde” de Francisca Luciene da Silva e Irene de Araújo Van Den Berg Silva é uma etnografia de um dos rituais do Candomblé que acontece numa relação com a saúde. O banquete é parte de um mito africano que, além de mostrar o universo sagrado de um Orixá – Obaluaê - revela estética, etiqueta e nutrição em si.

O nono capítulo “A feijoada de Ogum: o legado de pai Procópio para os terreiros afro-brasileiros” de Rychelmy Imbiriba Veiga (Esutobi) mostra o ritual incorporado ao Candomblé brasileiro a partir de uma promessa de Pai Procópio de Ogunjá (anos 1920 na Bahia) de oferecer uma feijoada às pessoas para compensar uma indelicadeza sua ter negado comida a uma pessoa.... Na atualidade, o Candomblé brasileiro festeja Ogum com uma feijoada que foi, assim, sacralizada como comida-de-santo.

A satisfação de ler textos tão próximos não se compara a mesma satisfação de organizar a fazer parte desse coletivo que se propõe pensar a saúde e a nutrição comungando o conhecimento e a prática acadêmica com a prática tradicional a partir do universo das religiões afro-brasileiras.

Laroyê!

Atotô!

Geraldo Barboza de Oliveira Junior



PREFÁCIO [SAÚDE]

Primeiramente, gostaria de agradecer o convite do autor desta obra com envolvente temática e pela forma como apresenta as reflexões sobre a importância de se discutir esse tema nos cursos de saúde a partir do olhar de um antropólogo.

Conheci o Geraldo Barboza durante nossos diálogos de troca de saberes na disciplina Interdisciplinaridade Saúde Ambiente e Desenvolvimento Humano do curso de Doutorado no Prodem. Durante as suas falas e participações já se percebia o domínio e compromisso com as questões vividas pelas comunidades quilombolas.

Nesta edição dedicada à Saúde e Nutrição, o autor demonstra a necessidade de “compreender que a condição raça/cor e etnia influenciam diretamente a condição de vida e de saúde dessa população”. Embora as políticas planejadas e implementadas em nosso país, contemplem lacunas e debilidades no acesso ao sistema de saúde para esse grupo populacional. Esta obra traz reflexões que possibilitarão redirecionamentos e talvez novos olhares para questões já amplamente conhecidas e discutidas.

As questões abordadas aqui, sobre os acesso da população negra aos serviços de saúde, as questões culturais envolvidas e os problemas de saúde das pessoas desses territórios são de uma singularidade que não podem ser invisibilizados nos currículos dos cursos de saúde e, conseqüentemente de suas práticas profissionais futuras.



Este livro contribuirá para uma construção coletiva de troca de saberes e guiará uma necessária transformação social que há séculos estamos devendo. Os cursos de saúde poderão inserir essa obra em seus componentes curriculares e, assim possibilitar um novo olhar sobre a atenção a saúde dessas populações.

Emocionei-me com a profundidade do conteúdo aqui presente e que seja assim com todos os leitores.

Recife/PE, março de 2023

Solange Laurentino.



PREFÁCIO [NUTRIÇÃO]

Este oitavo volume da série NEGRITUDE POTIGUAR, aborda tema da saúde e nutrição evidenciando as particularidades – tantas vezes (e mais uma) – despercebidas das comunidades tradicionais e afrodescendentes pelo Estado, e volta os olhos para as quebras de paradigmas, de preconceitos e a reivindicação real de seus direitos.

Independentemente do fato do atendimento geral deficiente em hospitais e clínicas públicas, é também fato que o acesso das famílias de comunidades tradicionais às políticas públicas de saúde conecta-se às questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais, e, especificamente à saúde de afrodescendentes, com características genéticas que acarretam, inclusive, doenças mais fortuitas nesta grande parte da população.

A Carta de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) parece-nos uma utopia quando se observa o acesso da população negra:

1. “Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.” (...)



Estes “direitos de papel” esbarram em dados quantitativos e qualitativos de atendimentos e corroboram para a necessidade da implantação efetiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), incluindo práticas médicas que valorizem a troca de saberes tradicionais, quebrando paradigmas biomédicos. Ao trazer a Antropologia para as academias de área de saúde, a visão macro da cultura afro-brasileira desperta uma humanização dos profissionais de saúde para atender a esta grande parcela de brasileiros.

Também é fato que nos atendimentos de saúde a negras e negros, a discriminação e o preconceito ocorrem, provocando os “males da alma” (estresse, ansiedade, depressão) da mesma forma não cuidados e atendidos na sua peculiaridade.

Os múltiplos aspectos de interseção da saúde com a antropologia, o racismo, a desigualdade, as práticas médicas que contemplem as competências culturais, abordados nos textos deste livro, trazem ao leitor o reforço das lutas permanentes da população negra brasileira para consolidar políticas públicas nas diversas instâncias com ações que reconheçam as suas particularidades culturais, sociais e econômicas.

Caicó/RN, março 2023.

Adriana Lucena

SUMÁRIO

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE:

UMA CONTRIBUIÇÃO AOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Geraldo Barboza de Oliveira Junior | 27

DESIGUALDADES, RACISMOS E SAÚDE MENTAL EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA RURAL

Magda Dimenstein, Victor Hugo Belarmino, Maria Emanuely Martins, Candida Dantas, João Paulo Macedo, Jáder Ferreira Leite, Antonio Alves Filho | 51

“EU NÃO TINHA A MENOR IDEIA DO QUE EU PODIA APRENDER AQUI...”

EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE E COMPETÊNCIA CULTURAL

Carolina Araújo Damásio Santos | 85

SAÚDE DA MULHER NEGRA DO QUILOMBO DE CAPOEIRAS DOS NEGROS

Cidileide Bernado da Silva | 130





AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DA COMUNIDADE QUILOMBOLA NEGROS DO RIACHO NO MUNICÍPIO DE CURRAIS NOVOS, NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

Rayane Larissa Santos de Araújo Monteiro | 148

CANDOMBLÉ: PRÁTICAS ALIMENTARES E POSSÍVEIS REPERCUSSÕES SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DE SEUS ADEPTOS.

Tayane Sahara Medeiros de Oliveira | 167

COMIDA DE SANTO: RESISTÊNCIA E REPRESENTAÇÃO DO SAGRADO PELA CULINÁRIA

André Vicente e Silva | 188

A FEIJOADA DE OGUM: O LEGADO DE PAI PROCÓPIO PARA OS TERREIROS AFRO- BRASILEIROS

Rychelmy Imbiriba Veiga (Esutobi) | 223

A FESTA DE OLUBAJÉ E A IMPORTÂNCIA DO AJEUN: UMA REVERÊNCIA AO SENHOR DA SAÚDE

Francisca Luciene da Silva , Irene de Araújo Van Den Berg Silva | 271

AUTORES



Geraldo Barboza de OLIVEIRA JUNIOR (Organizador). Antropólogo. Bacharel em Ciências Sociais (UFRN) e Mestrado em Antropologia Social (UFSC). Doutorando em Desenvolvimento e Meio Ambiente (UFPI-PRODEMA). Cursou também Economia (UFRN), Direito (UNP) e Doutorado em Demografia, mas não concluiu. Professor em faculdades privadas e pesquisador voluntário no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte-IFRN no Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros e Indígenas – NEABI e Núcleo de Estudos de Gênero, Educação e Identidade – NEGEDI). Consultor em Programas de Desenvolvimento: Banco Mundial, Governos Estaduais e Municipais. Assessor voluntário em Comunidades Quilombolas no RN e Ogã no Ilê Axé Ojisé Olodumare (Casa do Mensageiro), Bahia.

André Vicente e SILVA. Artista Plástico. Possui graduação em História, Especialização em História e Cultura Africana e Afro-Brasileira e Mestrado em História, cursos realizados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN/CERES – campus de Caicó.

Magda DIMENSTEIN. Professora Titular vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN. Graduada em Psicologia pela UFPE (1986), Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RJ (1994) e Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1998). Realizou estágio Pós-Doutoral em Saúde Mental na Universidad Alcalá de Henares (Madrid/Espanha, 2010) e em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação



em Saúde Pública da UFC (2018). Atua na área de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental, Atenção Primária e Psicossocial. Participa do grupo de pesquisa Modos de subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidades/UFRN (diretório de GP/CNPq) e do GT/ANPEPP Políticas de subjetivação e invenção do cotidiano

Victor Hugo BELARMINO. Graduado, Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista de Pós-Doutorado do CNPq (2023). Pesquisadora colaborador do Grupo de Pesquisa Modos de Subjetividade, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade (diretório do GP/CNPq). Está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN. Nos interessamos pelos seguintes temas: saúde mental, políticas públicas, gênero e sexualidade, territorialidades, direitos humanos, rural-urbano.

Maria Emanuely MARTINS. Psicóloga e Mestranda em Psicologia pela UFRN. Atuou nas áreas de Psicologia Comunitária, Escolar e na área da Assistência Social. Atualmente integra o GEPA e o obPALA. Possui interesse em estudar aspectos que concernem a relação que mulheres negras possuem com os territórios que habitam, bem como suas estratégias de resistência e potência de vida.

Cândida Maria Bezerra DANTAS. Possui graduação (2003) e mestrado (2007) em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, doutorado em Psicologia Social também pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2013) e pós-doutorado pela Universidade Federal do Ceará (2019). É Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e membro permanente do Programa de Pós-



graduação em Psicologia da UFRN. Vinculada ao grupo de pesquisa Modos de subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidades (diretório de GP/CNPq) e ao GT/ANPEPP Políticas de subjetivação e invenção do cotidiano. Possui experiência acadêmica e em pesquisa em Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: feminismos, política, relações de gênero e contextos de vulnerabilidade.

João Paulo Sales MACEDO. Professor da Universidade Federal do Delta do Parnaíba - UFDPAr. Graduado em Psicologia pela Faculdade Santo Agostinho (2004), Mestre (2007) e Doutor (2011) em Psicologia pela UFRN. Atua na área de Políticas Públicas no âmbito da Saúde, Assistência Social e do Ensino Superior, envolvendo a formação em saúde e o debate sobre ações afirmativas na pós-graduação. No tocante a Psicologia seu foco de investigação é a interface com a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, com foco na formação e prática da/o psicóloga/o nas políticas públicas, evidenciando a interiorização da profissão e sua presença junto aos contextos rurais e povos tradicionais.

Jáder Ferreira LEITE. Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (1998); mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2003), doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2008) e estágio pós-doutoral junto ao Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) da Universidade Federal do Ceará (2014) e ao Grupo de Estudos Gênero e Masculinidades (GEMA) da Universidade Federal de Pernambuco (2020). É professor associado II, vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atua no campo da Psicologia social e política a partir dos



temas: movimentos sociais e contextos rurais, produções de sentidos e ruralidades.

Antônio ALVES FILHO. Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN (1993); mestrado em Administração (1999) e doutorado em Psicologia (2012) também pela UFRN. Professor do curso de Administração e do curso de Administração Pública da UFRN na área de Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional. Também, é professor do Programa de Pós-graduação em Gestão Pública - PPGP/UFRN, mestrado profissional. Pesquisa e tem interesse por temas ligados a gestão de pessoas e comportamento organizacional.

Carolina Araújo Damásio SANTOS. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2008). Tem residência médica em Infectologia (2012) pela UFRN. Atua como preceptora e médica infectologista na urgência do Hospital Giselda Trigueiro-Natal/ RN. Preceptora médica do Centro de Saúde Anita Garibaldi (Instituto Santos Dumont) onde coordena o ambulatório de doenças infecciosas na gestação e ministra disciplina de competência cultural, atuando na formação dos alunos de medicina da UFRN (Natal) e da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM-UFRN), residentes de ginecologia e obstetrícia, e residência multiprofissional da pessoa com deficiência. Mestre pelo programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutoranda em Saúde da Criança e Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Idealizadora do projeto "A Arte de Nascer- iniciativa de humanização durante a gestação e nascimento", vencedor das competições internacionais "Young Champions of Maternal Health" em 2010 e "Projects That Work" em 2015 e autora dos livros "A Arte de Nascer-12 encontros para formação de saúde em gestantes" (2010) e "A Arte



de Nascer-para mães e bebês" (2012). Realizou treinamento em empreendedorismo social junto a Ashoka Sahel na África Subsaariana entre 2010 e 2011, quando adaptou o projeto A Arte de Nascer para ser replicado em ONGs do Mali.

Cidlleide Bernardo da SILVA. Graduada em gestão Pública pela UNP (Universidade Potiguar) do RN, Quilombola da Comunidade de Capoeiras Município de Macaíba, Militante do Movimento Negro e Quilombola do RN, Militante do Movimento de Matriz Africana e Ameríndio do RN, foi Representante Estadual da CONAQ (Coordenação Nacional das Comunidades Quilombola), foi Militante da Kilombo (Organização Negra do RN), trabalhou na Federação de Umbanda e Candomblé do RN, atualmente é Presidenta da Associação das Mulheres Quilombolas de Capoeiras e Coordenadora Administrativa da AZULMATA (Associação Multicultural do RN).

Tayane Sahara Medeiros de OLIVEIRA. Bacharel em Nutrição pela Universidade do Rio Grande do Norte (2016). Comunicadora na I Mostra de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.

Rayane Larissa Santos de Araújo MONTEIRO. Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2017). Atualmente é subcoordenadora gestão da educação na saúde - Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. , atuando principalmente nos seguintes temas: consumo alimentar, comunidade quilombola, hábitos alimentares, escolares e saúde coletiva.

Francisca Luciene da SILVA. Graduada e pós-graduada em Ciências da Religião pela universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Como cientista



tem estudado, desde a formação inicial a temas ligados ao fenômeno religioso com ênfase em grupos religiosos de matriz africana e afro-ameríndia, suas práticas, costumes, memórias, patrimônios e tradições. Sou Yalorixá, ativista do Movimento Negro, além de participar ativamente em diversos setores da sociedade civil enquanto movimento social.

Irene de Araújo Van Den Berg SILVA. Graduada em Ciências Sociais (2000), mestrado em Ciências Sociais (2003) e doutorado em Ciências Sociais (2010), todos pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é professor Adjunto IV da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte atuando com ensino e pesquisa em projetos de interface entre Ciências Sociais, História, Educação e Turismo. Na área de Antropologia atua nos seguintes temas: religião, etnografia, tradição, cultura popular, movimento carismático, Ensino Religioso, Turismo Religioso, História das Religiões e memória. Dirigiu de 2014 a 2017 o Complexo Cultural da UERN e atualmente coordena a Escola da UERN - EdUCA, departamento de ações de extensão.

Rychelmy Imbiriba VEIGA (Esutobi). Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2009). Mestre em Estudos Étnicos e Africanos pelo Programa Interdisciplinar de Pós-graduação do Centro de Estudos Afro-Orientais da Universidade Federal da Bahia. Doutorando em Antropologia na Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Religiosidades e Educação, com ênfase em Cultura Afro-Brasileira. É o autor dos Livros: "Um Menino da Bahia: em busca de Pai Procópio de Ogunjá", "Caos, elos e recomeços: o amor ao Orixá" e "1000 + 1 faces de Ésú". É Presidente da Associação Afro Cultural Casa do Mensageiro. Atualmente, atua como professor efetivo da Rede Municipal de Ensino de Mata de São João, na Bahia, e como curador-chefe do Museu Afro-Brasileiro Pai Procópio do Ogunjá.



Beatriz Fernandes da Cruz. De empregada doméstica a Enfermeira no Sertão do semiárido. Foi a primeira enfermeira da Comunidade da Boa Vista dos Negros, Parelhas, RN. É sua a frase: *a partir de 1940, passamos a existir, viramos eleitores...*



RAÇA

João Batista Morais Neto (João da Rua)¹

O padre Caldas
orangotango da corte
entre arcádia e a rua
com sua Viola de Lerenó
faz irromper sua fúria branda

Cruz e Sousa
fascina-se pelas imagens brancas
e pela assepsia das formas
mas em seu emparedamento
afirma sua negra dor

O mulato Lima
vivendo na fronteira
em que álcool, loucura e miséria
formaram um molotov de adversidades
detonou o mundo medíocre de sua época
sendo “pobre, mulato e livre”

Gil
de refazenda e realce
da Refavela ao poder
afirma seu brilho de canto e discurso

¹ Poeta, escritor e professor. Autor de “Temporadas dos ingênuos”, e “Veneno do silêncio” e outros livros.



a cintilação de palavra e gesto
em cores vivas

Machado
ah! O Bruxo!
esse sublimou



**SAÚDE DO CORPO E
DA ALMA**



**ANTROPOLOGIA DA SAÚDE:
UMA CONTRIBUIÇÃO AOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE PÚBLICA NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO ESTADO
DO RIO GRANDE DO NORTE**

Geraldo Barboza de Oliveira Junior

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO AOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Geraldo Barboza de Oliveira Junior

“...é mais que plausível que a saúde dos negros possa sofrer por causa do preconceito e da discriminação, provocando depressão, estresse e tristeza, por um lado, e, por outro, possivelmente, atendimento deficiente em hospitais e clínicas. Mas essa relação, objetivamente verificável entre aparência e sofrimento, não é discutida, talvez porque não indique uma constituição, uma essência específica dos mais escuros, nem biológica nem culturalmente, mas, isto sim, uma relação complexa e contraditória entre os mais claros e os mais escuros. Segue, portanto, que a eliminação desse problema depende não necessariamente da celebração das diferenças raciais, mas certamente de ações desdobradas contra o preconceito e a discriminação.” (FRY, 2004:129)

INTRODUÇÃO

Este texto que tem por objetivo chamar a atenção sobre a questão da saúde pública em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Norte: doenças étnicas e atuação do programa de saúde da família, foi motivado pelo trabalho que desenvolvi para o Núcleo de Estudos Sobre Desenvolvimento Territorial (NEDET/PPGCS/UFRN) no ano de 2017. Esta

pesquisa resultou em uma publicação abordando o acesso das famílias de comunidades tradicionais às políticas públicas. Aliado a este momento, adiciono minha pesquisa pessoal (desde 1989) de mapeamento das comunidades quilombolas e, também minha intervenção, enquanto profissional da Antropologia, em processos de identificação, reconhecimento e certificação em sete comunidades no Estado do Rio Grande do Norte a partir de 2015.

No ano de 1992 atuei como antropólogo no Projeto de Saúde Yanomami, no Estado de Roraima. Nesta ocasião, me vi envolvido com a antropologia da saúde fazendo parte de um projeto multidisciplinar. Durante o período de 2000 até 2004 fui docente em uma instituição de ensino superior em cursos de graduação na área de saúde (lecionando antropologia e sociologia) e, também, de 2005 até 2010 docente em cursos de pós-graduação nas áreas de saúde e meio ambiente em outras universidades em diversos estados da região Nordeste.

Voltando à publicação sobre o acesso às políticas públicas me chamou atenção o fato da inexistência de um nexo entre os programas elaborados para indígenas e quilombolas pelo Ministério da Saúde e a atuação da Secretaria de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte.

De acordo com o Manual que aborda doenças comuns na População Brasileira Afrodescendente elaborado pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília:

“A atual frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população brasileira afrodescendente é influenciada por características de ordem genética e ainda fortemente por fatores socioeconômicos que incluem o regime de escravidão vivido até o final do século XIX e a posterior situação de

exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela dessa população.” (BRASIL, 2001:09)

O Manual ainda ressalta que *“Existe, portanto, a necessidade de se aferir objetivamente as condições de saúde da população afro-brasileira e, neste sentido, os estudos que devem proporcionar evidência causal são escassos ou inapropriados.”* (BRASIL, 2001:10)

As comunidades quilombolas despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais. É preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Mas sem perdermos de vista que a universalidade do SUS para toda a população brasileira ainda não se efetivou na prática.

“Estas comunidades em sua maioria encontram-se em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda com atividades econômicas predominando a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. Configuram-se assim como uma população altamente vulnerável o que reflete nos indicadores de saúde”. (CARDOSO, 2018:1038)

A importância do recorte étnico/ racial na assistência e na atenção em saúde relativa às doenças e às condições de vida da população negra, permite que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde. *Estudar as populações quilombolas envolve compreender que a condição de raça/cor e etnia influenciam diretamente a condição de vida e de saúde dessa população.* (FRANCHI, 2018:03)

Neste sentido, o mapeamento das condições de saúde destas populações, no estado do RN, surge como complemento à pesquisa realizada

pelo antropólogo Geraldo Barboza de Oliveira Junior para o Núcleo de Desenvolvimento Territorial do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 2017. (COSTA e OLIVEIRA JUNIOR, 2017)

Trata-se de uma demanda histórica para a política de assistência à saúde pública. Dados quantitativos e qualitativos que descrevam e caracterizem as formas de organização social, econômica, cultural e de saúde desses povos são fundamentais para a oferta de serviços adaptados à realidade destas famílias, bem como, a efetiva implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta política específica é resultante da compreensão atual que,

Há algumas décadas, estudos vêm chamando a atenção para a existência de agudas iniquidades raciais em saúde no Brasil. O reconhecimento deste quadro levou a um intenso debate que resultou, não sem a resistência e protestos de setores diversos, na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN. A PNSIPN – que já vinha sendo discutida desde 2001, mas só seria aprovada em 2008 na Tripartite e publicada pela Portaria 992, de 13 de maio de 2009 – reafirmou os princípios do Sistema Único de Saúde, em especial, o princípio da equidade, que pressupõe a priorização da atenção em saúde “em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (SANTANA et ali, 2019:11)

O mesmo documento destaca, como primeiro item de suas diretrizes gerais, a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde”; e, no terceiro



item, destaca o “incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra”. O documento apresenta, ainda, em seu terceiro objetivo específico, a inclusão do tema “Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social”. Mais abaixo, no décimo segundo objetivo específico, pode-se ler: “fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra. (SANTANA et alii, 2019:12)

Assim, pretendo contribuir para o olhar sobre essas comunidades e seu acesso às políticas públicas em relação ao sistema de saúde pública no Estado do Rio Grande do Norte. Em particular, pretendo abordar os dados sobre a incidência das doenças: Anemia Falciforme e Doenças Falciformes, Deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Síndromes Hipertensivas na Gravidez nas comunidades quilombolas aqui no Estado.

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE – ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE UMA INTERLOCUÇÃO NECESSÁRIA

Nesta parte iremos abordar a necessidade de um maior diálogo da Antropologia com os cursos de saúde. Justifico essa abordagem a partir de uma experiência pessoal (por quase uma década) em cursos de graduação e pós-graduação como professor de Antropologia em diversos cursos da área de saúde (odontologia, fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, farmácia e em disciplinas relacionadas à ética e práticas biomédicas em cursos de pós-graduação). Nestes momentos, via dois extremos com os alunos: a completa negação desse diálogo ou uma busca/descoberta de

maiores possibilidades de aplicar o conhecimento e as práticas biomédicas (estes posicionamentos incluíam, também, colegas professores e coordenadores de cursos). Aqui, sigo uma linha que segue três reflexões: a relação da antropologia com a saúde; o acesso da população negra à saúde pública; e, o ensino da antropologia em cursos de saúde.

Uma grande referência teórica para discutir saúde e antropologia no Brasil é de uma antropóloga americana radicada (e que vive no Brasil por mais de trinta anos), Esther Jean Langdon. Esta autora tem artigos de uma importância essencial para os profissionais da área da saúde que pensam além do paradigma biomédico. O texto de LANGDON inicia com uma provocação bem interessante, quando coloca:

Quais são os diálogos possíveis entre a antropologia e a medicina? As antropologias médicas/da doença e da saúde têm-se desenvolvido e consolidado como subespecialidades desde a década de 1960. Porém, o diálogo entre a medicina e a antropologia (e as ciências sociais em geral) não tem sido fácil, nem sempre bem-sucedido, como apontado por análises recentes. (LANGDON, 2014:1020)

Ela nos incita, ainda, assim:

Fundamental na perspectiva antropológica é o deslocamento do olhar sobre o corpo das ciências médicas para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença. (LANGDON, 2014:1020)

E mostra um caminho que este texto vê como método de reflexão e prática, quando cita:





A perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, permite uma análise crítica de três aspectos do processo de saúde/doença que são relevantes para as políticas e os serviços em saúde: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; dinâmicas envolvidas nas práticas de auto atenção em contextos etnográficos específicos; e relações entre biomedicina e práticas locais. (LANGDON, 2014:1020)

Como conclusão para seu pensamento, LANGDON é elucidativa quando coloca as práticas culturais de grupos e pessoas como experimentos motivados por falta de conhecimento, mas como resultantes dos processos hegemônicos e das forças de poder. Para ela, os paradigmas atuais da antropologia da saúde *procuram dar conta das diversas formas através das quais os mais variados sistemas terapêuticos são acionados nos processos de saúde/doença.* (LANGDON, 2014:1027). Esse pensamento inicial mostra o amplo leque que pode surgir numa relação de contribuição da antropologia à saúde pública.

Em outro texto a cultura é abordada enquanto conceito basilar da antropologia e a necessidade deste para os diversos profissionais da saúde que trabalham com pacientes que tem como referencial sociocultural uma diversidade religiosa, econômica, ambientais e étnicas. Assim,

A perspectiva antropológica requer que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas, conhecimentos e atitudes.

A esse procedimento se denomina relativismo cultural. (LANGDON e WILK, 2010:177)

Desta forma, é mister que se considere que,

A doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos. Com esse intuito, cada e todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que se pode denominar sistema de atenção à saúde. (LANGDON e WILK, 2010:178)

Nesse nível de compreensão podemos inferir que o sistema de atenção e saúde é comum aos humanos, de forma cultural e social, e não somente aos profissionais assim treinados. Então, podemos entender que algumas anomalias de saúde são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos. Assim,

Define-se, aqui, sistema social de saúde como aquele que é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes. Comumente, essa dimensão do sistema de atenção à saúde também inclui especialistas não reconhecidos pela biomedicina, tais como benzedeiras, curandeiros, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores e padres, dentre outros. (LANGDON e WILK, 2010:179)



O sistema cultural de saúde ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença.... Por exemplo, arca caída, cobreiro, quebranto e mau-olhado. (MELO et ali, 2018:24)

Como caráter conclusivo, fica a orientação de que os sistemas de saúde sejam vistos através de um viés no qual as variantes culturais não sejam ignoradas ou tratadas de forma pouco valorizada pelos profissionais de saúde; que devem primar por uma postura baseada no relativismo cultural.

Recentemente, uma outra publicação referenda os conceitos de Langdon ao salientar a importância do viés econômico, político e cultural na relação saúde-doença. Para estes autores,

A antropologia voltada para a saúde (CSORDAS, 2003) entende o corpo do paciente que busca auxílio médico como solo existencial do sujeito e da cultura, no qual cada indivíduo experimenta as múltiplas oportunidades de “fazer-se humano” a partir de possibilidades culturalmente ofertadas. Assim, a corporeidade passa a ser não apenas essencialmente biológica, mas também, religiosa, linguística, histórica, cognitiva, emocional e artística, deslocando o eixo da questão da cura para fora da tentativa apenas de eliminar algo indesejado (gordura, tumor, vírus, bactéria, etc.) e colocando-a a partir da transformação da pessoa durante o processo de cura. (LARRUBIA et ali, 2019:29)

Nosso segundo ponto de reflexão vai tratar sobre o acesso da população negra aos serviços de saúde. São inúmeras informações advindas da mídia geral e de militantes do movimento negro que apontam o racismo

estrutural como atitude recorrente nas relações profissionais de saúde x pacientes negros. Em muitos casos, esta desigualdade ocorre, também, no descrédito de profissionais de saúde negros por pacientes (geralmente de classes média e alta). Um dado fundamental (e ignorado) que amplia mais esta situação é que

No Brasil, a população negra compreendeu um contingente de 54% do total no período de 2000 a 2010. Considerando a completude de pretos e pardos, observa-se que ocorreu um aumento percentual significativo dessa população, 27,6%, superior ao crescimento populacional do Brasil nessa mesma década, que foi de 12,3%, percebendo-se ainda uma variação mais relevante quando se comparam pretos (37,6%) e pardos (26,0%). (SILVA et ali, 2019:2)

Isto coloca o sistema de saúde aqui praticado fosse para um outro mosaico étnico. Não carrega a particularidade de ser uma saúde pública brasileira. Trata-se saúde dissociada de questões políticas, econômica e sociais. Neste contexto, é cabível uma reflexão inicial atestando que,

A maioria da população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade. Ainda assim, até recentemente, verificava-se forte resistência à compreensão de que essas disparidades poderiam ser atribuídas, pelo menos em parte, às desigualdades raciais existentes na sociedade brasileira. Somente a partir dos anos 1990, o Brasil passou a reconhecer a diferença racial como um

dos fatores de desigualdade social. (SILVA et ali, 2020:2)

Esta situação, quando relacionada ao acesso aos serviços de saúde deve considerar que,

A população negra brasileira apresenta vulnerabilidades epidemiológicas e sociais que implicam, por exemplo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Essa condição é identificada em muitos estudos brasileiros que também demonstram dificuldades de acesso aos serviços de saúde e estabelecem relação com processos de estigmatização racial. Essas situações geram comprometimento à vida dos indivíduos, no tocante às condições de sobrevivência e saúde. (SILVA et ali, 2019:2)

A conclusão dos autores é que a pouca produção de estudos acadêmicos que discutam essa temática amplia essa desigualdade. Sugerem os autores, ainda, que sejam criadas estratégias que reduzam estas barreiras (sejam estruturais, culturais e/ou econômicas) e favoreçam um sistema de saúde mais igualitário para negros/negras e não negros/não negras. Esta avaliação é corroborada por outros autores, com vemos na seguinte afirmação,

Os resultados aqui apresentados sugerem que, a despeito do relevante marco normativo produzido nos últimos 15 anos sobre a saúde integral da população negra, a temática ainda encontra um conjunto de dificuldades de consolidação no currículo dos cursos de formação dos profissionais de saúde. (SILVA et ali, 2019:2)

Acreditamos que a explanação acima seja justificativa para um programa que possa detalhar e dar especificidades ao que foi colocado no Plano Estadual de Saúde (período 2020-2023) pelo Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Neste documento, a única referência a uma política de saúde que comunga com este artigo está colocada enquanto objetivo estratégico que pretende *promover o acesso da população à vida saudável, por meio da implantação do Programa RN – Saudável*. Para isto, é colocado enquanto meta;

Implementar nas 8 Regiões de Saúde ações de promoção da equidade em saúde às populações em situação de vulnerabilidade de forma integrada, fortalecendo as políticas de atenção integral à saúde – Negros, quilombolas, indígenas, LGBT, dos Campos e Águas, em situação de rua, ciganos e povos de matrizes africanas. (SESAP, 2019:04)

A continuidade deste texto vem ao encontro ao que está sendo mostrado. Acreditamos, ainda, que as sugestões não constituem soluções finais, mas o início de uma relação mais profícua (interdisciplinar e multidisciplinar) entre antropologia e saúde com as comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte.



CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA (CAMPO) A SER ABORDADO NESTE TEXTO

No Estado do Rio Grande do Norte existem 2.953 famílias quilombolas (identificadas no Sistema Cadastro Único (CadÚnico) e usuárias do Sistema Único de Saúde, presentes em 33 comunidades quilombolas, presentes em 22 municípios.

No Estado do RN estas populações são assistidas pelo Programa Saúde da Família, em postos de saúde ou através de visitas semanais. O modelo de saúde utilizado é o convencional. Não se tem como referência a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), vale considerar ainda que:

“Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2007), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (SILVA, 2015:15)

Neste texto estamos considerando quatro categorias de análise que se inter-relacionam: Identidade, desenvolvimento, racismo institucional e saúde das populações negras.

Assim, entendemos que a identidade destas populações, aliada às suas condições socioeconômicas, são permeadas por ações que demonstram um racismo institucional e resultam em qualidades distintas dos serviços de saúde ofertados a estas famílias.

Ao se tratar da identidade destas populações nos vemos frente a um paradoxo; elas são invisíveis em suas especificidades socioeconômicas e

culturais. Sobre Invisibilidade, partimos do conceitual colocado por Ilka Boaventura Leite:

“Ou seja, não é que o negro não seja visto, mas sim que ele é visto como não existente... este mecanismo ocorre em diferentes regiões e contextos, revelando-se como uma das principais formas de o racismo se manifestar. A invisibilidade pode ocorrer no âmbito individual, coletivo, nas ações institucionais, oficiais e nos textos científicos.” (LEITE, 1996:41)

Em relação ao desenvolvimento recorreremos à Antropologia política, em especial, o texto de Gustavo Lins Ribeiro (2008) da relação entre as políticas de desenvolvimento e o poder exercido pelos diversos atores sociais para garantir seus interesses. Chegamos aqui ao conceito de análise de redes sociais.

“Na sociologia, rede social é definida como um conjunto de participantes unidos por ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados, um conjunto de elementos e relações que entre si mantêm atividades de intercâmbio e troca; uma articulação entre diversas unidades que, por meio de certas conexões, intercambiam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente e que podem se multiplicar em novas unidades. (MELO et ali, 2018:24)

Quando se trata **de racismo institucional**, é perceptível uma sequência de fatores que, quando alinhados, expõem o porquê da falta de programas que levem em conta suas especificidades socioeconômicas, culturais; bem como suas práticas de saúde (etnoconhecimento). Se

estabelece uma relação vertical descendente, na qual o profissional de saúde é o detentor da verdade aceitável.

Em se tratando da saúde da população negra, a redução das desigualdades tem ocorrido por uma série de políticas de promoção da equidade, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Uma delas é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cujo objetivo é “garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, como por exemplo, a doença falciforme, miomatose, diabetes tipo 2, dentre outras.

Desse modo, o reconhecimento social e político ocorre em concordância com a análise dos aspectos de vida e saúde da população negra, sendo atrelados à possibilidade de benefícios decorrentes da execução de uma política de saúde organizada.

Neste sentido, o caminho sugerido para se chegar a estes resultados para uma investigação sobre a saúde nas comunidades quilombolas passa, inicialmente, por uma caracterização do perfil epidemiológico das famílias das comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte. Ao que se percebe, não existe nos setores de saúde pública nem, tampouco, na academia um banco de dados que aborde essa temática. Os exames de saúde não têm o recorte étnico/racial em seus resultados e a academia, ao que parece, não tem grupos de pesquisa relacionados à saúde da população negra.

Este contexto cria outras variáveis que conferem estabilidade a este quadro:

- a) A ausência de uma avaliação das doenças comuns nas comunidades quilombolas com as identificadas na literatura sobre doenças étnicas;



- b) A ausência de uma sistematização das doenças recorrentes nestas comunidades; e
- c) A ausência de um modelo de identificação e tratamento para essas doenças.

Como sugestão metodológica, orientamos que um estudo primário seja estruturado a partir de técnicas de pesquisa próprias da Antropologia (pesquisa de campo), da sociologia (análise de dados censitários e diagnósticos). Além de recursos da antropologia visual e pesquisa bibliográfico-documental.

De forma prática sugerimos, enquanto campo de pesquisa-trabalho os postos de saúde das comunidades quilombolas e o Laboratório Central da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte (LACEN-RN).

Assim, deverão ser identificados os procedimentos padronizados nos Postos de Saúde das comunidades quilombolas. Para isto, enquanto atividades, sugerimos:

- Identificar a diversidade de profissionais atuantes no Programa de Saúde destas comunidades;
- Mostrar a periodicidade de atuação destes profissionais;
- Mostrar aspectos relevantes da formação destes profissionais relacionados com a temática “doenças éticas”;
- Mostrar a relação das práticas adotadas com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Neste sentido, nosso olhar é para a compreensão sobre:

“Os indicadores de qualidade são ferramentas importantes para orientar a política e o planejamento

em saúde, e fornecem evidências que servem de base para tomada de decisões, desenvolvimento de programas e financiamento. Os dados obtidos através dos indicadores são úteis para avaliar o desempenho da APS, monitorar alterações ao longo do tempo e variações entre as regiões de saúde, e identificar oportunidades para melhorias na saúde e bem-estar da população.” (MELO et ali, 2018:24)

Por outro lado, como contribuição da antropologia da saúde, sugerimos que as equipes de saúde sejam capacitadas para identificar as práticas de saúde utilizadas tradicionalmente pelas comunidades (etnoconhecimento).

O objetivo desta atividade é mostrar o(s) “sistema(s)” de saúde utilizado pela comunidade baseado em seu conhecimento tradicional. Em termos específicos, serão mostrados:

- A utilização de remédios baseados na flora e na fauna que são (ou foram) utilizados pela comunidade;
- Como esse conhecimento é confrontado com a prática usual da equipe de Saúde da Família;
- O valor que a comunidade percebe nessa forma de tratamento

Este estudo proposto é descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo, se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, direcionada a busca de aspectos que não são facilmente quantificáveis produzidos pela interpretação que os seres humanos fazem a respeito de seu modo de viver. (CUNHA et ali, 2017)

RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Como sugestão para a elaboração de relatórios referente a cada comunidade quilombola do Rio Grande do Norte sugerimos que este tenha uma base para:

- Elaborar um diagnóstico sobre as condições de saúde nestas comunidades com subsídios para uma estratégia de atuação do Programa de Saúde da Família considerando os aspectos étnicos destas comunidades;
- Elaborar um programa básico de formação profissional complementar com bases da Antropologia da Saúde e, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A expectativa é por uma nova forma de se executar o Programa Saúde da Família nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte. A ideia geral é de se ter uma metodologia que inclua uma visão mais holística para as práticas de saúde implementadas nas comunidades quilombolas no Estado do Rio Grande do Norte. Que os profissionais que atuem nestes espaços tenham um olhar que tangencie o paradigma medicamentoso nas questões de saúde pública. Que percebam que fatores socioeconômicos e culturais (como o racismo institucional) são de grande influência para se obter resultados positivos no quesito saúde de populações quilombolas.

Incluindo, nesse campo, um melhor aproveitamento da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde; abrangendo desde as ações preventivas de identificação de doenças relacionadas ao quesito raça/cor (por exemplo, um melhor aproveitamento dos dados sobre anemia falciforme existentes do Laboratório Central de Saúde Pública do RN; um programa de formação multidisciplinar para os profissionais do Programa Saúde da Família que

atuem em comunidades Quilombolas – com ênfase em Antropologia da Saúde e considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta colocação vai de encontro a um consenso de que,

Há escassez de estudos nacionais na área da saúde que utilizam a variável raça/cor, mas alguns deles evidenciam elevada ocorrência de adoecimento e morte dessa população. As explicações apresentadas para o fato limitam-se à interpretação baseada na pobreza, configurando um discurso racista. Nessa direção, raça/cor deve ser compreendida, não do ponto de vista biológico, mas como categoria social que traz em si a carga das construções históricas e culturais, representando um importante determinante da falta de equidade em saúde no que se refere aos grupos raciais. (SILVA et alii, 2020:02)

O fracasso das instituições e organizações reside em não ofertar um serviço profissional que respeite a diversidade e seja adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. O que se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho resultantes do preconceito racial, ações que combinam estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em condições de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (SILVA et alii, 2020:02)

O acesso e a adesão para a população negra têm diversos fatores limitantes que convergem para a oferta inadequada nos serviços de saúde, tais como barreiras estruturais, fatores sociais e econômicos,



atuação dos profissionais, desrespeito à diversidade cultural, étnica e racial. Ações para a melhoria do acesso e da adesão já são realizadas, porém existe a necessidade de maior monitoramento e avaliação para o seu efetivo estabelecimento. (SILVA et alii, 2020:02)

Como apoio institucional apontamos que a referência brasileira em saúde coletiva para populações quilombolas é a Universidade de Brasília – UNB. Em especial, o Departamento de saúde Coletiva que coordenou a elaboração do Manual de Doenças mais Importantes por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-descendente.

De acordo com este manual:

“É possível, portanto, que, do ponto de vista das doenças com forte determinação genética, a população brasileira afrodescendente possa manifestá-las com características próprias, não sendo correta a simples transposição dos resultados das pesquisas sobre essas doenças realizadas em outros países. (BRASIL, 2001:09)

Em função deste quadro, doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo, etc. são mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas. O acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil. (BRASIL, 2001:09-10)

Existe, portanto, a necessidade de se aferir objetivamente as condições de saúde da população afro-brasileira e, neste sentido, os estudos que devem

proporcionar evidência causal são escassos ou inapropriados. Os estudos epidemiológicos existentes ainda se limitam, em grande parte, a séries de casos clínicos descritas no âmbito hospitalar, não conseguindo conferir poder de generalização. Contudo, eles apontam para fatores de risco e condições específicas que devem ser melhor investigadas. (BRASIL, 2001:10)

Acreditamos que este departamento de saúde pública da UNB, além de ser pioneiro neste estudo constitui uma referência maior nesta questão. Assim, ressaltamos que existe uma estrutura de referência para o que foi sugerido neste texto.

Ainda é intenção deste artigo que esta nova forma de promover a atenção a saúde em comunidades quilombolas inclua o reconhecimento dos saberes tradicionais dessas comunidades; minimizando, assim, uma forma fechada e vertical-descendente de se fazer saúde pública. Esta colocação resume, pois, a contribuição da Antropologia à práxis da saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARDOSO, Clarissiane Serafim; MELO, Letícia Oliveira de; e, FREITAS, Daniel Antunes. **Condições de saúde nas comunidades quilombolas**. Recife: Revista Enfermagem UFPE on line, 2018.

COSTA, João Bosco de Araújo e OLIVEIRA JUNIOR, Geraldo Barboza de (organizadores). **O perfil das comunidades tradicionais e o acesso às políticas públicas nos territórios rurais e de cidadania do Rio Grande do Norte**. Natal: Caravela Selo Cultural, 2017.

CUNHA, Andrea Taborda Ribas; VILAR, Rosana Lucia Alves; MELO, Ricardo Henrique Vieira; SILVA, Alexandre Bezerra; e, RODRIGUES, Maísa Paulino. **Percepções de usuários sobre**

humanização na estratégia saúde da família; um estudo ancorado na teoria da dádiva. Natal: Revista Ciência Plural, 2017.

FRANCHI, Eliane Patrícia Lino Pereira; TERRA, Maria Fernanda; ROCHA, Josefa Moreira do Nascimento; MARQUEZAN, Rogério Ferreira; e, ODORIZZI, Valdir Francisco. **A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade, 2018, jan-dez.

FERREIRA, Juliana Mota; KULBOK, Pamela; SILVA, Carlos Antônio Bruno da; ANDRADE, Fábila Barbosa de; e, COSTA, Iris do Céu Clara. **Indicadores de qualidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa.** Natal: Revista, Ciência Plural, 2017.

FREITAS, Daniel Antunes et ali. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.** Montes Claros, MG; Revista CEFAC, 2011, set-out.

FRY, Peter. **As aparências enganam: reflexões sobre “raça” e saúde no Brasil.** In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

LARRUBIA, Bruno Costa. JUNIOR, Nelson Edson da Silva. FREITAS, Isadora Mascarenhas de. **Antropologia da saúde e doença: contribuições para os serviços públicos de saúde.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 08, Vol. 04. Agosto de 2019. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/servicos-publicos>. Pp. 29

LANGDON, Esther Jean e WILK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun 2010.

LANGDON, Esther Jean. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas.** Ciência & Saúde Coletiva, Vol 4, 2014.

LEITE, Ilka Boaventura. **Negros no sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1996.

MELO, Ricardo Henrique Vieira de; MELO, Mércia Lima de; e VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Análise de redes sociais: a reciprocidade entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família.** Natal: Revista Ciência Plural: Vol 4, 2018.

RIBEIRO, Gustavo Lins. **Poder, redes e ideologia no campo do desenvolvimento**. São Paulo: CEBRAP: Revista Novos Estudos, Março, 2008.

SANTANA, Rebecca Alethéia Ribeiro; AKERMAN, Marco; FAUSTINO, Deivison; SPIASSI, Ana Lúcia; e, GUERREIRO, Iara Coelho Zito. **A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde**. Revista Interface: comunicação, saúde educação. 2019. <https://www.interface.org.br>.

SESAP- Secretaria de Estado da Saúde Pública do Governo do Rio Grande do Norte. **Plano estadual de saúde 2020-2023**. Natal, RN, 2019.

SILVA, Marcos Henrique Paraíso. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática**. Salvador: UFBA/Faculdade de medicina da Bahia: monografia, 2015.

SILVA, Nelma Nunes; FAVACHO, Verônica Batista Cambraia; BOSKA, Gabriella de Andrade; ANDRADE, Êmerson da Costa; e, OLIVEIRA Márcia Aparecida Ferreira de. **Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa**. Revista Brasileira de Enfermagem, REBEN, 2020.





DESIGUALDADES, RACISMOS E SAÚDE MENTAL EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA RURAL

Magda Dimenstein
Victor Hugo Belarmino
Maria Emanuely Martins
Candida Dantas
João Paulo Macedo
Jáder Ferreira Leite
Antonio Alves Filho

DESIGUALDADES, RACISMOS E SAÚDE MENTAL EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA RURAL²

Magda Dimenstein
Victor Hugo Belarmino
Maria Emanuely Martins
Candida Dantas
João Paulo Macedo
Jáder Ferreira Leite
Antonio Alves Filho

INTRODUÇÃO

Comunidades quilombolas ou “remanescentes de quilombos”, à luz do Artigo 2º do Decreto nº 4.887/2003, são considerados “grupos étnico-raciais segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotadas de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (Brasil, 2003). Para Porto et al. (2012), a nomeação de “remanescentes de quilombos” sedimenta um estereótipo romantizado de uma comunidade relativamente homogênea, harmônica, coesa, solidária e com projetos políticos comuns.

Em função disso, optamos pela expressão “comunidades quilombolas” tanto para destacar os processos históricos de opressão,

² Este trabalho foi originalmente publicado em *Amazônica – Revista de Antropologia*, volume 12(1), pp. 205–229, 2020. Foram inseridos pequenos ajustes nessa versão. A pesquisa foi desenvolvida com o financiamento do CNPq no Edital Ciências Humanas - 443233/2015-2.



desigualdades e de resistência comuns a estas comunidades negras, quanto para escapar da representação hegemônica de que as comunidades quilombolas existentes são meros resquícios de uma história de resistência negra presa ao passado e que não se reatualizam permanentemente. Apesar de estarem em constante transformação, não é possível ignorar algumas permanências e o fato de que as comunidades quilombolas ainda são atingidas por múltiplas desigualdades, produzidas desde a época colonial, as quais persistem até os dias atuais, em especial, aquelas situadas em contextos rurais.

De acordo a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil, 2013), as populações rurais são povos ou comunidades que possuem seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente à terra. Por essa razão, elas têm suas principais fontes de sustentação na agricultura familiar e na pequena comercialização de produtos, ou mesmo na pluriatividade feminina com atividades não agrícolas desenvolvidas ou não em seus domicílios rurais.

Todavia, viver nos espaços rurais é um desafio cotidiano, uma vez que, como situam Bezerra et al. (2014), esses moradores sofrem os efeitos de condições socioeconômicas e ambientais produtoras de vulnerabilidades, associadas às formas precárias de obtenção de água potável, de esgotamento sanitário e destinação do lixo etc. Além disso, segundo os autores, registram-se baixos níveis de renda e de escolaridade, gerados pela dificuldade de acesso aos equipamentos escolares, bem como pelas escassas oportunidades de continuidade dos estudos.

Em outras palavras, as populações rurais são as mais afetadas pelo isolamento, invisibilidade e pouco alcance das políticas públicas, tornando-se alvo indiscutível de vulnerabilização, racismo e, conseqüentemente, de sofrimento psíquico (Dimenstein et al. 2017). Em decorrência disso, o presente estudo teve por objetivo analisar a incidência de Transtornos



Mentais Comuns (TMC) em uma comunidade quilombola rural no nordeste brasileiro. Interessa-nos conhecer as particularidades com que expressam seu sofrimento cotidiano, bem como os possíveis elementos associados ao seu aparecimento e às formas de manejo.

Os TMC, de acordo com Goldberg & Huxley (1992), são sintomas não psicóticos, como fadiga, insônia, irritabilidade e queixas por dificuldade de concentração, dentre outros. São responsáveis pela maior parte das queixas que chegam às equipes de atenção primária, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (EqESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em se tratando de moradores de comunidades quilombolas em áreas rurais, há poucos estudos no país voltados à saúde mental, apesar da necessidade de se ampliar o conhecimento e as estratégias assistenciais, indicada na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2007). Tal política é um marco na luta para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política pública de saúde do país (Brasil, 2007).

Em sua edição mais atual (Brasil, 2017, p. 32), o documento define como objetivo geral "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS [Sistema Único de Saúde]" e, como um dos objetivos específicos, "garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde". Este documento menciona ainda, em suas estratégias de gestão, "o fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social" (Brasil, 2017, p. 33).



Ressalta-se que as políticas públicas, de uma forma geral, têm uma vocação universalizante, apesar de muitas vezes adotarem um caráter focalizado na imposição da própria agenda neoliberal. Tem razão Arruti (2008, p. 1) quando refere que “o ‘reconhecimento’ dos quilombolas como segmento diferenciado se limita ao reconhecimento de que entre os pobres e miseráveis do país há uma camada que ficou sistematicamente de fora das poucas políticas públicas destinadas à redistribuição de riqueza”. O autor complementa ao argumentar o quanto as políticas de reconhecimento, a exemplo das voltadas para as comunidades quilombolas, indígenas e demais povos tradicionais, auxiliam na transformação dessas populações em “objeto de uma atenção sistemática de inclusão” (Arruti, 2008, p. 1).

Embora haja esse direcionamento, chamamos atenção de que não há qualquer referência à saúde mental na Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil 2013). O inverso também é verdadeiro. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não faz qualquer menção aos povos tradicionais, bem como às especificidades dos contextos rurais. Não se observa nenhuma indicação acerca das particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações e, conseqüentemente, as necessidades em saúde e os modos de adoecer, seja para nortear o planejamento e o ordenamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seja para orientar a oferta de um cuidado culturalmente sensível ou para a produção de habilidades culturalmente competentes para atuar nesses cenários. Ambas as políticas, apesar dos avanços na última década, ainda estão atravessadas por saberes e racionalidades que afirmam a universalidade das experiências de sofrimento psíquico e a eficácia de práticas e dispositivos de cuidado independente dos pertencimentos ontológicos, cosmopolíticos e das singularidades nos modos de viver a vida.



Em função desses aspectos, pretendeu-se fazer uma análise da incidência de TMC em uma comunidade quilombola, a partir da ótica da Determinação Social da Saúde, a qual integra diferentes níveis de determinação do processo de saúde-doença-cuidado (Garbois et al. 2017). Segundo Breilh (2010), os processos históricos produtores de desigualdades em saúde se produzem reciprocamente, por meio da interação dos elementos provenientes da macroestrutura político-econômica e social, articulada às particularidades dos diferentes grupos populacionais, bem como o modo de vida coletivo e a realidade individual e familiar dos sujeitos. A ideia de determinação traz como pressuposto uma compreensão da saúde enquanto fenômeno multidimensional e complexo que não se restringe à ausência de doenças, abarcando dimensões individuais, sociais e estruturais, com grande variação entre pessoas e contextos.

Aproximar-se da complexidade e multidimensionalidade da saúde, que é portadora de variados sentidos e expressões, requer análise transdisciplinar das formas de organização das sociedades, de suas estruturas social, econômica e cultural, entendendo que esta subordina a dimensão biológica no processo saúde-doença (Alves & Rodrigues, 2010; Dimenstein et al. 2017). Nesse sentido, no âmbito da saúde mental, compreende-se que se trata de um sofrimento psicossocial, cujos contornos são delineados por cada sujeito em seus pertencimentos territoriais, temporais, históricos, políticos e sociais.

Dentre as inúmeras desigualdades que produzem e complexificam os padrões de sofrimento psíquico destacam-se as territoriais. Segundo Leite (2008), a territorialidade³ destas comunidades rurais foi construída, desde

³ Compreende-se por territorialidade o modo como as pessoas utilizam o espaço geográfico. Amparamo-nos em Robert Sack (1986), o qual definiu este termo como uma estratégia espacial para afetar, influenciar e controlar recursos e pessoas. Parte-se, ainda, da noção de territorialidade como processo, por compreender os atores sociais como detentores de poder



seu início, sob um constante estado de tensão e conflito, ou seja, os modos de produção e reprodução social destas comunidades concorrem com o modelo latifundiário, com a especulação imobiliária e com o fenômeno da "ruralidade dos espaços vazios" (Wanderley, 2001, p. 36), que diz respeito à predominância da grande propriedade patronal e à dimensão das áreas improdutivas no país, configurando uma incessante luta contra a instabilidade econômico-produtiva, bem como pela posse e sustentação na terra. A complexa interrelação entre territórios rurais e a produção de saúde mental é também atravessada por aspectos ambientais dos contextos de vida dos sujeitos, a exemplo do fenômeno da seca e suas implicações psicossociais (Alpino et al. 2016; Camurça et al. 2016).

Outra importante desigualdade que atinge as comunidades negras, especificamente as comunidades quilombolas, tem relação com aspectos étnico-raciais, ou seja, refere-se àquelas desigualdades socialmente produtoras e mantenedoras de discriminação e de racismo institucional. Este, por sua vez, está sendo entendido como a institucionalização de práticas racistas ou "o fracasso coletivo de uma organização em oferecer um serviço apropriado e profissional a pessoas devido à sua cor" (Sampaio, 2003, p. 78), estabelecendo barreiras de acesso às oportunidades e de vinculação aos cuidados em saúde. Para Vieira & Monteiro (2013), as desigualdades nas ações de atenção, no uso de serviços e na distribuição de recursos estão associadas, grande parte das vezes, às diversidades raciais/étnicas e econômicas. Assim, segundo Kalckmann et al. (2007), as populações negras são uma das mais afetadas pelo racismo institucional na área da saúde. De acordo com os autores, o racismo institucional está presente não apenas nas barreiras de acesso aos cuidados, mas também na qualidade do atendimento,

e intenções, que vão gerar conflitos e compor territórios com diversas configurações, temporalidades e objetos distintos.

na relação estabelecida com os profissionais de referência e equipamentos de saúde.

Importante destacar também as desigualdades de gênero como produtoras de sofrimento psíquico. Crenshaw (2002) destacou que o gênero pode se interseccionar ao racismo, à dominação masculina e à pobreza, produzindo formas diferenciadas e, frequentemente, desprivilegiadas de inserção social. Neste sentido, o gênero se mostra como uma importante categoria de análise, na medida em que orienta não apenas padrões e normas comportamentais, mas também, conforme afirma Zanello & Silva (2012), compõe o olhar clínico acerca da própria atenção especializada em saúde mental, isto é, são engendrados, no mesmo sistema de gênero, tanto os modos de expressão do sofrimento psíquico quanto o próprio olhar hermenêutico para a leitura dos sintomas e das formas de cuidado ofertadas.

Tomar o processo saúde-doença-cuidado em articulação aos contextos, condições e modos de vida das populações significa ancorá-lo no plano da experiência concreta e sensível das pessoas, não esquecendo que o mesmo é atravessado por marcadores de raça/etnia, classe social, gênero e sexualidade, compondo uma complexa trama de determinações. Dessa forma, a equação desigualdade, racismo e saúde mental aqui proposta sustenta-se na compreensão de que o sofrimento psíquico não pode ser desvinculado das tramas do cotidiano e do mundo circundante.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A comunidade quilombola que subsidiou essa investigação situa-se na área rural do município de Bom Jesus, localizado a cerca de 46 km da capital do Rio Grande do Norte, sendo composta por 140 famílias, das quais 64 fizeram parte do estudo por meio de 92 participantes colaboradores. Segundo as lideranças comunitárias, o processo de identificação e





reconhecimento da comunidade pela Fundação Cultural Palmares se deu em 2003, o que significou importantes benefícios como a construção das casas, o acesso à energia elétrica e a outros programas sociais. Entretanto, a comunidade não havia recebido, até a ocasião desta pesquisa, a titularidade das terras, o que retrata a situação da maioria das comunidades quilombolas, as quais, em função da burocratização dos processos administrativos, além dos jogos políticos e de interesses econômicos dos grandes fazendeiros e/ou empresários rurais, não conseguem acessar o título oficial das terras (Oliveira & D'Abadia, 2015).

Espacialmente, a comunidade não possui arruamentos e as casas são relativamente distantes umas das outras, o que complexificou o processo de pesquisa. A coleta de dados, realizada em 2017, contou com uma equipe de 12 pesquisadores, composta por professores, mestrandos e graduandos de iniciação científica do curso de Psicologia da UFRN. Fez-se necessário o auxílio e acompanhamento de pessoas da comunidade para acessar determinadas localidades, já que se desconhecia os limites territoriais do quilombo.

Para a caracterização da população estudada, foi utilizado um Questionário Sócio-Demográfico-Ambiental (QSDA). Trata-se de um instrumento que busca identificar as condições sociais, econômicas, educativas, culturais; de moradia e saúde das famílias residentes; as condições básicas de sustentabilidade econômica, ambiental e produtiva; bem como as práticas sociais, culturais e educativas desenvolvidas na comunidade. Para o rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC) foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), versão validada e recomendada pela *World Health Organization* (WHO) (Beusenbergh & Orley, 1994) para estudos comunitários e na atenção primária em saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. É composto por 20 perguntas, sendo 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas emocionais, com duas possibilidades de resposta (sim/não).



Grupo de sintomas e questões verificadas no SRQ-20			
Humor depressivo-ansioso	Sintomas somáticos	Decréscimo de energia vital	Pensamentos depressivos
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	Tem dores de cabeça frequentemente?	Você se cansa com facilidade?	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?
Assusta-se com facilidade?	Você dorme mal?	Tem dificuldade em tomar decisão?	Tem perdido o interesse pelas coisas?
Sente-se triste ultimamente?	Você sente desconforto estomacal?	Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	Tem pensado em dar fim à sua vida?
Você chora mais do que de costume?	Você tem má digestão?	O seu trabalho traz sofrimento?	Sente-se inútil em sua vida?
	Você tem falta de apetite?	Sente-se cansado todo o tempo?	
	Tem tremores nas mãos?	Tem dificuldade de pensar claramente?	

Não se trata de um instrumento de diagnóstico e não inclui questões sobre sintomas psicóticos, nem sobre o consumo de álcool e outras drogas. Adotou-se o ponto de corte 7 como indicativo de TMC com base em estudos que tratam sobre usuários de serviços de atenção primária no Brasil (Gonçalves et al.2008). Aos participantes que atingiam ponto de corte (≥ 7), indicava-se a possibilidade de realização de entrevistas semiestruturadas, as quais só eram realizadas com o consentimento dos participantes.

O roteiro de entrevista foi estruturado em torno dos seguintes eixos: histórico (sobre a percepção dos respondentes a respeito do resultado, quando começaram os problemas e possíveis causas e se existem diferenças entre homens e mulheres em relação à vivência destes fenômenos); histórico e problemas relacionados ao bem-estar emocional (possíveis fatores disparadores dos TMCs; contexto comunitário (se os entrevistados acreditam haver ou não mais pessoas na comunidade vivenciando o mesmo problema, se o fato de viver em uma comunidade quilombola tem relação com o



problema, assim como saber se a comunidade ajuda e como lida com a situação); condições de vida e dispositivos formais e informais de saúde utilizados (se já buscou ajuda nos serviços de saúde, como foram os atendimentos, se já precisou passar por alguma internação hospitalar ou se faz uso de alguma medicação como forma de tratamento; racismo institucional (os participantes da entrevista foram questionados acerca de possíveis dificuldades de acesso ou discriminação ao buscar atendimento nos serviços de saúde pelo fato de morar na comunidade e como enfrentou tal situação).

A análise dos dados se deu em dois momentos: o primeiro consistiu de análise descritiva inferencial, utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 20; o segundo momento foi centrado na análise qualitativa das entrevistas, a partir da transcrição, leitura/discussão coletiva e categorização, com base no histórico de aparecimento dos TMC, uso dos serviços de saúde, apoio social e racismo institucional como eixos de análise.

Os critérios de inclusão dos respondentes foram: ser morador da comunidade, possuir idade superior aos 18 anos e consentir participar da pesquisa. Foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicitando dimensões éticas relativas à pesquisa com seres humanos, com destaque para questões ligadas ao anonimato e à integridade dos participantes. Solicitou-se, ainda, mediante termo de autorização, a gravação em áudio da etapa de entrevista semiestruturada. Foi reforçado aos participantes o sigilo das informações prestadas e o devido cuidado no manejo das mesmas pela equipe de pesquisadores. Complementarmente, foi informado que, caso os temas tratados durante a pesquisa pudessem causar algum desconforto emocional, a participação poderia ser descontinuada a qualquer momento e, se a pessoa o desejasse, seria encaminhada, mediante providência da equipe de pesquisa, para atendimento psicológico. Após

concordância e assinatura dos termos, dava-se início à aplicação dos instrumentos.

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA COMUNIDADE

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relacionados ao município de Bom Jesus estimavam uma população de 10.185 habitantes para o ano de 2016. Trata-se de um município com Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,584, com incidência de pobreza que chega a 64,12% da população e índice de Gini de 0,54, enquanto o do estado do Rio Grande do Norte é de 0,60, o que revela uma condição de desigualdade mais acentuada em relação ao restante do estado.

Do ponto de vista da infraestrutura da comunidade, todas as casas são de alvenaria e telha, 96,8% têm acesso à rede elétrica de forma regular (relógio próprio), 45,3% das pessoas referiram ter acesso à rede pública de abastecimento de água, porém necessitando do uso de carros pipa ou de coleta de água da chuva. Quanto ao tratamento da água, 35,9% consomem água não tratada, outra parcela filtra (29,7%) ou faz cloração (28,1%). Em relação ao destino dos dejetos, todas as casas contam com fossa séptica, enquanto na realidade nacional de comunidades quilombolas esse índice chega a somente 28%. Sobre o destino do lixo, 78,1% das famílias acessadas recorrem à queima, mas indicaram a presença de outras estratégias conjuntas, tais como enterrar ou deixar a céu aberto, já que a coleta pública é bastante precária na comunidade.

Grande parte das famílias (87,3%) está cadastrada no CADÚnico para ter acesso às políticas de assistência social, mas somente 54% são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Em relação aos demais programas





sociais, há problemas no acesso por parte da população local: Água para Todos (52,4%), Luz para Todos (58,7%), Habitação Rural (27%) e Minha Casa, Minha Vida (34,9%).

Quanto ao acesso à equipe/serviços de saúde, a maioria das famílias é atendida tanto pelo agente comunitário de saúde quanto pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), durante as consultas quinzenais realizadas na comunidade. Outra estratégia utilizada é a busca por atendimento básico, especializado e hospitalar nos serviços de saúde do próprio município ou de municípios vizinhos. Sobre os programas de saúde desenvolvidos no âmbito da atenção primária, destacam-se o atendimento odontológico, a vacinação, a saúde da mulher e da criança e a farmácia popular. Houve baixo percentual de famílias que indicaram a presença de ações de combate à dengue (14,1%), doença epidêmica na região. Muitos participantes referiram fazer uso da medicina popular (chá, lambedor e garrafada, banho de ervas), além de recorrerem às práticas complementares de saúde: oração/reza, benzedeira e parteira.

Os problemas de saúde mais frequentes entre as famílias foram assim indicados: doenças do tipo infecciosa e parasitária (77,8%), seguido dos transtornos mentais (30,2%), como a depressão, e doenças crônicas e degenerativas (28,6%), como hipertensão e diabetes. Houve registro de causas externas (28,6%) associadas à violência e a acidentes, bem como casos de mortalidade infantil nos últimos dez anos, decorrentes de falta de assistência, aborto induzido e prematuridade.

Em relação à religião das famílias, 07 são protestantes (10,9%), 48 são católicas (75%), 07 são católicas e protestantes (10,9%) e 07 disseram não ter religião (10,9%). Não houve registro de adeptos às religiões de matriz afro-brasileira, embora, em conversas informais com moradores da comunidade, tenha sido referida a existência de alguns adeptos que as praticam de modo relativamente velado.



Das 64 famílias investigadas, 62 deram informação sobre renda e fontes de sustentação, a saber: 29% recebem até meio salário mínimo, 38,7% até um salário mínimo, 27,4% entre um e dois salários mínimos e somente 4,8% têm renda familiar acima de dois salários mínimos. Sobre as fontes de sustentação, os dados obtidos foram organizados em três eixos: famílias com renda proveniente exclusivamente da agricultura (01 família), da combinação da agricultura com outras fontes (46 famílias) e, por fim, com fonte de renda que exclui a agricultura (16 famílias). Das 46 famílias que necessitam fazer combinação, destacam-se: programas sociais (57,8%), criação e venda agropecuária (33,3%), prestação de serviço (28,9%), aposentadoria (26,7%) e, de modo bem inferior às outras combinações, o trabalho assalariado representa apenas 8,9%.

As famílias têm entre 02 e 05 membros. Em relação ao estado civil, a maioria é composta por casados (54%), seguidos de solteiros (42%), separados (3%), divorciados e viúvos (1%). Quanto à escolaridade, a maioria dos membros das famílias possui apenas o ensino fundamental completo ou incompleto (53,4%). As pessoas não alfabetizadas, que sabem apenas escrever o nome ou têm apenas um ano de escolaridade, representam 23,8% dos 196 moradores. O percentual daqueles que têm o ensino médio (completo ou incompleto) é de 21,7%. Apenas 1% dos participantes tem ensino superior completo ou incompleto, devido ao convênio entre o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

SRQ E INCIDÊNCIA DE TMC

Os respondentes do SRQ-20 totalizaram 92 pessoas, sendo 32 homens e 60 mulheres, cujo perfil geral pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos respondentes ao SRQ-20⁴.

	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
Faixa etária						
18 a 29 anos	7	22	15	25	22	23,9
30 a 49 anos	14	44	26	43,3	40	43,5
Acima de 49 anos	11	34	19	31,7	30	32,6
Estado civil						
Solteiro(a)	5	16	11	18,3	16	17,4
Casado(a)	23	72	45	75	68	73,9
Separado(a)	3	9	0	0	3	3,3
Viúvo(a)	1	3	4	6,7	5	5,4
Escolaridade*						
Não alfabetizado(a)	10	32	16	27	26	29
Ensino Fundamental	14	45	27	45	41	45
Ensino Médio	7	23	16	27	23	25
Ensino Superior	0	0	1	2	1	1
Renda familiar						
Até 1/2 salário mínimo**	8	25	21	35	29	32
1 salário mínimo	13	41	20	33	33	36
Entre 1 e 2 sal. mín.	9	28	16	27	25	27
Acima de 2 sal. mín.	2	6	3	5	5	5

4 Legendas: * = um dos respondentes não soube informar seu grau de escolaridade; ** = o valor de referência é R\$ 937, com base no ano de 2017.

	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
Fonte de sustentação						
Apenas agricultura de subsistência	0	0	0	0	0	0
Agricultura com outras fontes	24	75	47	22	71	77
Outras	8	25	13	78	21	23

Dentre os 92 participantes, 23 pessoas atingiram o ponto de corte no SRQ, o que corresponde a 25% dos respondentes.

Tabela 2 - SRQ-20 por sexo

Sexo	SRQ					
	Abaixo do ponto de corte		Acima do ponto de corte		Total	
	(0 a 7)		(8 a mais)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	28	87,5	4	12,5	32	34,78
Feminino	41	68,3	19	31,7	60	65,21
Total	69	68,47	23	31,53	92	100

Verificou-se que das 23 pessoas que ficaram acima do ponto de corte (Tabela 2), 19 (31,7%) eram mulheres, em contraste com 04 homens (12,5%), ou seja, não só houve um percentual preocupante de moradores que ficaram acima do ponto de corte, como também que há mais indicação de TMC entre as mulheres do que entre homens. Os grupos de sintomas apresentaram-se de forma diversa entre homens e mulheres (Tabela 3): percentualmente, as mulheres alcançaram maiores índices em todas as dimensões, exceto em

decréscimo de energia vital, a qual se destaca enquanto grupo de sintomas mais relatados pelos homens (78,1%). Para as mulheres, a dimensão que mais se destaca é sintomas somáticos (75%).

Tabela 3: Dimensões do SRQ-20 em relação ao sexo dos participantes

		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		Contagem	Coluna N %	Contagem	Coluna N %
Humor Depressivo	Não Pontuou	18	56,30%	19	31,70%
	Pontuou*	14	43,80%	41	68,30%
	Total	32	100,00%	60	100,00%
Sintomas Somáticos	Não Pontuou	10	31,30%	15	25,00%
	Pontuou*	22	68,80%	45	75,00%
	Total	32	100,00%	60	100,00%
Decréscimo de Energia Vital	Não Pontuou	7	21,90%	23	39,00%
	Pontuou*	25	78,10%	36	61,00%
	Total	32	100,00%	59	100,00%
Pensamentos Depressivos	Não Pontuou	24	75,00%	34	56,70%
	Pontuou*	8	25,00%	26	43,30%
	Total	32	100,00%	60	100,00%

*Atingiram o ponto de corte (≥7).



Das 23 pessoas que apresentaram indicativo de TMC, 16 consentiram com a realização das entrevistas, sendo 14 mulheres e 02 homens. Nessa etapa da pesquisa detectou-se que a maioria reconhece estar experimentando problemas quanto ao bem-estar psíquico e subjetivo. Em relação aos fatores disparadores, entre os homens, a carga de trabalho agrícola, a precariedade das condições de trabalho, a perda da vitalidade física e o surgimento de doenças crônicas aparecem como condicionantes da saúde mental.

Para as mulheres, o sofrimento psíquico é associado ao cotidiano familiar e a situações estressantes, como o consumo de álcool e outras drogas por membros da família (marido/filho); conflito entre a vida familiar e a autonomia pessoal; conflitos na relação conjugal; gravidez e nascimento dos filhos; perdas e rompimentos afetivos. Além disso, as mulheres referem-se à exposição a diversas vulnerabilidades sociais, tais como o desemprego, dificuldade financeira, contexto social promotor de sofrimento, criminalidade, precariedade nas condições de trabalho e baixa escolarização. Apontam, ainda, para o isolamento e para a falta de suporte social, carência de espaços de convivência e lazer, os quais produzem efeitos adversos à saúde física e mental.

De modo geral, homens e mulheres reconhecem haver diferenças entre si quanto ao modo de experimentar o sofrimento psíquico. Ambos consideram que as mulheres: são mais “fracas”, demonstram mais sensibilidade, trabalham mais, que os homens parecem ser menos cobrados do que elas acerca do futuro e que compartilham menos o sofrimento com os outros. Assim, sugerem que as mulheres são mais susceptíveis ao adoecimento do que os homens.

Em face aos problemas identificados, a grande maioria relatou não haver procurado qualquer tipo de apoio nos recursos formais de cuidado, seja da equipe de saúde da família e NASF, seja da rede de atenção psicossocial do



município. As mulheres comumente fazem mais uso das Unidades Básicas de Saúde, sobretudo, do atendimento clínico médico ou psicológico. A forma mais comum de cuidado é o uso de remédios alopáticos, destacando-se os benzodiazepínicos e anti-hipertensivos.

Quase a totalidade não relata quaisquer episódios de internação em hospital psiquiátrico ou em serviços da rede de atenção psicossocial como CAPS III ou em Unidade de Pronto Atendimento. Apenas um caso foi relatado de um homem, atualmente com 70 anos, demandando cuidados em saúde mental decorrentes de crise relacionada ao consumo abusivo de álcool, que não encontrou leitos disponíveis para esse tipo de acolhimento, demonstrando os problemas existentes quanto à atenção psicossocial na região e a conseqüente busca de atendimento no hospital psiquiátrico da capital.

Os entrevistados destacam a necessidade de haver um posto de saúde na comunidade e reclamam do número reduzido de vagas para consulta médica, da falta de cobertura para várias necessidades em saúde, dentre as quais a mais citada é a saúde bucal, assim como de grupos terapêuticos, especialmente para mulheres grávidas. A partir da precária cobertura dos equipamentos de saúde e da Estratégia Saúde da Família, procuram alternativas de cuidado como o apoio religioso, familiar e suporte social-comunitário. Também foram recorrentes estratégias individuais de autocuidado, com uso de medicina tradicional e de saberes locais.

A despeito da disponibilidade e oferta de apoio social e comunitário percebida pelos moradores, evidenciou-se, nas entrevistas, a falta de acolhimento, atitudes de indiferença e estigma da comunidade em relação à saúde mental. O suporte social ocorre mais nas situações de dificuldades financeiras. Também foi frequente a insegurança dos participantes, principalmente das mulheres, em conversar acerca de seus problemas com outras pessoas da comunidade, por medo das reações, por não considerarem

as pessoas solidárias ou pela tendência à individualização dos problemas, razão pela qual procuram os resolver sozinhas.

A discriminação surgiu como questão em algumas falas, no entanto, a discriminação racial, sobretudo, na forma de racismo institucional, não foi citada explicitamente por nenhuma pessoa. As situações de preconceito ou de dificuldade no acesso aos serviços de saúde vividas pelos moradores são associadas à pobreza, aos estereótipos (por possuírem tatuagens, por exemplo) ou às dificuldades que todos vivem, indistintamente entre quilombolas e não quilombolas. Apenas uma pessoa referiu sentir diferença positiva no tratamento quando acessou os serviços de saúde pelo fato de ser quilombola, inclusive destacando ter ciência acerca da prioridade das comunidades negras e quilombolas nas políticas de saúde.

DISCUSSÃO

Os dados quantitativos e qualitativos gerados por esta pesquisa confirmam que certas condições de vida são importantes fatores de produção de sofrimento psíquico. Segundo Melo & Silva (2015, p. 183), as iniquidades sociais vivenciadas pelas populações quilombolas, uma vez que estas são predominantemente "negras, pobres, rurais, com baixa escolaridade, sem acesso adequado a serviços de saúde e sem saneamento ambiental", são determinantes de piores condições de saúde. Silva (2007) ressalta a exposição destas populações às vulnerabilidades, tanto pelo adoecimento quanto pela escassez de oportunidades de proteção contra os agravos decorrentes, o que se torna ainda mais preocupante quando se trata de população negra residente na zona rural.

Isso se confirma nas histórias de vida evidenciadas pelas entrevistas, por exemplo, quando a baixa escolaridade limita as possibilidades de produzir e vislumbrar projetos de vida futuros ou quando a agricultura

familiar e de subsistência ficam fragilizadas pelas adversidades climáticas e as famílias não conseguem acessar programas governamentais de suporte nestas situações, o que as obriga a desenvolver múltiplas atividades para complementação de renda, ainda que mal remuneradas. Esse conjunto de fragilidades é vivenciado em termos de “preocupações” que passam a fazer parte do cotidiano, geradoras de sofrimento, como informa uma das participantes entrevistadas:

“Toda vez que eu fico preocupada eu fico assim nervosa [...] Desabafar, não tem com quem, aí choro comigo mesma. Fica enchendo, enchendo, aí dá vontade de chorar, aí eu vou e choro, pra desabafar um bocadinho, um pouquinho” (participante 8, comunicação pessoal, 2017).

Ademais, distantes, social e espacialmente dos equipamentos e dispositivos para a garantia de direitos como escolas, serviços de saúde e de assistência social, espaços de convivência e lazer, dentre outros, os moradores se sentem isolados e marginalizados pelo Estado. Costa et al. (2014) confirmam estes atravessamentos ao encontrarem forte associação dos transtornos mentais com eventos vitais produtores de estresse, como a falta de apoio social, tempo para o lazer, variáveis relativas ao gênero, perspectivas de futuro e condições de vida e trabalho.

Destaca-se que, apesar de as iniquidades sociais atingirem a comunidade quilombola como um todo, a experiência de sofrimento psíquico distribui-se desigualmente entre homens e mulheres. Nesse estudo, as mulheres tiveram destaque na incidência de TMC. Desse modo, necessitam ser compreendidas a partir desse atravessamento de gênero, compreendido enquanto um sistema de relações sociais “baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”, o qual funciona como uma “forma



primeira de significar as relações de poder" (Scott 1995:21). Segundo a autora, esse sistema se organiza nas sociedades com base nos símbolos culturalmente disponíveis, em conceitos normativos (doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas), em instituições e organizações sociais (mercado de trabalho, educação e sistema político) e, por fim, nas identidades subjetivas (onde o gênero ganha sentido e legitimidade).

Este sistema, por sua vez, encontra-se articulado a outros sistemas sociais produtores de múltiplas desigualdades sociais, como é o caso da raça e da classe. Por essa razão, a ideia de interseccionalidade é crucial. Este conceito foi cunhado por Crenshaw (2002) no esforço de analisar os (não)lugares tecidos e alinhavados em diferentes "fios" de opressão, produzindo uma trama complexa e articulada. É o que se pretende abordar a partir dos resultados: homens e mulheres, com base nos padrões socialmente instituídos de masculinidades e feminilidades, são atravessados por diferentes condicionantes para o sofrimento psíquico, produzem diferentes perfis de adoecimento, elaboram sentidos diversos e desenvolvem distintas estratégias de cuidado em saúde mental.

Os resultados desta pesquisa encontram-se coerentes ao encontrado por Pinho & Araújo (2012), os quais revelaram que as mulheres apresentam mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens. Esta diferença pode ser compreendida, entre outros aspectos, em razão da sobrecarga de trabalho e do desempenho de múltiplas funções, associados à invisibilidade e à desvalorização do trabalho feminino, ainda que sejam indispensáveis à sobrevivência e ao bem-estar familiar e comunitário. Neste sentido, ainda que as mulheres desempenhem atividades remuneradas, isso não representa uma emancipação dos lugares de cuidadora dos filhos, da casa e do marido, uma vez que, tal como defende Pinho & Araújo (2012:561), no tradicional sistema de organização sexual do trabalho, as mulheres são socialmente compelidas à responsabilidade do

"trabalho reprodutivo" por excelência, enquanto os homens às "atividades produtivas".

Um dos efeitos desse modo de organização social para as mulheres é a centralidade da família enquanto instituição basilar das relações de gênero, ou seja, direta ou indiretamente, tangente ou transversalmente, as relações de gênero no âmbito familiar parecem ser um campo-tema interessante a ser analisado para compreender o sofrimento psíquico feminino. O ethos socialmente naturalizado do feminino como responsável direto pelo cuidado dos filhos, do marido e dos parentes enfermos corrobora a sobrecarga objetiva e subjetiva das mulheres, tanto pelas restrições sociais e profissionais provocadas, sobretudo, após o casamento – o que as forçam a abrir mão de projetos pessoais e objetivos de vida –, quanto pelas preocupações e sentimentos negativos engendrados a partir deste lugar (Reis et al. 2016).

O gênero é organizado segundo um modelo hegemônico patriarcal, ordena normativamente a experiência das pessoas, posicionando-as conforme padrões socialmente aceitos e difundidos. Ainda que a incorporação deste modelo hegemônico aconteça sempre de maneira parcial, não resta dúvida que interfere nos sentidos produzidos acerca do sofrimento mental por homens e mulheres, como é possível observar nos estereótipos da fragilidade e sensibilidade feminina. Segundo J. Leite et al. (2016, p. 350), por trás desse discurso de fragilidade feminina reside a crença da invulnerabilidade masculina ou de que os homens são menos suscetíveis a contrair enfermidades do que as mulheres, ou seja, "torna-se delicado para homens que se subjetivaram a partir de tal discurso, reconhecer-se demandantes de cuidados em saúde, fato que estaria colocando em questão sua própria masculinidade".

No entanto, a análise das relações de gênero não é suficiente para explicar a busca e o acesso aos serviços de saúde pelas comunidades negras





rurais, ou seja, torna-se indispensável abarcar outros níveis de determinação social: ambientais, econômicos e políticos. Um dos fatores que podem ajudar no entendimento acerca da baixa procura aos cuidados em saúde, segundo Kochergin et al. (2014), consiste no relativo isolamento geográfico destas comunidades, o qual reforça as iniquidades e dificulta o acesso aos serviços de saúde. Outro fator consiste na precariedade das condições socioeconômicas, uma vez que, de acordo com Santos & Silva (2014), as limitações materiais e financeiras constroem objetivamente e subjetivamente as escolhas e as possibilidades de tratamento e capacidade de resolução dos problemas em saúde.

Todavia, um dos fatores mais importantes para o baixo acesso aos cuidados formais em saúde é o descompasso entre o processo de formação dos territórios quilombolas rurais e o de sua incorporação à proposta de organização territorial regionalizada e descentralizada dos sistemas de saúde, proposta pelo SUS. Nesse sentido,

O território em saúde tem sido tratado no âmbito da política de saúde de forma estanque, numa concepção rígida de fluxos e organizações, prejudicando não somente seu objetivo primeiro, da prestação efetiva da saúde, como também a constituição de um sistema que minimize e contrarie tendências perversas de concentração espacial e consequente exclusão social (Gadelha et al., 2011, p. 3009).

Os autores afirmam que o território é o espaço concreto da vida social no qual as políticas e estratégias públicas necessitam ganhar materialidade. Compreende-se território, portanto, como espaço usado, com caráter subjetivo e assim, de meio percebido e apropriado por diferentes atores sociais. No entanto, o enfoque territorial no desenho de políticas de saúde



para as populações quilombolas rurais não leva em consideração o perfil e as necessidades em saúde destas populações, o que se mostra ainda mais grave para a atenção primária ou especializada em saúde mental.

Os participantes da pesquisa afirmam não ter sofrido discriminação racial nos equipamentos de saúde, no entanto, relacionam piores práticas de atendimento em razão de serem pobres. Tal afirmação corrobora a ideia de Jaccoud (2008:55) de que "a discriminação não atua isoladamente, mas em conjunto com outros mecanismos, no processo de produção e reprodução da pobreza e da restrição de oportunidades para os negros no país". Ou seja, os participantes reconhecem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas rurais, a menor disponibilidade de serviços, grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte, baixa renda, isolamento geográfico, horários de atendimentos, longas filas e tempo de espera, além da precariedade quanto à infraestrutura e às condições de vida no território, aspectos que compõem uma equação bem complexa em termos de determinação e revelam o racismo institucional, incluindo o racismo ambiental, em operação.

Assim, considera-se que o racismo institucional na saúde gera ou aprofunda estas desigualdades de busca, acesso e adesão aos serviços, uma vez que coloca em desvantagem coletivos étnicos específicos. Como determinante das desigualdades de saúde, tem sido um apontamento constante nas políticas neste âmbito, reconhecendo os processos historicamente produtores de más condições de vida, marginalidade, preconceito e violência. Segundo Lacerda & Silva (2018), estas formas discriminatórias produzem desigualdades e geram diferenciais não só de acesso aos cuidados em saúde, mas provocam alterações fisiológicas, adoecimento e afetam a autopercepção destes indivíduos, os quais passam a internalizar determinados estereótipos.



Frente à escassez de estratégias de apoio e cuidados formais, ou seja, o "auxílio provido por instituições especializadas ou pessoas treinadas, qualificadas formalmente para prestar auxílio como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros" (Souza et al. 2013, p. 595), estas pessoas investem em estratégias alternativas como o apoio psicossocial e comunitário como uma das formas de acolhimento e suporte ao sofrimento psíquico. Segundo Silveira et al. (2011, p. 585), pode-se entender apoio social como sistema protetor, resultado de "qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos ou pessoas, com as quais teriam contatos sistemáticos, que resultam em efeitos positivos para quem recebe, como também para quem oferece apoio".

É fundamental pensar a categoria de apoio social para as comunidades quilombolas, já que tem como uma de suas características os laços de consanguinidade (Silveira et al. 2011). Isto implica pensar simultaneamente em como estas pessoas se organizam segundo laços afetivo-solidários, culturais, étnico-raciais e identitários tradicionais, mas também em como as relações comunitárias, com base nos signos urbanos, sobretudo, pela individualização-particularização-privatização da vida e das relações sociais, têm provocado mudanças nesses laços. Nesses termos, as formas de apoio apresentam-se variadas, algumas por meios materiais:

"Às vezes, um passa necessidade aqui e acolá, fica pedindo umas coisas pra ajudar, pra entregar pra família [...] mas nessa parte de problema, assim, do psicológico, tem não! (participante 8, comunicação pessoal, 2017).

Para Cardoso (2015), é preciso superar a compreensão simplista segundo a qual estas comunidades são reconhecidas somente pelo seu caráter comunal, desconhecendo as relações de poder configuradas e



reconfiguradas cotidianamente. Valentim & Trindade (2011) corroboram isso, sinalizando que a identidade e a representação semântica nomeada como “quilombola” é um fato recente, a qual surge, em muitos casos, a partir das relações com atores de fora da comunidade, possibilitando uma nova forma discursiva de existência. Em outras palavras, esta representação de coesão social e comunitária aglutinada sob o signo do remanescente de quilombo contrasta, cada vez mais, com um mundo globalizado capitalista, sustentado pela lógica individualizante e privatista. Isso ajuda a compreender em parte por que foi tão presente nas entrevistas o apoio familiar, social e comunitário, ora como suporte e proteção, ora como instâncias problemáticas, indiferentes ou mesmo produtoras de estigmas e preconceitos.

Por sua vez, há um entendimento entre algumas participantes da pesquisa quanto à necessidade de um apoio que combine agências formais e informais, tais como profissionais de saúde, familiares e pessoas próximas do convívio comunitário, o que aponta para uma visão mais ampliada do sofrimento psíquico e da importância de se diversificar as estratégias de enfrentamento, como sugere o seguinte trecho de entrevista:

Pesquisadora - Você fez o tratamento com a psicóloga até o fim?

Participante - Eu fiz até o fim do tratamento. Quando ela disse que tava bom, eu parei. Ela disse se precisasse, eu voltasse lá.

Pesquisadora - Como você se sentiu com o tratamento? Você acha que deu certo? Ajudou?

Participante - Eu gostei. Achei que deu bem, mas a ajuda do povo da comunidade também. Me dizendo coisa boa. Muita gente me deu conselho, aí com isso juntando uma coisa com a outra dá tudo certo.



Pesquisadora - Que tipo de serviço que você acha que deveria ter aqui na comunidade pra pessoas que passam por problemas como o seu, e que não estão disponíveis?

Participante - Queria que tivesse acompanhamento, né? Pessoas que dessem apoio. Tipo uma casa de apoio. Por que tem vez que muita mãe de família passa por uma coisa dessas e nada resolvido, né? Porque não tem o apoio que deve ter. Ter um posto, sei lá como fosse, pra atender essas pessoas assim, que passa por um momento desse, né? Que nem agora tá passando uma jovem aí e só tem apoio mesmo no psicólogo em Bom Jesus, somente.

Por fim, desvelar essas desigualdades estruturantes contribui para entender o processo de vulnerabilização das populações rurais, a precarização das suas condições de vida e de saúde, apontando a estreita associação entre cenários de vida marcados por intensas desigualdades, injustiças, racismos, violência, modalidades de relações de gênero e a produção de sofrimento psíquico. Tal cenário se coloca de modo desafiador não só para o cotidiano da vida dessa população, especialmente das mulheres, como também para a formulação de políticas públicas que alcancem e respondam às necessidades e especificidades dos contextos rurais. A perspectiva da determinação social da saúde mental articula um cenário composto por condicionantes que devem ser minuciosamente analisados para compreender as sutilezas do sofrimento psicossocial nos territórios rurais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explorar a questão do sofrimento psíquico em comunidades quilombolas rurais mostra-se extremamente complexo, uma vez que se produz em meio à múltiplas precariedades em termos das condições de vida, trabalho, acessibilidade e da qualidade da atenção em saúde mental. O racismo institucional se revela na associação intrínseca com a condição de pobreza, interfere no tipo de atendimento e no modo como os serviços de saúde são ofertados a esta população, desconsiderando, por exemplo, as singularidades do território tanto do ponto de vista de organização do espaço, quanto em relação aos modos de vida produzidos no cotidiano dessas comunidades. Considerando a situação de desvantagem social em que vivem, a qual vai passando de geração em geração, é imprescindível qualificar nosso olhar e as estratégias de intervenção, para que não se configurem como mais uma prática iatrogênica e perpetuadora das desigualdades que atingem as populações negras e do campo. O cenário político atual de desmonte das políticas públicas estratégicas para a diminuição das desigualdades sociais e de saúde, bem como a existência cada vez mais forte da lógica asilar e de fragilização da perspectiva territorial e comunitária em saúde mental vão seguramente, intensificar os níveis de sofrimento das populações rurais, que já sofrem os efeitos das iniquidades sociais e das políticas de precarização da vida.

REFERÊNCIAS

Alpino, T. A., A. R. M. Sena, e C. M. Freitas. 2016. Desastres relacionados à seca e saúde coletiva – uma revisão da literatura científica. *Ciência & Saúde coletiva*, 21(3):809-820. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.21392015>

Alves. A. M. M., e N. F. R. Rodrigues. 2010. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 28(2):127-131. Disponível em

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 19 jun.2020.

Arruti, J. M. 2008. Políticas públicas para quilombos - Um ensaio de conjuntura a partir do exemplo da Saúde. *Tempo e Presença Digital* 3(11):1. Disponível em http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=208&cod_boletim=12&tipo=Artigos. Acesso em: 19 jun. 2020.

Beusenberg, M., e J. H. Orley. 1994. *Division of mental health. A user's guide to the self-reporting questionnaire*. Geneva: World Health Organization.

Bezerra, V. M., D. S. Medeiros, K.O. Gomes, R. Souza, L. Giatti, A. P. Steffens, C. N. Kochergin, C. L. Souza, C. S. Moura, D. A. Soares, L. R. C. S. Santos, L. G. V. Cardoso, M. V. Oliveira, P. C. Martins, S. C. Oliveira, O. S. C. Neves, e M. D. C. Guimarães. 2014. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 19(6):1835-1847. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>

Brasil. 2003. Decreto nº 4887 de 20 de novembro. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: 20 mar. 2018.

Brasil. 2007. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Brasil. 2013. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Brasil. 2017. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Breilh, J. 2010. Lastres “s” de ladeterminación de la vida y el triángulo de la política: 10 tesis hacia una visión crítica de ladeterminación social de la vida y la salud, in *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Editado por R. P. Nogueira, pp.87-126. Rio de Janeiro: CEBES.

Camurça, C. E. S., A. B. Alencar, E. C. Cidade, e V. M. Ximenes. Implicações psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana* 34(1):117-128. DOI: [dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.08](https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.08)

Cardoso, L. F. C. 2015. "O suor marca a terra": trabalho, direito e território quilombola na Ilha do Marajó, Pará. *Ambiente & Sociedade*18(2):75-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422ASOCEX05V1822015en>

Costa, M. G. S. G, M. Dimenstein, e J. F. Leite. 2014. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)*19(2):145-154. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007_

Crenshaw, K. 2002. Documento para o encontro de especialistas em aspecto da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*10(1):171-188. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

Dimenstein, M., K. Siqueira, J. P. Macedo, J. F. Leite, e C. Dantas. 2017. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*69(2):72-87. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt. Acesso em: 20 mar. 2018.

Gadelha, C. A. G., C. V. Machado, L. D. Lima, e T. W. F. Baptista. 2011. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*16(6):3003-3016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600038>

Garbois, J.A., F. Sodr e, e M. Dalbello-Araujo. 2017. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*41(112): 63-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>

Goldberg, D., e P. Huxley. 1992. *Common mental disorders: a bio-social model*. New York: Tavistock/Routledge.

Gonçalves, D. M., A. T. Stein, e F. Kapczinski. 2008. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cadernos de Saúde Pública*24(2):380-390. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

Jaccoud, L. 2008. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil, in *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição*. Editado por M. Theodoro, pp. 131-166. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Kalckmann, S., C. G. Santos, L. E. Batista, e V. M. Cruz. 2007. Racismo institucional: um desafio para a igualdade no SUS? *Saúde e Sociedade* 16(2):146-155. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>

Kochergin, C. N., F. A. Proietti, e C. C. César. 2014. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* 30(7):1487-1501. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141213>

Lacerda, R. S., e G. M. Silva. 2018. Territorialidades, saúde e ambiente. *Sustentabilidade em Debate* 9(1):107-120. DOI: <https://doi.org/10.18472/SustDeb.v9n1.2018.26960>

Leite I. B. 2008. O Projeto Político Quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. *Estudos Feministas* 16(3):965-977. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300015>

Leite, J. F., M. Dimenstein, R. Paiva, L. Carvalho, A. K. M. A. Amorim, e A. França. 2016. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão* 36(2):341-353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001812013>

Melo, M. F. T., e H. P. Silva. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN* 7(16):168-189.

Oliveira, F., e M. V. D'Abadia. 2015. Territórios quilombolas em contextos rurais e urbanos brasileiros. *Élisée - Revista de Geografia da UEG*, 4(2):257-275. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/elisee/article/view/3712>. Acesso em: 15 abr. 2017.

Pinho, P. S., e T. M. Araújo. 2012. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 15(3):560-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>

Porto, L.K., C. Kaiss&I. Cofré. 2012. Sobre o solo sagrado: identidade quilombola e catolicismo na comunidade de Água Morna (Curiúva, PR). *Religião & Sociedade*, 32 (1):39-70. Doi: https://doi.org/10.1590/S0100-858720120001000003_



Reis, T.L., C. M. Dahl, S. M. Barbosa, M. R. Teixeira, e P. G. G. Delgado. 2016. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*40(109):70-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610906>

Sack, R. D.1986. *Human territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sampaio, E. O. 2003. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local*4(6):77-83. Disponível em: <http://www.interacoes.ucdb.br/article/viewFile/561/598>. Acesso em: 20 mar. 2018.

Santos, R. C., e M. S. Silva. 2014. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*23(3):1049-1063. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>

Scott, J.1995. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 2(20):71-100.

Silva, J. A. N. 2007. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*16(2):111-124. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200011>

Silveira, C. L., M. L. D. Budó, L. B. Ressel, S. G. Oliveira, e B. S. Simon. 2011. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Ciência, Cuidado e Saúde* 10(3):585-592. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuccidsaude.v10i3.17190>

Souza, J., L. Y. Almeida, T. M. C. Veloso, S. P. Barbosa, e K. G. G. Vedana. 2013. Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*26(6):594-600. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600014>

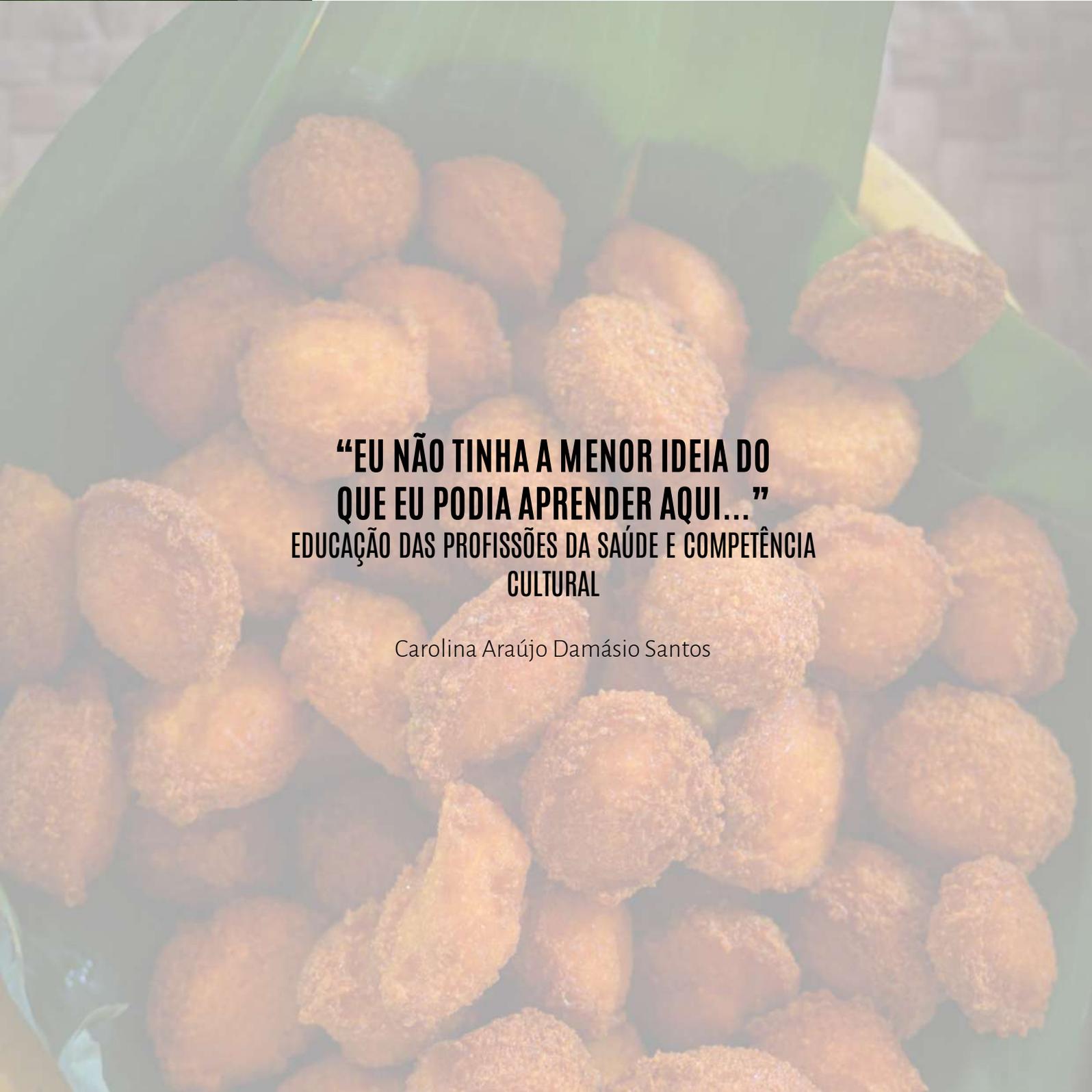
Valentim, R. P. F., e Z. A. Trindade. 2011. Modernidade e comunidades tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. *Revista Psicologia Política* 11(22):295-308. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2017.

Vieira, A. B. D., e P. S. Monteiro. 2013. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde em Debate*37(99):610-618. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400008>

Wanderley, M. N. B. 2001. A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural, in *Unanuevaruralidaden América Latina?* Editado por N. Giarraca, pp. 31-44. Buenos Aires: CLACSO.

Zanello, V., e R. M. C. Silva. 2012. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética* 20(2):267-279. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745. Acesso em: 15 abr. 2017.





**“EU NÃO TINHA A MENOR IDEIA DO
QUE EU PODIA APRENDER AQUI...”**
EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE E COMPETÊNCIA
CULTURAL

Carolina Araújo Damásio Santos

“EU NÃO TINHA A MENOR IDEIA DO QUE EU PODIA APRENDER AQUI...”

EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE E COMPETÊNCIA CULTURAL

Carolina Araújo Damásio Santos

INTRODUÇÃO

O CENÁRIO BRASILEIRO

A história do Brasil, construída sobre as bases da desigualdade, reservou para a população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, um racismo silencioso e não declarado. A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra.(1)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina estabelecem que os conteúdos fundamentais devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e inseridos na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações de cuidar em saúde, contemplando a abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos





humanos, responsabilidade social, educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena.(2)

O tema passa a ter mais relevância no contexto atual do Ensino Superior no Brasil, a partir da Lei nº 12.711/2012, que garante a reserva de 50% das matrículas por curso e turno nas 59 universidades federais e 38 institutos federais de educação, ciência e tecnologia para alunos oriundos integralmente do ensino médio público, com percentual mínimo reservado para a soma de pretos, pardos e indígenas em cada estado da Federação, de acordo com dados do último censo demográfico do IBGE.(3) Isso traz um enorme avanço na ampliação do acesso ao Ensino Superior em nosso País, mas, ao mesmo tempo, acarreta para as universidades a necessidade de progressivamente incluir em seus cursos atividades que concorram para o desenvolvimento de competências culturais destinadas a abordar as especificidades de tais minorias étnicas e raciais.

Dentro do contexto das chamadas populações tradicionais no Brasil, existe a população quilombola, grupo étnico e minoritário dentro da população negra brasileira, que ainda luta por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na atenção à saúde.(1) Por ser um grupo historicamente perseguido e/ou excluído, enfrenta maiores dificuldades no acesso à saúde pública, tanto em função das profundas desigualdades sociais a que está exposto, quanto em relação à localização geográfica das comunidades, predominantemente rurais e remotas.

No cenário atual do Ensino na Saúde, as populações afrodescendentes ainda são negligenciadas, a despeito dos inegáveis avanços relacionados à integração ensino-serviço-comunidade em várias instituições de ensino superior. Parte dessa dificuldade decorre da relativa invisibilidade que esses grupos populacionais representam para as escolas de saúde, cujos currículos conservadores desconsideram suas necessidades específicas de

saúde, resultando na deficiente capacidade dos professores e estudantes em lidar com o contexto multicultural.

O momento atual exige do profissional de saúde saber investigar a forma como a comunidade constrói suas representações de mundo, as quais interferem diretamente nas práticas relacionadas à saúde que, por sua vez, ou reafirmam as representações ou as transformam. A forma com que as pessoas produzem práticas relacionadas à saúde está diretamente ligada a seu cotidiano e às relações que constroem entre si e com o ambiente que as cerca.

O racismo institucional atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, provocando uma desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial, e para sua desconstrução, é preciso a implementação de políticas públicas que provoquem um processo de desracialização, assim como gerar reflexões acadêmicas de como operam esses mecanismos.(4)

COMPETÊNCIA CULTURAL NA FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE

Em sociedades que estão se tornando rapidamente multiculturais, os profissionais de saúde, cada vez mais, se deparam com o desafio de promover o cuidado integral à saúde de pessoas inseridas no contexto da diversidade étnica e cultural. A literatura vem delineando, de modo crescente, os diversos impactosexercidos pelos fatores socioculturais, raça e etnia na assistência à saúde e no atendimento clínico, indicando que a falta de cuidados culturalmente competentes contribui diretamente para resultados negativos na experiência de cuidado vivida pelos usuários, redução da confiança do paciente e aumento das iniquidades em saúde, independentemente da qualidade dos serviços e sistemas de saúde disponíveis. (5)



A cultura pode ter importantes consequências para a formação de vínculos no relacionamento interpessoal que se estabelece entre os profissionais de saúde e seus pacientes. A falta de consideração das diversidades culturais e linguísticas de um paciente pode resultar em histórias clínicas imprecisas, diminuição da satisfação com a atenção recebida, baixa adesão ao tratamento, descontinuidade dos cuidados, menor rastreio preventivo, falhas na comunicação, dificuldades com o consentimento informado, analgesia inadequada, menor probabilidade de ter um provedor de atenção primária, menor acesso aos cuidados, uso prejudicial de remédios e atraso nas imunizações.(6)

O cuidado com a saúde e uma construção social complexa que torna o contexto, a localização geográfica e a cultura importantes considerações em qualquer discussão sobre o comportamento dos profissionais de saúde. Estudantes, educadores e profissionais de saúde estão agora muito mais em movimento global, sendo expostos a atitudes, valores e crenças culturais e sociais que podem diferir de suas próprias percepções tradicionais de profissionalismo.(7)

Deste modo, os profissionais de saúde não estão protegidos da diversidade, pois os pacientes apresentam variadas perspectivas, valores, crenças e comportamentos em relação à saúde e ao bem-estar, que incluem variações no reconhecimento de sintomas, limiares para busca de cuidados, capacidade de comunicar queixas a um provedor que entenda seu significado, capacidade de entender a prescrição, expectativas de cuidados (incluindo preferências para ou contra procedimentos diagnósticos e terapêuticos) e adesão a medidas preventivas e medicamentosas (6) O fato de alguns profissionais de saúde não valorizar os fatores socioculturais dos pacientes pode levar a estereótipos e, no pior dos casos, tratamento tendencioso ou discriminatório com base em raça, cultura, ou status social.(8)

É nesse contexto que o desenvolvimento da "competência cultural" se apresenta como estratégia para a formação em saúde, capaz de ajudar esses profissionais com as questões relacionadas à diversidade étnica e cultural, sendo também um meio para a melhoria da qualidade do cuidado e para a redução das disparidades étnicas e raciais.(9)

Várias definições de competência cultural são encontradas na literatura.(10,11) O conceito de competência quando analisada sob a ótica da formação profissional na área da saúde, pode ser traduzida como a capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional. (12) Já 'cultura' refere-se a

"padrões aprendidos de comportamento e alcance de crenças atribuídas a um grupo específico que são transmitidos através de gerações. Inclui modos de vida, normas e valores, instituições sociais e uma construção compartilhada do mundo físico".(13)

Sendo assim, um profissional de saúde que possui competências culturais envolve comportamento que se adequam aos valores, crenças e modos de vida individuais, grupais ou institucionais, afim de proporcionar cuidados de saúde de qualidade. (13)

Seeleman et al. (9), após extensa revisão da literatura, propôs um quadro conceitual sobre competência cultural baseado nas competências dos médicos em geral e nas dificuldades experimentadas por médicos em cenários culturais diferentes. O quadro conceitual abrange conhecimento (epidemiologia e manifestação de doenças em vários grupos étnicos e efeitos diferenciais do tratamento nestes grupos), atitudes (conscientização de como a cultura molda o comportamento individual e o pensamento, conhecimento



do contexto social em que vivem os grupos étnicos específicos, consciência dos próprios preconceitos e tendência ao estereótipo) e habilidades (capacidade de transferir informações de uma forma que o paciente possa entender, saber quando buscar ajuda externa com comunicação e capacidade de adaptação a novas situações de forma flexível e criativa).

Para Kelly (14), a expressão “competência cultural” define a capacidade de um médico possuir consciência cultural, conhecimento e habilidades para efetivamente e respeitosamente obter uma história clínica completa que permitirá ao provedor diagnosticar com precisão o problema e colaborar com o paciente no desenvolvimento de um plano terapêutico.

Além disso, Betancourte (5) sugere que o treinamento em medicina intercultural pode ser dividido em três abordagens conceituais focadas em atitudes, conhecimentos e habilidades. As atitudes incluem os aspectos centrais para o profissionalismo (humildade, empatia, curiosidade, respeito, sensibilidade e consciência de todas as influências externas sobre o paciente), além de capacidade de promover a autorreflexão, incluindo a compreensão de sua cultura, tendências, estereótipo e apreciação de diversos valores, crenças e comportamentos de saúde. A abordagem no tocante ao conhecimento sugere que o indivíduo pode aprender sobre a comunidade em que ele pratica ou treina, incluindo contexto social e histórico da população, o status socioeconômico, a experiência de imigração, hábitos nutricionais, ocupações comuns, padrões de alojamento, doenças populares, práticas de cura e incidência e prevalência de doenças. Já para as habilidades, o ensino se concentra nas habilidades de comunicação e capacita os alunos a estar conscientes de certas questões culturais transversais, questões sociais, e crenças de saúde, ao mesmo tempo em que fornece métodos para lidar com informações clinicamente relevantes.

Já Campinha-Bacote (10) desenvolveu um modelo de cuidados culturalmente competentes que identifica cinco construções de competência



cultural para os profissionais de saúde, sendo esta definição a adotada na presente pesquisa: consciência cultural (autorreflexão dos próprios preconceitos), conhecimento cultural (obtenção de informações sobre diferentes culturas), habilidades culturais (habilidade de obter dados culturais relevantes do problema do paciente), encontros culturais (experiências pessoais com pacientes de diferentes origens) e desejo cultural (o desejo de ser culturalmente competente).

Assim, é de extrema importância o desenvolvimento de currículos para a formação para as profissões da saúde que possibilitem aos alunos avaliar e apreciar as fontes culturais das crenças de saúde de cada paciente. A incapacidade de desenvolver essas habilidades e atitudes pode limitar o acesso aos recursos de cuidados de saúde para alguns usuários, representar riscos para a segurança do paciente e contribuir para a persistência das disparidades na assistência à saúde.(15)

Nos Estados Unidos, mais de 90% das escolas médicas incluem treinamento de competência cultural em seus currículos.(16) Embora as escolas de medicina sejam obrigadas a incorporar a diversidade cultural em seus currículos de graduação, cada escola determina o conteúdo específico e abordagens pedagógicas.(17) No entanto, ainda existem barreiras importantes para implementar o treinamento de competências culturais na formação em saúde. Exemplos incluem identificar o melhor momento no currículo para inserção do conteúdo e encontrar tempo em um currículo atualmente sobrecarregado. Além disso, os instrumentos de avaliação foram apenas parcialmente testados nestes contextos. Assim, é necessário testar a eficácia de abordagens novas, curtas e padronizadas para o ensino de competências culturais.(18)

Proporcionar aos estudantes de medicina oportunidades culturalmente imersivas para promover um conceito multicultural de saúde, pode ser um componente importante na formação de médicos que

demonstrem competência cultural.(17) Apesar de algumas limitações conceituais, a maioria das pesquisas tem sugerido que o treinamento de competências culturais pode efetivamente sensibilizar os profissionais de saúde para as diferenças culturais e aumentar a qualidade do cuidado. (14) No Brasil, de dimensões continentais, diferenças regionais e conjunturas sociais tão díspares, a inserção do tema nos currículos das profissões da saúde é uma necessidade e a carência na literatura de relatos de experiências neste sentido, uma realidade.

O PROJETO “BARRIGUDA”

O projeto Barriguda é realizado pelo Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi (CEPS), do Instituto Santos Dumont, desde 2015, na comunidade rural de Capoeira dos Negros. A comunidade de Capoeiras, como é mais conhecida, no município de Macaíba, é a maior comunidade quilombola do estado do Rio Grande do Norte, tendo aproximadamente 300 famílias com acesso limitado aos cuidados adequados à saúde. A comunidade fica localizada em uma zona rural, e não possui equipe de estratégia de saúde da família.

O projeto piloto foi desenvolvido por meio da pesquisa-ação que objetivou identificar as necessidades de saúde materna da população de Capoeiras e estabelecer estratégia de cuidado para essa população específica. Após esta etapa, foi implantado um serviço de atenção pré-natal interprofissional que contou com a participação discente como integrante da equipe (médico, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, estudantes do internato em Tocoginecologia). A preparação dos profissionais incluiu discussões e estudos sobre antropologia da comunidade em questão, políticas públicas para a saúde da população negra e competência cultural.



Os atendimentos às gestantes da comunidade passaram a ser realizados pela equipe do CEPS na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade, em frequência semanal, incluindo também ações de educação em saúde com o emprego de tecnologias leves, dinâmicas de grupo, técnicas de relaxamento, atividades artísticas e culturais.

O projeto e a experiência com os discentes, motivou a criação da disciplina descrita no presente trabalho, visto a importância do tema na formação dos profissionais da área da saúde e da falta deste conteúdo nos currículos de escolas da saúde brasileiras.

No ano de 2015, 37 estudantes de Medicina, do internato, participaram do Projeto Barriguda e, a partir dos resultados da vivência desses estudantes, foram desenvolvidas as estratégias de ensino-aprendizagem voltadas para o desenvolvimento de competências culturais. Essa etapa contemplou a realização de discussões com os estudantes acerca de como suas percepções e pressupostos se integrariam às necessidades efetivamente apontadas pela comunidade quilombola. As atividades de educação em saúde com o uso de tecnologias leves, notadamente a arteterapia, foram apontadas como principal recurso facilitador para o desenvolvimento das competências culturais.(19)

Em 2017, o Projeto Barriguda foi premiado pela Organização Pan-americana de Saúde e Conselho Nacional de Saúde como Laboratório de Inovação para o Sistema Único de Saúde (SUS) na categoria Participação Social, em reconhecimento aos relevantes resultados obtidos na promoção do acesso à saúde de mulheres em situação de vulnerabilidade. (20)

É nesse contexto de necessidade de inclusão no currículo de estratégias capazes de oportunizar o desenvolvimento de competências culturais na formação em saúde que se insere a presente iniciativa, no intuito de contribuir para a superação dos desafios inerentes ao desenvolvimento

curricular, às metodologias de ensino e aprendizagem, aos cenários de prática e à integração ensino-serviço-comunidade.

OBJETIVOS

Geral:

- Contribuir para o desenvolvimento de competência cultural na formação das profissões da saúde.

Específicos:

- Desenvolver e implementar o componente curricular optativo “Competência Cultural na Atenção à Saúde da Mulher Quilombola” para os cursos de graduação da área da saúde da UFRN.
- Descrever os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o desenvolvimento de competência cultural relacionada à saúde da mulher quilombola.
- Avaliar a autopercepção dos estudantes que vivenciaram o componente curricular sobre o desenvolvimento de competências culturais na formação em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

O percurso metodológico adotado foi uma pesquisa com abordagem qualitativa, sendo desenvolvido um estudo de caso exploratório (21). O referencial epistemológico utilizado foi o da fenomenologia social, oriunda da filosofia compreensivista, que busca a compreensão e a interpretação da realidade, das relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações, a



partir de um conjunto de fenômenos gerados socialmente. Esta abordagem tem sido muito utilizada em pesquisa na área da saúde, pois busca compreender o significado atribuído ao fenômeno estudado, bem como a compreensão do homem em suas múltiplas dimensões, em favor de uma afirmação dos direitos individuais e do princípio de autonomia das pessoas. Sob esta compreensão, o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (22,23) O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN conforme Parecer 1.360.679/2015.

O componente curricular “Competência Cultural na Atenção à Saúde da Mulher Quilombola” foi proposto com objetivo de proporcionar aos estudantes o desenvolvimento de competências culturais no contexto da atenção à saúde e educação de populações cultural e etnicamente diversas. A disciplina surgiu em resposta às demandas identificadas no âmbito do Projeto Barriguda, uma estratégia de integração ensino-serviço-comunidade desenvolvida na comunidade quilombola de Capoeira dos Negros, ou Capoeiras, em Macaíba-RN. (19)

Sob a perspectiva da educação e do trabalho interprofissional, o Projeto Barriguda implantou serviço de atenção pré-natal, com participação de alunos do internato do curso de Medicina como parte da equipe de saúde constituída por médico, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social. Os atendimentos às gestantes são realizados semanalmente na própria comunidade e incluem ações de educação em saúde, com o emprego de tecnologias leves, dinâmicas de grupo, técnicas de relaxamento, atividades artísticas e culturais.

A disciplina “Competência Cultural na Atenção à Saúde da Mulher Quilombola” foi implantada em março de 2016 e inserida como componente



curricular optativo para os cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, contabilizando 60 horas-aula e 4 créditos. No desenvolvimento do plano de curso foram considerados os resultados acerca das percepções de 37 estudantes do internato de Medicina, que participaram das atividades do Projeto Barriguda acima descrito. Com base nestas observações e no levantamento bibliográfico sobre o tema foram definidos os conteúdos e as estratégias de ensino- aprendizagem a serem implementadas no componente curricular, com objetivo de promover o desenvolvimento de competências culturais. Alguns princípios gerais foram norteadores do planejamento pedagógico da disciplina, como a educação interprofissional, o emprego de tecnologias leves, a possibilidade de inserção de estudantes desde o início de seus cursos de graduação, e não apenas nos anos finais, e a necessidade de oportunizar maior tempo de convivência entre os estudantes e as pessoas da comunidade, incluindo-se mais oportunidades de “imersão na vida de Capoeiras”, para além das ações específicas de cuidado e educação em saúde. (19)

No que se refere à dimensão cognitiva, a ideia central da disciplina é abordar o conhecimento dos processos que influenciam a saúde e cuidados de saúde da população quilombola. O elemento de habilidades se concentra nas habilidades de comunicação e compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença das mulheres quilombolas. Quanto ao componente atitudinal, propõe-se a estimular a capacidade reflexiva dos estudantes acerca dos diversos valores, crenças e comportamentos relacionados à saúde. Adicionalmente, busca promover reflexões sobre a formação racista da sociedade brasileira, a marginalização das comunidades afrodescendentes e a relativa invisibilidade de suas contribuições e necessidades.



A disciplina prevê uma fase de preparação para a inserção dos estudantes na comunidade, com abordagem interdisciplinar das interfaces da Saúde com a Antropologia, Sociologia, Geografia e História, em relação a temas que incluem desde a diáspora do povo negro, cultura e religião afro-brasileira, passando pelas políticas públicas para a saúde da população negra no Brasil, até o entendimento da competência cultural como estratégia para redução das iniquidades no cuidado com a saúde das pessoas. Na sequência, os alunos passam para a fase de entrada no campo, que se inicia com a apresentação e a interação com os líderes locais e o conhecimento sobre o território e seus equipamentos sociais. A disciplina culmina com a realização de atividades na comunidade, que se desenvolvem de forma integrada com o projeto Barriguda e culminam com o desenvolvimento e execução de um projeto coletivo de intervenção.

Como estratégia para a ampliação dos horizontes de conhecimento dos estudantes, docentes de diferentes áreas do conhecimento participam da disciplina, incluindo professores das diversas áreas da saúde, antropólogos, cientistas sociais, geógrafos, historiadores, jornalistas, pedagogos e lideranças comunitárias de Capoeiras.

A presente pesquisa compreende a análise dos resultados referentes ao desenvolvimento da disciplina nos semestres letivos 2016.1, 2016.2, 2017.1 e 2017.2, com participação de 24 estudantes dos seguintes cursos: Medicina (n=8), Fisioterapia (n=11), Odontologia (n=2), Nutrição (n=1), Psicologia (n=1) e Comunicação Social (n=1).

Para a coleta de dados foram utilizados o procedimento da observação participante e a realização de grupos focais. No total, foram realizados quatro grupos focais com duração média de 120 minutos, sendo um para cada turma ofertada. Os grupos focais foram guiados por roteiro semiestruturado incluindo as percepções dos estudantes sobre a disciplina, como se estabeleceu o vínculo com a comunidade e quais as competências

que reconheciam como necessárias para atuação junto à comunidade quilombola. As informações foram registradas em áudio, sendo a seguir transcritas, analisadas e codificadas. As informações obtidas por meio da observação participante foram registradas em diário de campo e, posteriormente, integradas ao processo de análise.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temática categorial segundo Bardin (24), sendo realizadas as seguintes etapas: leitura do material coletado; formulação das categorias de análise utilizando o referencial teórico com os princípios da exclusão mútua, da homogeneidade, e da objetividade; recorte do material em unidades de registro comparáveis; classificação das unidades de registro em categorias comuns; inferência e interpretação respaldadas no referencial teórico sobre o tema. As categorias referentes ao desenvolvimento de competência cultural foram baseadas no conceito proposto por Campinha-Bacote (10). As demais categorias foram definidas de forma empírica, após a análise de conteúdo.

RESULTADOS

GRUPO FOCAL

A análise dos dados no tocante a autopercepção sobre competência cultural presente nas falas dos alunos foi classificada nas categorias propostas por Campinha-Bacote (10): 1) consciência cultural, 2) conhecimento cultural, 3) habilidades culturais, 4) encontros culturais, e 5) desejo cultural.

CONSCIÊNCIA CULTURAL

A consciência cultural abrange a capacidade de autorreflexão sobre os próprios preconceitos e estereótipos, e qualquer outra pressuposição que se

pode fazer de indivíduos diferentes de nós. Os alunos em diversos momentos fizeram reflexões sobre os seus preconceitos e reforçaram a importância da disciplina e a vivência na comunidade como forma de promover essas reflexões.

— “Eu nunca tinha parado para ler nada sobre isso. Acho que por preconceito mesmo... Não tinha a menor ideia.” (aluno de medicina— sobre as religiões afro-brasileiras)

— “Nunca pensei que isso existisse tão perto da gente.” (aluno de medicina)

— “Eu acho que cada encontro teve alguma coisa que afinetou em algum lugar. De nenhum encontro eu saí quieta... Todos os encontros eu saí com algo na cabeça para pensar, para transformar, para conversar com os meninos em vários outros momentos. E foi assim, do primeiro ao último encontro...” (aluna de fisioterapia)

Ly e Crowshoe (25) propõem que os alunos precisam desenvolver uma compreensão crítica das disparidades raciais e étnicas que permeia os cuidados de saúde, e que devem ser oferecidas oportunidades de desconstruir o racismo e seus efeitos nas interações de saúde.

Uma pesquisa nacional realizada com o objetivo da identificação do racismo institucional com gestores e trabalhadores do setor público realizada em várias cidades do país, evidenciou o tratamento diferenciado e desigual entre brancos e negros nas relações de trabalho; a dificuldade de reconhecimento da competência de pessoas negras em cargos técnicos e de gestão; a discriminação dos usuários em função do seu pertencimento racial e a falta de conhecimento sobre diversidade e práticas culturais e religiosas dos profissionais. (4)

Outro estudo brasileiro de abrangência nacional procurou analisar as diferenças entre a assistência de pré-natal e parto de acordo com a raça e a cor, encontrando que puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade para o parto, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia (26), explicitando na saúde materna as disparidades raciais existentes no nosso sistema de saúde.

— “Não tinha participado de nenhuma discussão sobre competência cultural na faculdade, e nem sempre sabemos respeitar a cultura e pensamento do indivíduo. Abriu minha cabeça para muita coisa, e me tocou de como quero ser para a vida, e como profissional...” (aluno de comunicação social)

Promover oportunidades de reflexão sobre o racismo que permeia a sociedade brasileira na formação em saúde, a começar pelos próprios preconceitos e estereótipos e despertar a consciência de que não somos imunes a estes, é de extrema importância para formar profissionais hábeis para o cuidado das minorias étnicas e populacionais do nosso país.

CONHECIMENTO CULTURAL

Conhecimento cultural como dimensão da competência cultural consiste em obter informações sólidas sobre populações específicas, incluindo crenças relacionadas à saúde, práticas e valores culturais, incidência e prevalência de doenças, e particularidades no tratamento (10). Esta categoria foi amplamente presente nos relatos dos estudantes, porém com a particularidade de ressaltar o desconhecimento prévio do assunto e falta de abordagem do tema nos currículos das profissões da saúde. Em várias

atividades teóricas e práticas, ouvimos comentários similares, ressaltando o desconhecimento prévio sobre o tema.

— “...uma população negra, ela tem várias dimensões, e eu acho que a área da saúde ela precisa ser mais trabalhada dentro da própria academia, como por exemplo doenças específicas, particularidades de um tratamento para a população negra como a anemia falciforme, enfim, outras particularidades que a gente não tem acesso na própria construção dos cursos, não estudamos isso com um olhar direcionado, a gente só vê pontualmente...” (aluno de fisioterapia)

Pieper et al (27), realizaram grupo focal sobre competência cultural com médicos residentes na Irlanda, local onde há uma grande população de imigrantes, encontrando que apesar da maioria dos participantes ter tido experiências com pacientes de origens étnicas e culturalmente diversas, quase todos reportaram problemas negativos e vários desafios nos encontros clínicos, além do relato de insatisfação com o treinamento relacionado à saúde para pacientes de origens étnicas diversas recebidos na graduação. Em nosso estudo, observamos falas com conteúdos que corroboram essa ideia:

— “...eu senti muita dificuldade de saber as particularidades da saúde das pessoas negras, pois eu não vejo isso na faculdade. E ouvi de uma mulher da comunidade que alguns remédios para hipertensão não eram bons para negros e eu fiquei chocada, pois eu não sabia disso e eu fiquei sabendo por ela...” (aluno de fisioterapia)

— “...é importante não ter uma disciplina para isso, mas ter isso em todas as disciplinas, pois a gente vê na faculdade saúde para as pessoas brancas, e eu não me

sinto competente na teoria para atender uma pessoa negra...” (aluno de odontologia)

Hoffman et al. (28) entrevistaram estudantes e residentes de medicina e constataram que eram comuns as falsas crenças sobre diferenças biológicas entre negros e brancos”, de que, ao se comparar pretos e brancos, os primeiros eram tidos como mais resistentes à dor, sendo este viés racial de percepção também associado com a tendência racial nas recomendações de tratamento, sendo prescrito menos analgesia para os pacientes pretos.

Apesar da falta de estudos nacionais semelhantes, na pesquisa ‘Nascer no Brasil’, segundo os autores houve ocasiões, como foi o caso de serviços de obstetrícia no Rio de Janeiro, em que profissionais de saúde mencionaram uma suposta melhor adequação da pelve das mulheres pretas para parir, fato que justificaria a não utilização de analgesia. (26)

Estes achados evidenciam como o racismo continua a moldar a forma como percebemos e tratamos os negros e as disparidades raciais na assistência a saúde, contribuindo possivelmente para os piores indicadores neste grupo em questão. Fechar os olhos para o problema, inclusive na formação dos profissionais, seria perpetuar as condições de vulnerabilidade já existentes. Em vários momentos no desenvolvimento das atividades práticas com a comunidade, os alunos puderam ouvir depoimentos de usuários sobre a má assistência recebida em diversos setores de saúde ao longo da vida.

Para compreender as questões de saúde, é necessário entender a inserção social desqualificada, desvalorizada, a invisibilidade das necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (1). Mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo, o que pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas, sendo a compreensão

deste contexto ponto chave no entendimento da problemática por parte dos provedores de cuidado.

Durante as discussões da disciplina, foi notável o desconhecimento dos alunos sobre as desigualdades nos indicadores de saúde com base na raça e outros aspectos relacionados a assistência da população negra, patente na fala que intitula o artigo:

“Quando cheguei aqui eu pensei que era só mais uma comunidade rural muito pobre... Eu não tinha a menor ideia do que eu podia aprender aqui...” (aluno de medicina).

Na perspectiva educacional, esta fala reveste-se de extrema importância e desvenda a invisibilidade das questões relativas à vulnerabilidade social a que está exposta a população negra nas instituições educacionais formadoras.

HABILIDADES CULTURAIS

O profissional deve ser capaz de obter dados relevantes da queixa do paciente com sensibilidade cultural, linguagem adequada, e com a participação do paciente na construção seu plano terapêutico. Nas entrevistas, os relatos sobre habilidades culturais, incluíram também as dificuldades que os alunos encontraram na prática clínica, principalmente com a habilidade de se comunicar com as gestantes:

— “Teve horas que pensei que eu tinha desaprendido a falar. Como é que pode?! Ninguém me entendia...” (aluno de medicina)

— “Nem ela me olhava e nem me respondia. O professor do meu lado... Pensei: e agora? O que é que eu faço? Eu tinha que fazer alguma coisa...” (aluno de medicina)



Desenvolver atitudes como a curiosidade, a empatia, o respeito e a humildadesão fundamentais para uma comunicação efetiva no encontro médico-paciente, seja o paciente de um contexto cultural similar ou diferente do provedor de cuidados. (5)

Os resultados de estudo realizado na segunda maior escola de medicina do Canadá mostraram que os alunos sentiram-se significativamente menos prontos paracuidar de pacientes que não falavam inglês, além de 15 % dos alunos reportarem sermenos propensos a aceitar pacientes que não falavam seu idioma.(29)

Já Zanetti et al (17) descrevem e avaliam um programa longitudinal desenvolvido durante quatro anos no currículo médico, cujo foco é a assistência às populações de recém imigrantes, encontrando impacto no desenvolvimento de habilidades e atitudes no grupo que participou do programa.

Em alguns relatos, as falas sugerem caminhos para melhorar a interação comos pacientes, e superar as barreiras existentes no encontro clínico. Também, é reconhecida a importância da construção conjunta do plano terapêutico, com a pessoano centro do cuidado e da relação:

—“...na consulta você pode perceber outros problemas que não dá para perceber em outros momentos e é necessário para construir o cuidado juntocom eles, temos um olhar diferente do deles...”
(aluno de fisioterapia)

—“Precisa estar junto, escutar, e não apenas fazer a parte medicamentosa, aquele protocolo de atendimento que todo mundo faz que já é normal, mas fazer algo mais singular para os pacientes...” (aluno de odontologia)



— “...acho que ter empatia é muito importante, se colocar no lugar do paciente, e não vê-lo só como paciente, mas como ser humano, eles têm uma forma de pensar, eles têm uma cultura, uma vida...” (aluno de fisioterapia)

Para Flores (6), o reconhecimento e a resposta adequada aos valores culturais normativos do paciente é importante, e sua falta pode resultar em uma variedade de consequências clínicas adversas.

Desenvolver a visão e a conscientização cultural tem sido descrita como uma jornada, não é algo que acontece da noite para o dia; e, assim, a exposição precoce na formação à diversidade cultural com pacientes e famílias pode estabelecer uma estrutura para um aprendizado posterior(15). Compartilhamos esse entendimento e isso motivou a oferta da disciplina para os semestres mais iniciais dos cursos.

Arno et al (30) destacam que o centro dos esforços para construir profissionalismo, humanismo, abertura cultural e humildade em estudantes de medicina é a noção de justiça: de tratar todos os pacientes como indivíduos - com toda a riqueza emocional, experiencial e cultural e que compõem a identidade do mesmo.

ENCONTROS CULTURAIS

Ter experiências pessoais com pacientes de diferentes origens, é a definição do autor para encontros culturais (10). A importância dos encontros com a população quilombola foi relatada em vários momentos nas entrevistas, e ressalta a necessidade da experiência prática no desenvolvimento de competências:



— “A gente chega lá e ainda existe esse processo de sentir a comunidade, das pessoas abrirem o espaço, confiarem em você, porque querendo ou não, temos realidades diferentes deles...” (aluno de odontologia)

— “...o que mais chamou atenção foi a gente ter tido experiências muito práticas, a experiência de viver o ambiente e, na maioria das vezes, tirar lições a partir disso, de nós mesmos, das nossas vivências...” (aluno de odontologia)

— “...e teve a questão na prática, porque a vivência faz tudo ser diferente, a teoria é uma coisa e a prática é outra completamente diferente quando falamos em competência cultural...” (aluna de fisioterapia)

Os encontros dos alunos com a comunidade foram além dos atendimentos clínicos, no âmbito individual e coletivo, e abrangeram reuniões comunitárias, rodas com as mulheres, atividades da Pastoral da Criança, atividades artísticas e comemorações locais, tendo sido uma grande oportunidade de vivência e integração com a comunidade.

DESEJO CULTURAL

O desejo de ser culturalmente competente é a base da construção da competência cultural, pois fornece os fundamentos para essa jornada. A humildade é um fator chave para abordar os desafios culturais, pois profissionais humildes têm um desejo genuíno de descobrir como seus pacientes pensam e se sentem. (10) Os alunos expressaram em suas falas o interesse em saber mais sobre o tema, e a necessidade de mais oportunidades curriculares sobre a questão:



— “Temos um déficit muito alto nessas questões, no ensino de atenção básica, de interagir, de ir na comunidade, pois os professores não se interessam, e não estão aptos a falar sobre isso, sobre as minorias populacionais. Precisamos ter abertura nas aulas para falar sobre isso, às vezes a gente tenta falar e na maioria das vezes não é levado em consideração. Precisa colocar isso na avaliação, instigar o aluno a pensar sobre isso, trazer pessoas que tenham propriedade para falar sobre o assunto...” (aluno de fisioterapia)

— “Acho interessante também o que a disciplina despertou na gente, porque depois da disciplina eu me sinto mais curioso e agora estou interessado para aprender mais de sobre competência cultural, e de pagar disciplinas semelhantes, e que quero me graduar como um profissional mais humanizado...” (aluno de odontologia)

Os relatos expõem as lacunas curriculares das graduações de saúde no Brasil, nas quais o ensino da competência cultural ainda não foi contemplado de maneira sistemática em nossas universidades. Há de se pensar na impossibilidade da construção de sistemas provedores do cuidado culturalmente competente perante a carência de profissionais de saúde culturalmente competentes. Não se pode esperar que a competência advenha simplesmente das características determinantes da personalidade, do caráter, da disponibilidade do estudante que se interessa pelo assunto (19).

Nesse sentido, Moreira, Motta (31), estudando a competência cultural na graduação em medicina e enfermagem no contexto dos povos indígenas, concluem que fica explícita a necessidade urgente de adotar medidas de adequação curricular estratégica nas instituições de ensino, a fim de que este



ensinamento não seja prerrogativa dos alunos que ingressam em estágios voluntários e em programas extracurriculares ou de iniciação científica.

A compreensão conceitual sobre competência cultural para as profissões da saúde inclui, mas não se restringe, ao conhecimento sobre os costumes, religião, hábitos alimentares e as doenças mais prevalentes em determinada população ou comunidade. Congrega desde habilidades de comunicação efetiva, a despeito da diversidade linguística, acessando e compreendendo o sistema de crenças e práticas das pessoas às quais o cuidado em saúde se destina. Compreende ainda a efetividade para interagir e cuidar de pessoas com perspectivas diferentes para a interpretação da realidade na qual estão inseridas. O desenvolvimento de competência cultural revela-se indissociável do pressuposto da responsabilidade social no contexto da educação para as profissões da saúde. Nesse sentido, preocupar-se com a formação de profissionais capazes de interagir eficazmente com indivíduos e populações culturalmente diferentes transcende a dimensão curricular do perfil do egresso desejado pelas escolas de saúde para alcançar a dimensão da efetividade dos sistemas de saúde e da necessidade que esses sejam inclusivos, democráticos e equânimes (19).

Assim, a necessidade de promover tais discussões no contexto do desenvolvimento curricular é crescente, com ênfase na integração ensino-serviço-comunidade e estratégias para desenvolver competência cultural na graduação. As revisões de literatura explicitam a falta de uniformidade nas definições e matrizes de competências culturais nas diferentes áreas de atenção à saúde. Essa falta de consenso na definição e avaliação da competência cultural pode contribuir para a heterogeneidade das intervenções e as limitações sobre a avaliação das competências.

O cuidado culturalmente competente demanda conhecimentos, habilidades e atitudes cujo desenvolvimento requer estratégias educacionais especificamente planejadas para tal, impregnadas de intencionalidade em

suas atividades e nos cenários em que professores, estudantes e comunidade interajam (19). Quando os objetivos educacionais e a estruturação dos serviços estiverem integrados às necessidades da comunidade, todos serão beneficiados.

A DISCIPLINA

Estratégias de ensino

Para o desenvolvimento da competência cultural é essencial que as estratégias educacionais sejam planejadas com objetivos específicos na construção das dimensões nos alunos, além de preceptores e professores abertos e com experiência para o ensino da diversidade.

A intencionalidade formativa das atividades de avaliação dos estudantes reveste-se em importante aspecto a ser cuidadosamente trabalhado diante do objetivo de desenvolvimento de competências culturais. Provocar nos estudantes a reflexão sobre o que está sendo “aprendido”, quais as fragilidades e fortalezas desse aprendizado, e como seria possível a superação das dificuldades encontradas, foi especialmente importante para a implementação dessa estratégia pedagógica.

Discutidas enquanto “produtos” da experiência de ensino e aprendizagem vivenciada, algumas dessas atividades avaliativas merecem ser apresentadas a título de contextualização do que foi possível observar na perspectiva docente. Destaque-se que, na grande maioria das vezes, as ideias partiram dos próprios estudantes e contaram com a facilitação docente para execução e avaliação. As iniciativas relatadas foram classificadas com base nas estratégias de ensino propostas por Anastasiou, Alves (32).

Photovoice (Estratégia utilizada: Oficina-Estudo do meio): Trata-se de metodologia de fotografia participativa, com origem na antropologia, aqui



empregada com a intenção de estimular a capacidade reflexiva. Os estudantes organizaram uma oficina de fotografia, ministrada com a colaboração de um jornalista profissional, para instrumentalizar as mulheres com noções básicas de técnica fotográfica e manuseio de câmeras fotográficas ou telefones celulares com recurso de câmera. As mulheres foram convidadas a responder a pergunta *“O que é ser mulher na comunidade quilombola Capoeira dos Negros?”*, por meio da fotografia. Uma roda de conversa discutiu os diferentes significados das imagens produzidas, nas perspectivas das *“fotógrafas”* e dos estudantes, identificando as diferentes percepções de papéis, necessidades e problemas com foco na saúde da mulher. Como método participativo, a proposta buscou empoderar as mulheres quilombolas ao fornecer recursos criativos para a produção de discursos que documentavam necessidades e problemas, por meio de suas próprias visões de mundo e sentimentos. Onde as imagens produzidas eram discutidas. Para os estudantes, a questão reflexiva disparadora foi *“O que você viu por meio do olhar delas?”*

Grupo focal sobre o tema ‘Violência obstétrica’ (Estratégia utilizada: Ensino com pesquisa): os estudantes utilizaram o filme *“Nascer no Brasil”* como estratégia disparadora da discussão sobre boas práticas na assistência ao parto, na perspectiva de também promover a discussão sobre as iniquidades na atenção à saúde materna da população negra e a necessidade da consciência da qualidade no cuidado integral à saúde materna enquanto direito.

“Brincar e resistir” (Estratégia utilizada: Dramatização-Fórum): usando tecnologias leves para o desenvolvimento da habilidade de comunicação, por meio da contação de histórias com brinquedos e fantoches improvisados, os estudantes trouxeram às crianças da comunidade, e suas mães, a história dos africanos escravizados que fugiram do Engenho Ferreiro Torto e formaram o Quilombo de Capoeiras, sendo essa origem história da



comunidade. Da mesma forma, brincadeiras tradicionais de origem africana foram ferramentas para o exercício do trabalho em equipe, capacidade de liderança e formação de vínculos.

Oficina de dança afro-brasileira (Estratégia utilizada: Oficina-Fórum) : muitos movimentos das danças de origem africana traduzem o exercício de atividades diárias no lar, no cuidado com as crianças, na agricultura, na caça e na luta. O significado desses movimentos, na perspectiva do resgate e valorização da cultura quilombola, foi trazido para a comunidade pelos alunos, com a colaboração de professora de dança, e também foi útil para o desenvolvimento das três dimensões da competência cultural.

Viagem à comunidade quilombola Negros do Riacho (Estratégia utilizada: Estudo do meio), em Currais Novos/RN, com os líderes comunitários de Capoeiras em comemoração ao Dia da Consciência Negra: os estudantes identificaram a necessidade de articulação entre as comunidades quilombolas como estratégia de fortalecimento da luta para a concretização e garantia dos direitos expressos na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria MS no 992, de 13 de maio de 2009). Da mesma forma, a viagem permitiu a integração dos estudantes e professores da disciplina com os estudantes e professores de diferentes áreas do Centro de Ensino Superior do Seridó, da UFRN, que desenvolvem projetos e atividades voltados para educação étnico-racial, no evento de extensão universitária “Quilombolas e Consciência Negra: Ações e Reflexões”.

Projeto Abdias do Nascimento (Estratégia utilizada: Ensino com pesquisa) Abdias do Nascimento (1914-2011) foi um poeta, ator, escritor, dramaturgo, artista plástico, professor universitário, político e ativista dos direitos civis e humanos das populações negras. Segundo ele próprio, foi também “boi de piranha” – alguém que se punha à frente, aceitando o sacrifício, para abrir aos demais novas rotas. Por meio do teatro, da poesia, das artes visuais e da atuação política, tanto entre movimentos sociais quanto



em postos institucionais, Abdias dedicou toda a vida ao povo negro e ao combate à discriminação racial. O Projeto ocupou toda uma unidade da disciplina e objetivou “levar Abdias para Capoeiras”, apresentando sua obra para a comunidade e possibilitando aos estudantes adquirir conhecimentos, exercitar habilidades e desenvolver atitudes inerentes à competência cultural.

KBELA (Estratégia de ensino: Ensino com filme) curta-metragem do gênero experimental da diretora Yasmin Thayná (2015), a obra é um olhar sobre a experiênciado racismo vivido cotidianamente por mulheres negras, com a descoberta de uma força ancestral que emerge de seus cabelos crespos, como exercício subjetivo de autorrepresentação e empoderamento. “*O cabelo crespo é um cabelo político porque ele é rejeitado o tempo todo*”, diz Yasmin Thayná, e essa reflexão foi provocada aos estudantes da disciplina que produziram narrativas livres sobre o filme, as quais foram objeto de avaliação e *feedback*, com o objetivo de desenvolver a capacidade reflexiva sobre o racismo na construção da sociedade brasileira.

Jogo da Memória: Heroínas Negras do Brasil (Estratégia de ensino: Ensino com pesquisa) inspirado na coleção de cordéis “*Heroínas Negras da História do Brasil*” (2017), obra de Jarid Arraes, nos quais são resgatadas biografias de grandes mulheres negras que marcaram a história brasileira, como Antonieta de Barros, Carolina Maria de Jesus, Tereza de Benguela, Laudelina de Campos, entre outras. De forma lúdica, usando o “jogo da memória”, a intervenção buscou oportunizar aos estudantes o desenvolvimento de competências culturais na medida em que funcionaram como “mediadores” do jogo realizado com as mulheres quilombolas. Numa etapa preparatória à atividade na comunidade, os alunos realizaram a atividade, em sala de aula, como jogadores, com a mediação dos professores, e com a leitura dos cordéis, para que as dimensões dos conhecimentos,

habilidades e atitudes necessárias para que atuassem como mediadores do jogo com as mulheres quilombolas fossem previamente exercitadas.

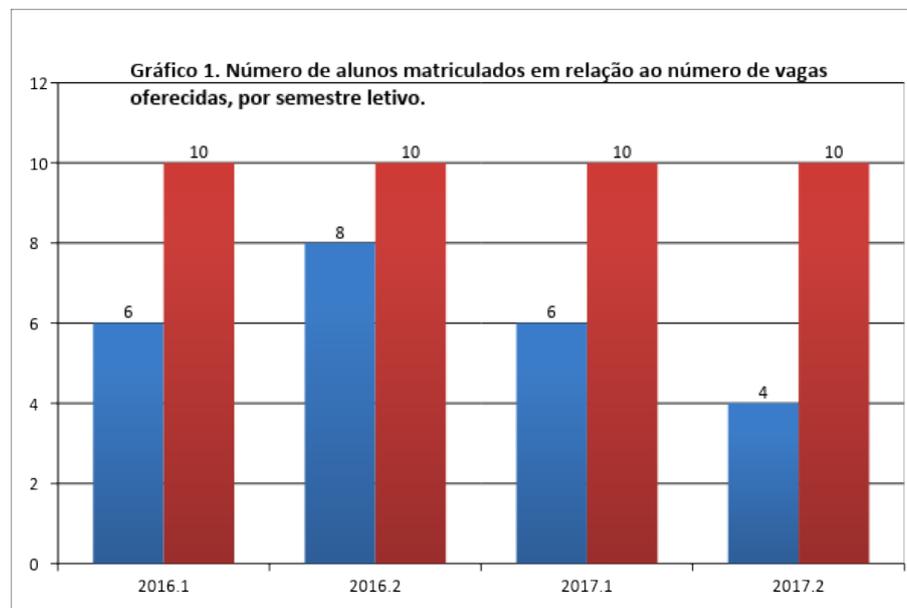
As produções foram apresentadas em congressos nacionais e internacionais de educação das profissões da saúde em 2016 e 2017, revelando como a experiência com a disciplina também a estimulou a produção do conhecimento sobre o tema (Anexo 5).

DESAFIOS

Ponto importante a ser discutido é a relativa dificuldade para a captação de estudantes para a participação na disciplina, considerando tratar-se de componente curricular optativo. A taxa de ocupação das vagas oferecidas foi em média de 60%, variando de 40% a 80% (Gráfico 1). Os horários da disciplina respeitaram as necessidades da comunidade para a realização dos atendimentos do pré-natal e a dificuldade de conciliação desses horários com a disponibilidade de tempo dos estudantes foi um dos fatores identificados como limitante à maior participação discente. Outros fatores incluíram o desconhecimento sobre o tema e a proposta da disciplina, dificuldades para a divulgação entre os alunos, problemas com o Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (SIGAA).

Discute-se que o desenvolvimento de competências culturais deve superar o caráter oportunístico do aprendizado, atraindo estudantes que muito provavelmente já apresentavam certa sensibilização frente às questões sociais e ético-humanísticas, para atingir o core da estrutura curricular e garantir tais experiências ao maior número possível de estudantes em formação.





CONCLUSÃO

Ainda que haja limitações para que os achados do presente trabalho sejam amplamente estendidos a outras populações étnica e culturalmente diversas, nossos resultados podem ser usados como estratégias de treinamento na graduação das profissões da saúde com o objetivo de desenvolver competência cultural; sobretudo, diante da carência de trabalhos na literatura nacional sobre experiências com tais objetivos.

As oportunidades de o estudante conhecer a situação de saúde da população quilombola, interagir com a comunidade, vivenciar o trabalho interprofissional no cuidado com essa população, demonstraram ser estratégias capazes de potencializar o desenvolvimento de competências

culturais na formação em saúde. Assim, para formar profissionais da saúde hábeis em interagir eficazmente com populações etnicamente diversas, os resultados apontam ser fundamental que os estudantes tenham conhecimento dos processos que influenciam a saúde e os cuidados de saúde das minorias populacionais, além de terem oportunidade de experimentar vivências relacionadas à diversidade cultural inseridas em seus currículos de graduação.

APLICAÇÕES PRÁTICAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

É relevante situar a minha motivação pessoal para o envolvimento no projeto em questão. Desde a graduação em medicina, me apaixonei pelo tema da saúde materna após perceber as desigualdades da assistência e a falta de humanização que permeia a questão no nosso país. Realizei pesquisas sobre o tema, entrevistas com parturientes e projetos de humanização para o parto. Passei a realizar grupos de gestantes em comunidade próxima a Natal, com rodas de conversa, atividades artísticas e acompanhamento após o parto, experiência que deu origem a metodologia do projeto Arte de Nascer, iniciativa que seria premiada no ano seguinte. Tive a oportunidade de replicar o projeto na África subsaariana, experiência que também envolveu treinamento em saúde global, empreendedorismo social e integração com rede de profissionais que trabalhavam em projetos semelhantes. Como preceptora do Instituto Santos Dumont continuei imersa no universo da saúde materno-infantil, atendendo gestantes com HIV e outras infecções passíveis de transmissão vertical, realizando atividades de promoção e prevenção durante a gravidez, e realizando preceptoria na área.

Após alguns anos nasceu também a oportunidade de trabalhar com a população remanescente de quilombo com o Projeto Barriguda. Fiz parte do grupo de profissionais do projeto desde a sua implantação e



desenvolvimento, e enfrentei, junto com a equipe, as primeiras barreiras e desafios ao trabalhar com uma população culturalmente diferente, percebendo os ganhos pessoais e profissionais na construção de competência cultural que a experiência proporcionou. Vieram estudos sobre saúde da população negra e antropologia, construção do novo e desconstrução de estereótipos, desafios como profissional e como preceptora, crescimento como médica e como ser humano, cooperação, ensino, aprendizado e integração na comunidade, razões que nos levaram a idealizar a disciplina, e posteriormente me impulsionou a realização do mestrado no Ensino das Profissões de Saúde.

O presente trabalho vem contribuir com a formação dos profissionais da área da saúde na medida em que trouxe uma disciplina que aborda assunto ainda não contemplado na maioria dos currículos da área da saúde da UFRN. A possibilidade de conhecer o tema, desenvolver habilidades e atitudes, e ainda vivenciar práticas em saúde em uma comunidade quilombola, pode contribuir de forma substancial na formação destes futuros profissionais.

Como preceptora da disciplina, destaco a grandeza da transformação pessoal e profissional de participar de uma experiência com uma população étnico racial distinta, e de todo o aprendizado e desenvolvimento de competência cultural que a vivência vem proporcionando. Como médica egressa da UFRN, também me posiciono como carente de formação de discussões e práticas que contemplem a assistência de qualidade as minorias populacionais, por isso partilho a percepção com os alunos da disciplina de atingir as várias faces da competência cultural.

A curto prazo, a disciplina tem contribuído para a produção de conhecimento sobre o tema, além do desenvolvimento individual e curricular dos estudantes que participaram da estratégia. A experiência foi capaz de promover empatia, fortalecer relação profissional de saúde- paciente,



promoveu engajamento com a comunidade e treinamento interprofissional. Os trabalhos produzidos na disciplina contribuem dando visibilidade ao tema e a disseminação de informações sobre as minorias étnicas e suas particularidades na saúde. Um exemplo prático além das apresentações em congresso, foi o Encontro Regional dos Estudantes de Fisioterapia, em 2017, realizado em Natal, que teve como tema a Competência Cultural, sugerido por ex- alunos da disciplina que participavam da organização do evento.

A médio prazo, a disciplina pode contribuir com a formação de profissionais de saúde mais preparados para assistir minorias populacionais e culturalmente diferentes, inclusive formando profissionais interessados em trabalhar especificamente com estas populações, possibilidade esta já apontada em alguns estudos. Além disso, a disciplina pode ser um protótipo de intervenções mais duradouras e longitudinais nos cursos da área da saúde da UFRN, podendo mesmo fazer parte de componente curricular obrigatório em um futuro próximo.

A estratégia aqui implementada foi nacionalmente reconhecida entre os seis finalistas da seleção para o Laboratório de Inovação sobre a Participação Social na Atenção Integral à Saúde das Mulheres, tendo concorrido com 22 experiências exitosas desenvolvidas em todo o Brasil. Nossa experiência foi apresentada na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, ocorrida em Brasília/DF, em agosto de 2017. Os Laboratórios de Inovação no SUS são uma contribuição da OPAS/OMS Brasil, como parte de seu processo de cooperação técnica com Ministério da Saúde, Conass, Conasems, CNS e ANS, que busca valorizar as experiências inovadoras mediante a análise, sistematização e divulgação dos conhecimentos produzidos e acumulados na saúde, visando transformar o conhecimento “tácito” em “explícito” e fornecendo assim elementos e ferramentas importantes para a tomada de decisão do gestor. Na prática, ter sido reconhecida pelo Laboratório de Inovação significa ser valorizada como



experiências significativas em saúde, resgatando e analisando os processos, as práticas, as ferramentas e os instrumentos desenvolvidos localmente e que vêm apresentando resultados positivos na saúde da população. O Laboratório de Inovação parte do pressuposto de que muitas inovações são desenvolvidas no SUS, porém essas inovações carecem de sistematização, divulgação e até troca de conhecimentos com outros países. Assim, uma importante aplicação prática na formação dos profissionais de saúde a ser destacada é o potencial multiplicador alcançado por essa experiência.

Concluimos, enfatizando que formar profissionais de saúde capazes de fornecer cuidados culturalmente competentes representa uma alternativa potencialmente capaz de reduzir as iniquidades nos cuidados em saúde, que notadamente atingem de forma mais evidente as minorias étnicas e populacionais. Desta forma, promover o desenvolvimento de competência cultural na formação em saúde, em última análise, pode melhorar a qualidade da assistência, fortalecer os sistemas de saúde na perspectiva da responsabilidade social, com possibilidade de melhoria dos indicadores de saúde de populações vulneráveis, além de contribuir para o enfrentamento do racismo institucional, ainda fortemente presente em instituições de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS [Internet]. 2013. 36 p. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>
2. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/CES de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Ofda União [Internet]. 2014;2014:17. Available from: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>
3. IBGE. Atlas do Censo Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. 153 p.
4. Lopez LC. O conceito de racismo institucional: Aplicações no campo da saude. Interface Commn Heal Educ. 2012;16(40):121–34.

5. Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* [Internet]. 2003;78(6):560–9. Available from: http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2003/06000/Cross_cultural_Medical_Education_Conceptual.4.aspx
6. Flores G. Culture and the patient-physician relationship : cultural competency in health care. *J Pediatr*. 2000;136:14–23.
7. Jha V, Mclean M, Gibbs TJ, Sandars J. Medical professionalism across cultures: A challenge for medicine and medical education. *Med Teach* [Internet]. 2015;37(1):74–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25073712>
8. van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000;50(6):813–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10695979>
9. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Med Educ*. 2009;43(3):229–37.
10. Campinha-Bacote J. A Culturally Competent Model Of Care for African Americans Josepha Campinha-Bacote. *Cult Divers Issues*. 2009;29(1):49–55.
11. Seeleman C, Hermans J, Lamkaddem M, Suurmond J, Stronks K, Essink-Bot M-L. A students' survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. *BMC Med Educ* [Internet]. 2014;14(1):216. Available from: <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-216>
12. Silva W, Santos D, Baseado C, Competência E. The Competency-Based Medical Curriculum COMPETÊNCIAS — BASES CONCEITUAIS. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(351):86–92.
13. Fenza P, Hollinger-smith L. Diversity & Cultural Competency in Health Care Settings. *Mather Life Ways*. 2010;2–25.
14. Kelly PJ. Exploring the theoretical framework of cultural competency training. *J Physician Assist Educ* [Internet]. 2011;22(4):38–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22308932>
15. Crosson JC, Deng W, Brazeau C, Boyd L, Soto-Greene M. Evaluating the Effect of Cultural Competency Training on Medical Student Attitudes. *FamMed*. 2004;36(3):199–203.
16. Robey KL, Minihan PM, Long-Bellil LM, Hahn JE, Reiss JG, Eddy GE. Teaching health care students about disability within a cultural competency context. *Disabil Health J* [Internet]. 2013;6(4):271–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.05.002>
17. Zanetti ML, Godkin MA, Twomey JP, Pugnaire MP. Global longitudinal pathway: Has medical education curriculum influenced medical students' skills and attitudes toward culturally diverse populations? *Teach Learn Med* [Internet]. 2011;23(3):223–30. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-80054908131&partnerID=40&md5=eb4a04bd923c36434ae01eb7cc93d76c>
18. Lu PY, Tsai JC, Tseng SYH. Clinical teachers' perspectives on cultural competence in medical education. *Med Educ*. 2014;48(2):204–14.



19. Freitas Junior, Reginaldo A.O. O., Santos, C.A.D.; Lisboa, Lilian L.; Freitas, AnaK.M.S.O.; Garcia, Vera L.; Azevedo GD. Incorporando a competência cultural para atenção à saúde materna em população quilombola na educação das profissões da saúde. RBEM. In Prelo, 2017;
20. APSREDES. Portal da Inovação na Gestão do SUS [Internet]. Projeto Barriguda, do Instituto Santos Dumont, do Rio Grande do Norte. [cited 2018 Apr 13]. Available from: <http://apsredes.org/projeto-barriguda-instituto-santos-dumont-rio-grande-norte/>
21. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos [Internet]. Vol. 2, Catalogação na publicação: Mônica Ballejo Canto. 2001. 200 p. Available from: https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf%0Ahttp://arxiv.org/abs/1011.1669%0Ahttp://dx.doi.org/10.1088/17518113/44/8/085201%0Ahttp://stacks.iop.org/1751-8121/44/i=8/a=085201?key=crossref.abc
22. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 11th ed. São Paulo: HUCITEC Editora; 2010.
23. Abordaje FDEL, Tomaz-moreira SDN, Fagundes-galvão LLL, Medeiros-melo CO, Azevedo GD De. CUALITATIVO PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Fundamental aspects of a qualitative approach for research in sexual and reproductive health Fundamentos da abordagem qualitativa para a pesquisa em saúde sexual e reprodutiva. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2007;58(1):28–37.
24. Silva AH, Fossá MIT. Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos. Qual Rev Eletrônica [Internet]. 2015;16(1):1–14. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>
25. Ly A, Crowshoe L. “Stereotypes are reality”: Addressing stereotyping in Canadian Aboriginal medical education. Med Educ. 2015;49(6):612–22.
26. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2017;33(suppl 1):1–17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt
27. Pieper HO, MacFarlane A. “I’m worried about what I missed”: GP registrars’ views on learning needs to deliver effective healthcare to ethnically and culturally diverse patient populations. Educ Health (Abingdon). 2011;24(1):494.
28. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proc Natl Acad Sci [Internet]. 2016;113(16):4296–301. Available from: <http://www.pnas.org/lookup/doi/10.1073/pnas.1516047113>
29. Committee J. H Igher M Edical T Raining. 2003;(December):1–50.
30. Arno K, Monica L. Beyond Cultural Competence : Critical Cultural Competency : A Critique. Acad Med. 2009;84(6):782–7.
31. Moreira GDO, Motta LB. Competencia Cultural na Graduacao de Medicina e de

Enfermagem. Rev Bras Educ Med. 2016;40(2):164–71.

32. Anastasiou L das GC, Alves LP. Processos de Ensino na Universidade: Presupostos para as estratégias de trabalho em sala de aula [Internet]. 2003. 145 p. Available from: files.tecnicoembiblioteca.webnode.com/.../Anastasiou Estrategias.pdf

REGISTRO ICONOGRÁFICO



Figura 1. Reunião com população e líderes comunitários na comunidade para identificar necessidades de saúde.



Figura 2. Alunos de medicina e residente de ginecologia em oficina de maquiagem e roda sobre autoestima nagravidez.



Figura 3. Book de gestantes após realização de oficina de turbante com os profissionais e estudantes.



Figura 4. Roda sobre exercícios na gestação conduzida pela fisioterapia.



Figura 5. Com adolescentes na comunidade durante aula sobre religiões afro-brasileiras.



Figura 6. Aluna de medicina em roda de capoeira em atividade da disciplina na comunidade.



Figura 8. Alunos, mulheres da comunidade, professores e preceptores da disciplina após roda sobre violência obstétrica.



Figura 12. Oficina de Contação de histórias para as crianças da comunidade “brincar e resistir” sobre a origem dos quilombos e formação da comunidade de Capoeira dos Negros.



Figura 10. Fotografia tirada por uma das participantes do Photovoice.



**SAÚDE DA MULHER NEGRA DO QUILOMBO
DE CAPOEIRAS DOS NEGROS**

Cidileide Bernado da Silva

SAÚDE DA MULHER NEGRA DO QUILOMBO DE CAPOEIRAS DOS NEGROS

Cidileide Bernado da Silva

APRESENTAÇÃO

Este estudo analisará a saúde da mulher negra na comunidade quilombola Capoeiras dos Negros localizada em Macaíba - RN. Considerando-se que os direitos quilombolas se materializam através de políticas específicas, estas são abordadas sob o prisma do formato e alcance. Para isso, irá se utilizar um estudo de caso em Capoeiras, com entrevistas a campo.

As comunidades quilombolas são agrupamentos étnicos, descendentes de escravos que sobrevivem ancestralmente em seus territórios sem a devida regularização da propriedade. Estão em condições de vulnerabilidade e exclusão social, não recebendo a devida atenção do Estado no sentido da proteção de direitos, estando sob constantes ameaças. Segundo a CONAQ (Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas), Na tentativa de reverter este cenário, foi reconhecido na Constituição de 88 o direito à regularização fundiária quilombola, havendo precedentes de tratados internacionais. Todavia somente nos anos de 2000 as políticas públicas específicas para quilombolas entraram em pauta nacional, na busca de materializar direitos básicos, destacando-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ) criado pela SEPPIR (Secretaria Especial de Políticas e Promoção da Igualdade Racial) e que dentro dele existe vários programas e políticas para essas comunidades, dentro deles o Plano Nacional de Saúde da



População Negra, tendo em vista que, muitas doenças a incidência maior é na população negra, como é o caso da glaucoma, anemia falciforme e dentre outras.

Os fundamentos de tais políticas podem ser percebidos a partir da necessidade de ações afirmativas. Há conflitos de orientação no contexto das políticas públicas específicas, fragmentando-se as organizações administrativas do aparato estatal. Além disso, há empecilhos burocráticos e desafios do formato de políticas que limitam o seu alcance. Aparecem agentes de universidades, ONGs e entidades para atuar nos quilombos com projetos em prol de ações e intermediar relações com o estado. As políticas públicas se mostram problemáticas no que tange a sua formatação, tal como a de regularização fundiária e, no alcance. A totalidade das políticas propostas não têm chegado até os quilombos, não sendo plenamente efetivadas. Dentre os fatores desencadeantes disso estão: falta de acesso à informação pelos quilombolas, entraves burocráticos (exigência de documentação que a comunidade não possui), problemas operacionais falta de recurso humano qualificado, falta de interlocução entre instâncias de governo, recursos demoram a chegar no quilombo, baixa execução orçamentária e, considerando-se que são políticas recentes, requerem constante ajuste e monitoramento. Consequência de tudo, é que os direitos básicos ficam, muitas vezes na esfera abstrata. Constatou-se que esses problemas se repetem no estudo de caso.

A comunidade quilombola de Capoeiras é constituída por 320 famílias, explorada na mão-de-obra, economicamente pobre, excluída das instâncias de participação do meio em que sobrevive, carente de políticas públicas, estando no início da implementação do processo de Titularização da terra. Recebeu agentes que passaram a intermediar relações com o Poder Público em busca da materialização de demandas básicas, tal como saneamento básico, que não foi alcançado.

Neste cenário vimos um grande número de Mulheres negras com Hipertensão, Alcoolismo, Diabetes e outras doenças que estão associadas, pela má alimentação, excesso de álcool no organismo e falta de exercícios físicos.

JUSTIFICATIVA:

A Saúde da População Negra como um campo de estudo específico vem se constituindo nas últimas décadas, no entanto, ainda não está consolidada como um conjunto firme de diretrizes e metas na Política Nacional de Saúde. Desta forma, a maioria dos gestores e técnicos da saúde – das três esferas do SUS – assim como os usuários, ainda conhecem pouco sobre o assunto. O avanço inegável da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, inscrito no art. 196 da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, não tem assegurado o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde quando se considera o recorte racial, em detrimento da população negra.

A forte associação entre a pobreza e população negra está expressa em diversos indicadores, sejam estes econômicos, educacionais ou de saúde, que atestam as desigualdades raciais nestas áreas. A tese, amplamente difundida, de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade relacionada à população negra, vem sendo paulatinamente derrubada por pesquisas recentes, posto que desconsidera o racismo enquanto fator estruturante das relações sociais no Brasil; é comum se agregar ao princípio da universalidade o de equidade, conforme instituído pelo Sistema Único de Saúde.

A instituição do campo saúde da população negra se faz a partir da constatação de que as relações sociais no Brasil são marcadas pelo racismo, fato encoberto pela ideologia da democracia racial, mas, cabalmente,



demonstrado pelos indicadores de saúde que retratam de forma expressiva as desigualdades raciais em saúde, quer se trate do modo como se lidam com as doenças associadas a determinantes raciais/étnicos; da discriminação na assistência ou do perfil epidemiológico marcado pela precocidade dos óbitos. Qualquer que seja o ângulo de aproximação com a realidade, as desigualdades são nítidas e gritantes. Em que pese a inexistência de uma política de pesquisa e de informação para conhecimento, avaliação e monitoramento / acompanhamento das especificidades em saúde da população negra.

No Quilombo de Capoeiras, a saúde da mulher negra é igual a de outros quilombos, parece estar distante da compreensão dos gestores, sejam eles local, regional ou estadual, o desconhecimento e o despreparo para lidar com a saúde da mulher negra é visível, pois não existe um programa ou uma política específica, por isso resolvemos fazer o nosso projeto organizacional nesta área, para ver se de alguma forma conseguimos chamar a atenção desses gestores e contribuir para uma melhoria na qualidade de vida dessas mulheres, que tem em sua rotina de vida, o trabalho na agricultura e como doméstica, suas principais fontes de renda.

No Quilombo temos um Posto de Saúde do município que não desenvolve uma política ou um programa voltado para as especificidades dessas mulheres e nem tampouco tem em seus dados, estatísticas ou relatórios dessa população.

CONTEXTUALIZAÇÃO

As mulheres da comunidade de Capoeiras dos Negros, é o que podemos chamar de verdadeiras guerreiras, não há um padrão de ações mais uma igualdade de necessidades e de carências. Quando não estão nos

roçados, ajudando os maridos com o plantio e a colheita, estão no trabalho doméstico em Natal.

Constatamos que na sua maioria são analfabetas ou apenas com o ensino primário, e com muitas dificuldades na vida.

Resolvemos implantar o nosso Projeto Governamental na Associação de Mulheres Quilombolas, onde iremos atender a 80 mulheres negras, com o Projeto “Qualidade de Vida Agora”.

A Instituição é uma Associação não governamental que tem o objetivo de preparar as mulheres negras e quilombolas para enfrentar o preconceito e a discriminação racial e ao mesmo tempo capacitá-las para o mercado de trabalho. Com o objetivo de melhorar as condições de vida dessas mulheres. Tendo em vista que antes da associação as mulheres negras e quilombolas da comunidade de Capoeiras não tinham sua autodefinição ou identidade enquanto negras, e sofriam com a baixa estima bastante presente em suas falas, tinham muita dificuldade em conhecer e acessar as políticas pública, não eram organizadas em espaço algum e por não terem uma renda familiar significativa eram constantemente vítimas da submissão, desvalorização e preconceito racial, além de serem usadas constantemente para estudos e pesquisas realizadas por ONGS, de Universidades e políticos que usavam a comunidade em benefícios particulares. Então resolvemos colocar alguns objetivos a serem conquistados como:

- Fortalecimento Político e Institucional.
- Luta contra o preconceito e discriminação racial.
- Intercambio e articulação com os demais estados.
- Fortalecer a luta Quilombola.
- Construir e acessar políticas públicas em busca da autonomia das mulheres negras e quilombolas.

- Contribuir com a luta feminista e fortalecer os Movimentos de Mulheres existentes em nosso Estado.
- Lutar pela autonomia e empoderamento político das Mulheres negras e quilombolas

São várias as problemáticas percebidas na instituição, dentre elas à péssima educação, atendimento na área da saúde precária, dentre outras e a escolhida para a nossa intervenção será à área da saúde.

Escolhemos esta área, pelo fato de a saúde da população negra ser específica, e que a maioria dos gestores desconhecem a existência do Programa Nacional da Saúde da População Negra, deixando assim de executar ações específicas nesta área e de reconhecer à existência de doenças onde a incidência é maior nesta população, tais como: Glaucoma, hipertensão, e o mais destacados (alcoolismo e a anemia falciforme).

A maioria das comunidades negras desconhecem a anemia falciforme, mais não é espanto para nos, pois nem mesmo os governantes e os médicos à conhecem profundamente, e o estado do RN é um dos mais atrasados na implementação do Programa Nacional da Saúde da População Negra e não faz por onde alcançar o índice dos demais estados, e em relação ao alcoolismo, não é reconhecida nem pela própria comunidade, que acha uma atividade comum os jovens entrarem tão cedo por este caminho, que na maioria das vezes não tem volta. E com esta falta de assistência, as comunidades ficam vulneráveis à essas doenças.

Não existe confronto na instituição assim como também não há hierarquia, e o planejamento das atividades se dá através de reuniões periódicas de toda a diretoria que se reúnem para discutir as ações desenvolvidas pela entidade e repassarem as informações obtidas em encontros, seminários, palestras e dentre outras.





A população usuária são mulheres negras, que vivem em situação de vulnerabilidade, onde sua maioria é da religião católica e um menor número de protestantes, que vivem da agricultura de subsistência e de serviços domésticos na cidade do Natal, a sua maioria não tem formação política social e participam somente das reuniões feitas na comunidade.

Fomos bem recebidas na instituição, bem como em toda a comunidade, logo porque chegamos como aprendizes, sempre respeitando a cultura e a diversidade da comunidade, sempre mostrando que estávamos ali para uma troca de experiências, e que ninguém nunca sabe tudo e que queríamos apreender com a comunidade.

A realidade vivida pela comunidade não nos assustou, mais chamou muito à nossa atenção algumas características da comunidade, dentre elas a presença muito forte da bebida na vida de todos e principalmente nos adolescentes e jovens e que pra elas é comum esta pratica.

No cenário nacional temos várias pesquisas que mostram o quanto a mulher negra sofre, quando se refere a sua saúde, infelizmente não temos dados e nem estatísticas no nosso Estado, que é um dos mais atrasados em todo o país, quando se refere a Saúde da Mulher Negra, então vamos relatar dados nacionais, dentre elas temos algumas referências, como da; pesquisadora Estela Cunha (Jornal da Rede, Rede Saúde, março 2001) apontou que, entre 1980 e 2000 a diferença relativa entre os níveis de mortalidade infantil de negros e brancos menores de um ano, passou de 21% para 40%, praticamente dobrando a disparidade. Em 2000 a taxa de mortalidade das mulheres pretas de 10 a 49 anos, por complicações da gravidez, parto e puerpério foi 2,9 vezes maior que a apresentada para as mulheres brancas.

Estudo de Alaerte Martins (Jornal da Rede, Rede Saúde, março 2001) mostrou que, no estado do Paraná, o risco relativo de morte materna é 7,4 vezes maior para as pretas. Mulheres negras têm menos chances de passar



por consultas ginecológicas completas, consultas de pré-natal e de fazer exames ginecológicos no período pós-parto. Pesquisa da Fiocruz e da Prefeitura do Rio de Janeiro (divulgada na Folha de São Paulo, 26/5/2003) evidenciou que naquele município 5,1% das gestantes brancas atendidas em maternidades públicas no período de 1999-2001 não receberam anestesia no parto normal, para as negras isto ocorreu em 11,1% dos casos. Enquanto 30% das gestantes brancas não foram informadas sobre os sinais de parto, entre as negras essa percentagem foi de 37,5%.

A Constituição da República, assim como as chamadas Leis Orgânicas da Saúde consagram a saúde como direito de “todos” e dever do Estado, estipulando como seus princípios e diretrizes a Universalidade, a Equidade, a Integralidade, a Descentralização, a Hierarquização e Regionalização e a Participação. Assim, o acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal em cobertura, se estendendo a toda a população, aos habitantes dos centros urbanos e aos do campo, às minorias, às populações isoladas, aos negros, ribeirinhos, indígenas, aos prisioneiros, aos assentados, aos excluídos sociais e outros segmentos. A Universalidade se coaduna com a Integralidade, significando o direito de todos a uma atenção que inclui todos os níveis de complexidade, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, sempre que necessário.

O conceito da Equidade, por sua vez, representa o aprofundamento do princípio de igualdade formal de todos diante da lei. Ele implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que são diferentes sejam tratados de forma especial ou diferente. No Brasil, país multiétnico e multicultural, que reconhece essa diversidade na sua própria Carta Constitucional, a igualdade de direitos não pode representar a homogeneização de tratamento de indivíduos e de povos. Ao contrário, deve significar o reconhecimento das múltiplas originalidades, das diferenças que constituem as diversas identidades, com todas suas formas de expressão

específicas. Assim, o tema das implicações médicas das diferenças raciais é controverso, principalmente pelas ambiguidades e relativismos que habitam a noção de raça.

O MS vem construindo vários livros e cartilhas sobre o assunto dentre eles; Hamman & Tauil (Brasil. Ministério da Saúde, 2001) e os seus colaboradores na elaboração do “Manual de Doenças mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afrodescendente”, publicado e distribuído pelo Ministério da Saúde, advertem, na apresentação dessa obra, não ter sido fácil a distinção desse grupo de doenças das derivadas de condições socioeconômicas (incluindo maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, a diagnóstico precoce, a tratamento).

A anemia falciforme, a deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e a diabetes mellitus são as doenças para as quais as evidências científicas são mais consolidadas quanto a sua maior frequência na população negra brasileira, por razões étnicas.

De uma série de artigos sobre a questão da relação entre raça e doenças, na edição de março de 2003, do New England Journal of Medicine, um grupo da Stanford University, liderado por Neil Risch, afirma que grupos raciais ou étnicos (geográfica, ambiental ou culturalmente definidos, vivenciando experiências distintas que afetam a saúde) podem diferir entre si geneticamente e que essas diferenças podem ter relevância médica. O grupo cita um estudo mostrando que a taxa de complicações do diabetes de tipo 2 varia de acordo com a raça, mesmo levando-se em conta disparidades de educação e de renda. Entretanto, o fato de fazer parte de uma categoria pode também refletir fatores não genéticos (como no caso dos denominados “negros” da região amazônica), sendo isso também relevante para os médicos.



Na área da saúde, as condições de atendimento à população negra no Brasil revelam que o descaso e a desinformação têm-se configurado como as faces mais perversas dentro da política no setor. Verifica-se a ausência de uma política específica para a população negra, que apresenta reiteradamente os piores índices de saúde” (OLIVEIRA, 2001:8-12; Apud OLIVEIRA, 2003: 249)

Embora o Ministério da Saúde esteja propondo algumas estratégias para melhorar o grave quadro de saúde pública no Brasil, estas não contemplam de forma efetiva o segmento negro da população, pois oferecem acesso igual a populações que em seu cotidiano são desiguais e acabam por reforçar as diferenças de desempenho entre negros e brancos nos indicadores de saúde existentes no país.

O descaso com relação à saúde da população negra brasileira tem demonstrado ser uma das faces mais perversas do racismo perpetrado no Brasil. É perverso por negar sistematicamente a possibilidade de promover e manter condições dignas de saúde a este grupo, perpetuando a presença da população negra nos piores índices nacionais em termos de preservação da saúde.

Tornou-se recorrente no campo da saúde a afirmação de que a precariedade em termos da manutenção da saúde da população negra brasileira deve-se a fatores de ordem econômica. Porém, o que se observa é que esta afirmação tem servido, de fato, à manutenção do racismo no âmbito da saúde, pois referindo-se a outros campos da vida societária questões próprias do campo da saúde, os formuladores e executores de políticas públicas de saúde mantêm a recusa em identificar a população negra brasileira como objeto de atenção à saúde, contribuindo para a manutenção da falta de conhecimento sobre os aspectos de morbi-mortalidade específicos deste grupo populacional, e sobretudo atrasando a implementação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde do(a) negro(a) brasileiro(a)” (Documento Alternativo do Movimento Negro

Brasileiro, Fórum Nacional de Entidades Negras, 2001. OLIVEIRA, 2001:8-12; Apud OLIVEIRA, 2003: 249-250).

Um dos aspectos sobre os quais recai com maior pertinência o enfoque crítico do Fórum Nacional das Entidades Negras é o da implantação do quesito raça/cor nos sistemas de informação “Quanto aos aspectos relativos à morbidade na população, a não utilização do quesito cor encobre dados relevantes para a identificação de agravos à saúde que acometem a população negra, e máscara também como estes agravos evoluem... A anemia falciforme é a doença hereditária é a doença com traços étnico-raciais mais comum no Brasil. Por falta de identificação, diagnóstico precoce e tratamento adequado, 80% dos óbitos causados por anemia falciforme ocorrem antes do portador completar 30 anos. A prevalência da hipertensão arterial é mais elevada na população negra do que na branca, e embora existam programas voltados para o controle... estes não consideram a questão racial.

Além da hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase e a miomatose apresentam prevalência mais elevada na população negra, e até o presente nenhuma ação de saúde leva em conta o item cor no enfrentamento destes agravos... Não considerar a composição pluriétnica da sociedade brasileira significa impedir sistematicamente a equidade na atenção à saúde e apostar na permanência de modelos negativamente racializados de atenção à saúde” (OLIVEIRA, 2001:8-12; Apud OLIVEIRA, 2003:253).

Outro Momento Político importante foi a assinatura do Termo de Compromisso MS – SEPPIR. A assinatura, em 11 de dezembro de 2003, de um Termo de Compromisso (TC) entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial constitui um divisor de águas na trajetória da política pública da saúde em relação à população negra.

De acordo com o TC, o Ministério da Saúde reconhece *“que o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde, para ser efetivado, exige a consideração dos diferenciados graus de vulnerabilidade a que estão expostos os diversos setores da sociedade brasileira e que a população negra – representando cerca da metade da população brasileira – possui demandas e problemas específicos nas questões de saúde”*. Reconhece também, como exigência para o aprimoramento das ações de promoção e proteção, as parcerias entre as diversas áreas governamentais, a integração das políticas públicas e o fortalecimento da participação social.

Com base nesses patamares, as determinações de gestão expressas no TC fixam três objetivos:

- I. Sistematizar, no âmbito do Ministério da Saúde, a proposta de Política Nacional de Saúde da População Negra a ser consolidada nos organismos e instâncias de pactuação do Sistema Único de Saúde.
- II. A Política Nacional de Saúde da População Negra será constituída de um conjunto de diretrizes, propostas e plano de ação – em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – que articulará os programas e projetos já existentes e criará outros, quando e se necessário, nos diversos aspectos da política nacional de saúde.
- III. A Política Nacional de Saúde da População Negra será composta por quatro componentes interdependentes, interligados e complementares.
 - a) Produção do conhecimento científico – organização do saber disponível e produção de conhecimentos novos, de modo a responder a dúvidas persistentes e dar consequência à tomada de decisões no campo da saúde da população negra.



b) Capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de atitudes dos profissionais da área de saúde, por meio de educação permanente, com ações adequadas para operar nos cenários da diversidade da sociedade brasileira e das peculiaridades do processo saúde/doença da população negra.

c) Informação da população – disseminação de informações e conhecimentos sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecer seus riscos de adoecer e morrer e fortalecer sua autonomia e a prevenção de doenças.

d) Atenção à saúde – inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas de atenção à saúde e garantir acessibilidade em todos os níveis do sistema de saúde”.

Dando consequência a uma das obrigações a que se compromete o Ministério da Saúde mediante o TC, o Plano Nacional de Saúde (PNS) principal instrumento estratégico da atual gestão, foi elaborado contando com a colaboração de um notável corpo de consultoras e um consultor, indicados pela SEPIIR. Levando em conta as prioridades assinaladas por esses consultores, o PNS foi desenhado com um “recorte racial”, introduzindo diretrizes específicas para a saúde da população negra, Além disso, foi criado em janeiro de 2004 (Portaria GM n. 10) o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, composto por técnicos e gestores do Ministério da Saúde, visando dar consequência às intenções expressas no Termo de Compromisso. Estava previsto no mesmo decreto a Criação de um Comitê Consultivo, para envolver a participação de pesquisadores/as e lideranças do campo da saúde



da população negra, indicados pela SEPPIR. No entanto, a avaliação feita após alguns meses de atuação, aliada à orientação emanada da 12ª Conferência Nacional de Saúde de incorporação de representantes da sociedade civil aos comitês técnicos que devem ser criados em todas as esferas de gestão do SUS, levou o Ministério da Saúde a editar a Portaria GM nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, fazendo as adequações e revogando a Portaria 10/2004. Uma cópia dessa portaria consta como anexo neste Caderno. A composição do novo Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que inicia sua atuação após o Seminário Nacional de Saúde da População Negra, amplia o número de participantes de duas áreas do Ministério (Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância à Saúde), incorpora a participação de representantes do CONASS e CONASEMS, agrega também representações da SEPPIR, da Federação Nacional de Anemia Falciforme (FENAFAL) e nove representantes do campo da pesquisa em saúde da população negra, todos indicados pela SEPPIR.

A realização do Seminário Nacional e a designação do novo Comitê Técnico, no âmbito federal, acentuam a parceria SEPPIR/Ministério da Saúde e configuram definitivamente um novo momento político, em que os desafios para a superação dos diversos fatores que tornam a população negra mais vulnerável aos agravos à saúde passarão a ser enfrentados de modo mais articulado.

No entanto, para a mudança efetiva do quadro existente, o envolvimento e participação dos gestores das outras esferas de governo, dos técnicos e trabalhadores de saúde e dos usuários organizados nas suas diversas entidades representativas e nas instâncias de participação existentes no SUS colocam-se como condições fundamentais.

OBJETIVOS**OBJETIVO GERAL:**

Melhorar a qualidade de vida das Mulheres Negras da Comunidade Quilombola de Capoeiras dos Negros.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Diminuir o alto índice de mulheres com (diabetes, hipertensão e alcoolismo)
- Construir e ter acesso as políticas públicas na área de saúde das mulheres negras.
- Melhorar a qualidade de vidas das mulheres negras
- Implementar o Programa Nacional de Saúde da População Negra.

METAS:

- Realizar 04 (quatro) palestras e capacitações sobre saúde da população negra.
- Formação de 20 multiplicadoras para o projeto “qualidade de vida agora”
- Realização do dia “d” da saúde das mulheres negras
- Criação de material educativo e informativo da saúde da mulher negra
- Realizar duas reuniões de avaliação do projeto com 50 mulheres

METODOLOGIA:

- Realizar Oficinas com as mulheres da comunidade
- Realizar palestras com as mulheres da comunidade
- Reuniões na comunidade
- Formação de Multiplicadoras (mulheres negras da comunidade)
- Ações sociais na comunidade
- Avaliações do projeto

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

Atividade	Meses								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Apresentação do projeto	X	X							
Busca de parceiros		X							
Palestras e capacitações sobre saúde da mulher negra (glaucoma, alcoolismo, entorpecentes, diabetes, hipertensão e anemia falciforme) segurança alimentar e reaproveitamento dos alimentos			X	X		X	X		
Formação de multiplicadoras para o programa “qualidade de vida agora”					X			X	
Dia “D” da saúde das mulheres negras						X			
Criação de material educativo e informativo da saúde da mulher			X						
Realizar duas reuniões de avaliação do projeto com 50 mulheres									X

REFERÊNCIAS

- http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_textos_basicos_snsnpn.pdf
Site do Ministério da Saúde – MS
Site da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPP/PR
Site do Conselho Nacional de Saúde
Site do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS
Site do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
Site do Ministério de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido – DFID/UK
Site da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS
Site da ONU – UNIFEM





**AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR
DE ESTUDANTES DA COMUNIDADE
QUILOMBOLA NEGROS DO RIACHO NO
MUNICÍPIO DE CURRAIS NOVOS,
NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL**

Rayane Larissa Santos de Araújo Monteiro



AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DA COMUNIDADE QUILOMBOLA NEGROS DO RIACHO NO MUNICÍPIO DE CURRAIS NOVOS, NO RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL

Rayane Larissa Santos de Araújo Monteiro

INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas tem entre suas características a localização na zona rural, o que conseqüentemente gera um distanciamento da população dos municípios onde estão circundadas. Esse é apenas um dos fatores que se somam a todo o processo histórico no qual estão inseridos, como exploração durante a escravidão e o descaso pós-libertação, e que tornam os quilombolas um grupo de risco para a insegurança alimentar e todas as complicações decorrentes dela. (SILVA, 2008)

As comunidades quilombolas foram reconhecidas legalmente a partir da Constituição de 1988, no artigo 68 das disposições constitucionais transitórias, delegando à Fundação Cultural Palmares os cuidados de todas as questões referentes a quilombos. (SILVA, 2008)

O Nordeste é a região brasileira onde se localiza o maior número de comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural, correspondendo a cerca de 60% de todas as existentes no país, cujo número mais recente é de 2.494. No Rio Grande do Norte, são 23 comunidades. (INCRA, 2015)



Mesmo reconhecidas como patrimônio cultural brasileiro, as comunidades quilombolas enfrentam inúmeras dificuldades, com destaque para questões culturais, sociais e de saúde. Em estudo do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), a insegurança alimentar é apontada como principal problema dessa população, tendo ainda indicadores como falta de coleta de lixo, esgotamento sanitário e água encanada. Déficit de estatura/idade e peso/idade em crianças já foram identificados em estudos e relacionados com o perfil socioeconômico das famílias. (SOUZA, 2013)

Além de fatores de vulnerabilidades social, como falta de esgotamento sanitário e irregularidades no abastecimento de água, as populações quilombolas são ainda desfavorecidas com baixos índices de escolaridade e alta taxa de analfabetismo. O acesso aos serviços de saúde são precários, principalmente a medidas preventivas, expondo esses grupos a maiores riscos de desenvolvimento de carências nutricionais, desnutrição e Doença Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). (CORDEIRO, 2014)

As transformações socioeconômicas e culturais têm feito com que a alimentação desses grupos seja modificada, havendo hoje uma maior inclusão de alimentos industrializados e conseqüente diminuição do consumo dos produtos oriundos do cultivo agrícola. Esse fator é potencializado pelas constantes secas na região e instabilidade do solo, comuns na região Nordeste. Mudanças econômicas nas comunidades quilombolas, como o acesso a empregos formais e programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, podem influenciar os hábitos alimentares dos indivíduos, por permitirem a aquisição de um maior número de produtos industrializados e processados, mudando, assim, o perfil alimentar dessas populações. Os jovens quilombolas também passam por transformações nutricionais pela inserção no meio urbano, pela continuidade dos estudos em escolas de cidades próximas. (CORDEIRO, 2014)



A realização de estudos sobre a avaliação do consumo alimentar é de suma importância, uma vez que as informações coletadas poderão ser úteis para que gestores envolvidos em programas de promoção da segurança alimentar, das condições de vida e saúde, promovam estratégias no sentido de melhorar a cobertura e adequar as ações à realidade dessas comunidades, de forma a minimizar o sofrimento e as privações enfrentadas pelas crianças quilombolas (TADDEI; COLUGNATI; COBAYASHI, 2008).

Observou-se, através de estudo feito em Alagoas, o qual analisou comunidades quilombolas, que as crianças tinham alimentação composta prioritariamente por leite, cereais e carnes, havendo baixa ingestão de legumes, verduras e frutas. Com essa alimentação, as crianças estudadas tinham comprometimento na adequação de micronutrientes, em especial de zinco, folato, ferro e vitaminas A e C. (LEITE et al, 2013).

É importante salientar que a ingestão alimentar inadequada está intimamente ligada a problemas como anemia, desnutrição e obesidade. Isso ficou evidente em um estudo realizado também em Alagoas, em 2011, quando se verificou o alto índice de acometimento desse tipo de doença em crianças quilombolas, ratificando que o direito humano à alimentação não vem sendo garantido a essas populações. Por isso, é importante a promoção de ações de prevenção e controle do peso, bem como intervenções que visem reverter a baixa ingestão de energia e micronutrientes. Porém, é necessário levar em consideração todas as peculiaridades dessa população, conhecendo seus hábitos alimentares, para, dessa forma, conseguir desenvolver ações eficazes com o fim de resolver os problemas nutricionais encontrados em comunidades quilombolas (FERREIRA et al, 2011).

Torna-se portanto, necessário conhecer os hábitos alimentares dessa população, levando em consideração o impacto desse indicador na saúde dos indivíduos. O presente estudo avaliou o consumo alimentar de crianças e adolescentes da Comunidade Quilombola Negros do Riacho, situada no

município de Currais Novos, no Rio Grande do Norte, analisando macro e micronutrientes.

A avaliação do consumo alimentar de crianças e adolescentes da comunidade quilombola Negros do Riacho será fundamental para determinar se essas famílias estão em risco nutricional, como já foi verificado em outras comunidades com as mesmas características. (SOUZA, 2013; LEITE, 2013).

Mesmo com um número relevante de estudos sobre grupos remanescentes de quilombos, muito ainda há para se conhecer e analisar, tendo em vista o elevado número de comunidades reconhecidas em todo o Brasil e os problemas por elas enfrentados. Na comunidade Negros do Riacho, por exemplo, não há trabalhos científicos voltados para o consumo alimentar, ratificando a necessidade do estudo em questão.

Vale salientar que a pesquisa trouxe benefícios para a comunidade na medida em que gerou um diagnóstico do consumo alimentar desses indivíduos, sendo um ponto de partida para a elaboração de ações que visem a garantia da segurança nutricional nessa localidade, bem como proporcionou, ao longo da realização das coletas, momentos de Educação Alimentar e Nutricional com escolares e pais.

O objetivo geral desse artigo foi avaliar o consumo alimentar de crianças e adolescentes da comunidade quilombola Negros do Riacho no município de Currais Novos/RN. Enquanto objetivos específicos a, tivemos:

Avaliação do consumo alimentar de crianças e adolescentes, estudantes da Unidade de Ensino: XXVIII São Francisco de Assis, localizada na comunidade quilombola Negros do Riacho, no município de Currais Novos;

Avaliação do consumo energético total, a ingestão de macro e micronutrientes de crianças e adolescentes, estudantes da comunidade quilombola Negros do Riacho;



CONHECIMENTO SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ESTUDANTES DA COMUNIDADE QUILOMBOLA NEGROS DO RIACHO

Enquanto metodologia, este artigo trata sobre um estudo transversal descritivo, realizado com crianças e adolescentes, residentes na comunidade quilombola Negros do Riacho, localizada no município de Currais Novos, no Rio Grande do Norte. Para a análise, foi utilizada uma amostra de 60 alunos da escola Unidade de Ensino: XXVIII São Francisco de Assis, localizada na própria comunidade. Os participantes foram estudantes matriculados em 2015/2016, cujos pais autorizaram participação na pesquisa, através de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. (APÊNDICE B)

Para identificar as características socioeconômicas das famílias, foi aplicado questionário adaptado com os responsáveis, seguindo critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015). O questionário (APÊNDICE A) continha perguntas acerca de condições do domicílio, quantidade de eletrodomésticos, número de cômodos e escolaridade dos responsáveis, por exemplo. A partir dele, foi possível classificar as famílias por classe social, sem que necessariamente fosse questionada a renda familiar, já que esse é um fator de inibição na hora da entrevista.

O inquérito dietético foi feito a partir do recordatório de 24 horas (ANEXO A), obtendo-se informações sobre o número de refeições, alimentos, preparações e quantidades consumidas pelas crianças nas últimas 24 horas. Para este último, houve a utilização de material de ilustração de medidas caseiras para auxiliar nas respostas. Para a escolha do método recordatório de 24 horas, foi considerado o fato de que não se conhecia os alimentos que poderiam compor os hábitos alimentares das crianças, somente sendo



possível a elaboração de um questionário de frequência alimentar aplicável à população, após a realização de um estudo como este que foi feito.

A ingestão de nutrientes foi calculada pela plataforma CalcNut. A prevalência de inadequação da ingestão de macro e micronutrientes foi estimada por meio das Ingestões Dietéticas de Referência (DRIs) do Institute of Medicine (IOM), utilizando-se o método da Necessidade Média Estimada (EAR) como ponto de corte (SLATER; MARCHIONI; FISBERG, 2004). Os valores referentes às EARs foram aplicados para estimar o grau de adequação do consumo de proteínas, carboidratos, lipídeos e micronutrientes. Na ausência de EAR estabelecida, a exemplo do sódio, foram adotados os valores de Ingestão Adequada (AI) ou o Limite de Ingestão Máxima Tolerável (UL). A distribuição de energia fornecida pelos macronutrientes foi analisada conforme a Faixa de Distribuição Aceitável de Macronutrientes.

(AMDR) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006). Para estimar a adequação de ingestão de energia atual, calculou-se a razão entre a ingestão energética informada por ocasião do recordatório e o valor da EER. Ingestões energéticas com variações de 10% acima ou abaixo da EER foram consideradas dentro da faixa de normalidade. Os valores inferiores a 0,9 foram assumidos como indicativos de baixa ingestão energética e os valores superiores a 1,1 indicaram ingestão energética excessiva.

O critério adotado para a escolha dos micronutrientes analisados foi sua relação com o crescimento e o desenvolvimento das crianças (vitaminas A e C, e os minerais cálcio e zinco) e com a anemia (vitamina C e ferro). O consumo alimentar das crianças foi analisado em duas faixas distintas de recomendação: de quatro a oito anos e de nove a treze anos, conforme o estágio de vida estabelecido pelas DRIs (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

RESULTADOS

Dos 65 estudantes identificados para participação no estudo, cinco foram eliminados do processo, após recusa dos responsáveis, sendo fechado o número de 60. Da amostra restante, 23 crianças estavam na faixa etária de 4 a 8 anos, e 37 encontravam-se na faixa entre 9 e 13 anos, sendo 24 meninas e 13 meninos.

Os participantes da pesquisa pertenciam a famílias das classes C (2%), D (85%) e F (13%).

Com relação à faixa de distribuição dos macronutrientes, puderam-se identificar inadequações, especialmente no consumo de energia e lipídeo: a primeira apresentou 38% de baixa ingestão e 4% de ingestão excessiva. No caso dos lipídeos, esses números sobem para 43% e 7%, respectivamente. A avaliação do consumo de proteína apontou adequação em todoo público estudado. O mesmo não ocorreu com a ingestão de carboidratos, cujo excesso ficou em 23% e ingestão inferior à recomendação, em 10%.

Tabela 1 – Avaliação do consumo de energia e macronutrientes em crianças e adolescentes da comunidade quilombola Negros do Riacho

Energia e nutriente	Baixa Ingestão (%)	Ingestão adequada (%)	Ingestão excessiva (%)
<i>Energia</i>	38	57	4
<i>Proteína</i>	0	100	0
<i>Carboidrato</i>	10	67	23
<i>Lipídeo</i>	43	50	7

Fonte: autoria própria

No consumo de micronutrientes, foram identificadas inadequações em vitaminas e minerais em ambas as faixas etárias. Nas crianças com idade entre 4 e 8 anos, apresentou-se baixo consumo em vitamina A, com uma média de 151,20 µ; zinco teve média de consumo de 3,31 mg, estando abaixo



dos 4.0 mg recomendados para essa faixa de idade. Outro nutriente importante cujo consumo esteve abaixo do esperado foi o cálcio, com consumo de 489 mg, contra 800 mg da recomendação diária. Os demais nutrientes avaliados: vitamina C, ferro e sódio foram consumidos, segundo o estudo, em níveis recomendados.

De 8 a 13 anos, os estudantes foram divididos de acordo com o sexo, já que algumas recomendações diferem. As inadequações encontradas foram nos níveis de vitamina A e cálcio, estando com o consumo bem abaixo do que é preconizado pelas DRI,s, em ambos os sexos.

No caso do sódio foi encontrada inadequação no grupo dos meninos, que apresentaram média de ingestão de 2.524 mg. Já as meninas dessa faixa etária tiveram consumo abaixo da UL.

Tabela 2 – Consumo de micronutrientes em escolares da comunidade quilombola Negros do Riacho

Faixa etária: 4 a 8 anos						
Micronutriente	EAR/*UL		Média		Análise	
Vitamina A (µg)	275		151,2		Prov. inadequado	
Vitamina C (mg)	22		28,2		Prov. Adequado	
Zinco (mg)	4.0		3,31		Prov. inadequado	
Cálcio (mg)	800		489		Prov. inadequado	
Ferro (mg)	4.1		4,12		Prov. Adequado	
Sódio (mg)	*1.900		1.751,02		Prov. Adequado	
Faixa etária: 9 a 13 anos						
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Vitamina A (µg)	445	420	108,81	135,97	Prov. inadequado	
Vitamina C (mg)	39	39	47,3	50,85	Prov. Adequado	
Zinco (mg)	7	7	7,23	7,59	Prov. Adequado	

<i>Cálcio (mg)</i>	1,1	1,1	374,95	272,87	Prov. inadequado	
<i>Ferro (mg)</i>	5,9	5,7	6,7	6,64	Prov. Adequado	
<i>Sódio (mg)</i>	*2.200	*2.200	2.524	2.035	Prov. inadequado	Prov. Adequado

Fonte: autoria própria

DISCUSSÃO

O déficit de ingestão energética foi um dos problemas identificados entre crianças e adolescentes da comunidade estudada, isso porque 38% dessa população consumiu energia abaixo de suas necessidades diárias. Estudo realizado em Alagoas (LEITE, 2013), envolvendo 724 crianças, apontou que 70,1% delas estavam com ingestão energética inferior a EER, enquanto 13,6% consumiam energia superior as suas necessidades energéticas. Albano (2001), porém, identificou consumo de 136,34% da recomendação em adolescentes do sexo masculino e 123,02% do sexo feminino. Esse resultado é um alerta para o risco de excesso de peso a longo prazo nessa população.

É importante citar que parte da alimentação diária das crianças participantes do presente estudo é complementada pela merenda escolar, sendo ela uma fonte expressiva de alimentos ao longo do dia, tendo em vista que os estudantes têm acesso à alimentação escolar nos dois turnos. Cerca de 30% das necessidades nutricionais dos estudantes quilombolas devem ser atingidas através da merenda, havendo ainda um acréscimo no valor per capita repassado pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) para aquisição de alimentos nas escolas com descendentes de quilombos. Ou seja, enquanto o valor per capita repassado para demais estudantes é de R\$ 0,30, instituições de ensino que atendem escolares quilombolas recebem R\$ 0,60 (SOUZA, 2013). No caso das crianças que estão inclusas no Programa

Mais Educação, que é o caso de muitas delas, a necessidade a ser atendida passa a ser de 70%. (BRASIL, 2013)

Esses dados vêm ratificar o risco de insegurança alimentar ao qual os estudantes quilombolas estão expostos, já que, mesmo havendo um aporte nutricional elevado garantido pela escola, as necessidades diárias de energia não são atingidas.

É importante colocar que a adequação nutricional tem uma estreita relação com o ambiente escolar, pois manter uma criança bem alimentada em sala de aula aumenta o desempenho escolar, reduz a evasão e a repetência (RODRIGUES et al., 2007).

Em pesquisa realizada por Ferreira (2015), as famílias tinham um perfil de consumo de alimentos em sua maioria industrializados, ultraprocessados, com alto valor energético e baixo valor nutricional.

É preciso ainda estar atento ao consumo de carboidratos refinados e baixa de ingestão de fibras e o impacto disso no estado nutricional dos indivíduos. Esse perfil de alimentação tem ligação direta com o excesso de carboidratos em relação à necessidade, encontrada em 23% de crianças e adolescentes estudados nesta pesquisa.

A maior deficiência no que diz respeito a consumo de macronutrientes foi encontrada com relação aos lipídeos. 46% da amostra apresentou baixa ingestão nesse macronutriente. Resultado semelhante foi encontrado por Leite (2013), que avaliou crianças de comunidades quilombolas de Alagoas.

No estudo, cerca de 48,9% de 4 a 5 anos apresentaram baixa ingestão desse macronutriente, cuja importância torna-se ainda maior nessa fase da vida, pelo papel fundamental dos ácidos graxos essenciais no desenvolvimento físico e cognitivo desses indivíduos. O baixo consumo de lipídios pode ainda provocar a oxidação de proteínas, que essencialmente



deveriam ser usadas para funções de ordem plástica e funcional, levando a um déficit no desenvolvimento da criança. (LEITE, 2013).

A ingestão insuficiente de micronutrientes como vitamina A, zinco e cálcio entre crianças de 4 a 8 anos, e vitamina A e cálcio entre aqueles de 9 a 13 anos, é um fator preocupante, tendo em vista o importante papel das vitaminas e dos minerais nessa fase da vida. O baixo consumo de cálcio também foi identificado em estudo feito com estudantes dos ensinos fundamental e médio do município de São Paulo. O autor aponta atendimento de 68,31% das recomendações para o sexo masculino e 48,32% para o sexo feminino. O baixo consumo de alimentos fontes de cálcio como leite e derivados, e vegetais verdes escuros, pode explicar esse déficit. (ALBANO, 2001)

O cálcio, com baixo consumo em todas as faixas etárias, é composto fundamental no desenvolvimento ósseo, sendo necessária uma maior atenção na fase de desenvolvimento de crianças e adolescentes.

Segundo Leite (2013), a inadequação no consumo de micronutrientes, como a vitamina A, C e o mineral zinco, como ocorreu em seu estudo, traz riscos ao desenvolvimento da criança e também a sua resposta imunológica.

O baixo consumo de frutas e verduras, fontes importantes de micronutrientes, por parte de escolares quilombolas, também foi identificado nesse estudo, apontando, assim, para uma realidade semelhante à encontrada na comunidade Negros do Riacho.

Pôde-se identificar, ao longo dos recordatórios alimentares aplicados, que a média de refeições diárias entre crianças e adolescentes da comunidade está em torno de 5. Isso porque grande parte desse público, na época da pesquisa, alimentava-se na escola, com no mínimo duas refeições, por fazerem parte do Programa Mais Educação no contraturno. A dieta desses escolares era composta prioritariamente por cereais e açúcares refinados, além de consumo quase inexistente de frutas, verduras e legumes. Dentre



todas as casas visitadas ao longo da pesquisa, apenas em um domicílio foi relatado o consumo de fruta no dia anterior à coleta. Dentre os produtos mais consumidos diariamente, estavam flocos de milho, arroz, macarrão, feijão e produtos cárneos, como mortadela e linguiça.

Assim como em outros estudos similares, o aporte calórico satisfatório em parte da amostra e a adequação de alguns macronutrientes, como proteína e excesso no consumo de carboidrato, podem estar mascarando possíveis deficiências de micronutrientes, caracterizando o que conhecemos como “fome oculta”, própria da alimentação característica da transição nutricional ocorrida no Brasil e que atinge também comunidades tradicionais, como a avaliada neste estudo. (PINHEIRO, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados encontrados, foi possível observar adequação em macronutrientes importantes, como proteína e carboidrato em grande parte da amostra, em contrapartida à baixa ingestão de lipídeo. Ainda assim, é importante lembrar que, mesmo com adequação na ingestão de macronutrientes, uma alimentação monótona, como a que é praticada pelas crianças da comunidade quilombola estudada, pode estar ligada a deficiências orgânicas de micronutrientes, sendo um fator de risco para atraso no desenvolvimento físico e cognitivo de crianças e adolescentes.



REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresa de Pesquisas. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP, 2015.

ALBANO, Renata Doratioto; SOUZA, Sônia Buongiorno de. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. J. Pediatr. (Rio J.). Porto Alegre, v. 77, n. 6 p. 512-516, dez. 2001.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Diário Oficial da União, 18/06/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUENO, A. L.; CZEPIELEWSKI, M. A. Recordatório de 24 horas como instrumento de avaliação alimentar de cálcio, fosforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. Rev. Nutr. Campinas: v. 23, n. 1, p. 65-73, jan./fev., 2010.

CAMBUI, A. O. S. Perfil alimentar da comunidade quilombola João surá: um estudo etnográfico, Curitiba/PR. 2006. 61p. Monografia (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

CARVALHO, Andréia Santos; OLIVEIRA E SILVA, Denise. Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuacu, Brasil: a produção da agricultura familiar para a alimentação escolar. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 50, Sept. 2014.

CAVALCANTE, A. A. M.; PRIORE, S. E.; FRANCESHINI, S. C. C. Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant. Recife: v. 4, n.3, p. 229-240, jul./set., 2004. CORDEIRO, Mariana de Moraes; MONEGO, Estelamaris Tronco; MARTINS, Karine Anusca. Overweight in Goiás'quilombola students and food insecurity in their families. Rev. Nutr., Campinas, v. 27, n. 4, p. 405-412, Aug. 2014.

CUERVO, Maria Rita M.; AERTS, Denise R. G. de C.; HALPERN, Ricardo. Vigilância do estado nutricional das crianças de um distrito de saúde no Sul do Brasil. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 81, n. 4, p. 325-331, Aug. 2005.

FALCÃO-GOMES, R. C.; COELHO, A. A. S.; SCHMITZ, B. A. S. Caracterização dos estudos de avaliação do consumo alimentar de pré-escolares. Rev. Nutr. Campinas: v. 19, n. 6, p. 713-727, nov./dez., 2006.

FERREIRA, H. S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. v. 30, n. 1, p. 51-58, 2011.

FERREIRA, Haroldo da Silva; TORRES, Zaira Maria Camerino. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.. Recife, v. 15, n. 2, p. 219-229, June 2015.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. Arq Bras Endocrinol Metab. v. 53, n. 5, 2009.

GOMES, Fabio da Silva; ANJOS, Luiz Antonio dos; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. Rev. Nutr., Campinas, v. 23, n. 4, p. 591-605, Aug. 2010.

INCRA - INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. Quilombolas. Brasília, DF: INCRA, 2015. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/quilombolas>>. Acesso em 5 de maio de 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements The National Academies Press. Washington: 2006.

LEITE, F. M. B. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. Rev. Paul. Pediatr. Maceió: v. 31, n. 4, p. 444-51, 2013.

MELLO, Elza Daniel de. O que significa a avaliação do estado nutricional. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, n. 5, p. 357-358, Out. 2002.

MINISTÉRIO DA CULTURA. Fundação Cultural Palmares. Comunidades Quilombolas. Brasília, 2015.

PASCO, J. A. et al. Prevalence of obesity and the relationship between the body mass index and body fat: cross-sectional, population-based data. PLoS ONE. v. 7, n. 1, jan., 2012.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Maria de Fátima Cruz Correia de. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica de desigualdade social. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 121-130, Jan. 2010.

SANTOS, Juliana Nunes; LEMOS, Stela Maris Aguiar; LAMOUNIER, Joel Alves. Estado nutricional e desenvolvimento da linguagem em crianças de uma creche pública. Rev. soc. bras. fonolodiol., São Paulo, v. 15, n. 4, p. 566-571, Dez. 2010.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança medida a partir da percepção das pessoas. Estudos Avançados, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 143–154, 2007.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A Segurança Alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, v. 16, n.2, p. 1 -19, 2009.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SAMPAIO, M. F. A.; MARIN-

LEON, L.; PANIGASSI, Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas/Ministério da Saúde, 2004. 33 p. (Relatório Técnico).

SILVA, Denise Oliveira e et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Rev. Nutr., Campinas, v. 21, supl. p. 835-875, Aug. 2008.

SLATER, B.; MARCHIONI, D. L.; FISBERG, R.M. Estimando a prevalência da ingestão inadequada de nutrientes. Rev. Saúde Pública. v. 38, n. 4, p. 599-605, 2004.

SOARES, Daniela Arruda; BARRETO, Sandhi Maria. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Mar. 2015

SOUSA, Lucilene Maria de et al. Alimentação escolar nas comunidades quilombolas: desafios e potencialidades. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 987- 992, Apr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development. Genebra: WHO; 2006.





**AJEUM
A COMIDA SAGRADA
NO CANDOMBLÉ**



CANDOMBLÉ:
PRÁTICAS ALIMENTARES E POSSÍVEIS REPERCUSSÕES
SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DE SEUS ADEPTOS.

Tayane Sahara Medeiros de Oliveira

CANDOMBLÉ: PRÁTICAS ALIMENTARES E POSSÍVEIS REPERCUSSÕES SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DE SEUS ADEPTOS.

Tayane Sahara Medeiros de Oliveira

INTRODUÇÃO

Dentre as diferentes manifestações das religiões e religiosidades afro-brasileiras, está o candomblé, culto centrado na louvação aos orixás. Os orixás representam arquétipos das forças da natureza, e são vistos também como ancestrais divinizados. O candomblé é uma religião monoteísta dividida por nações. O deus único para a nação Ketu é Olorum, para os Bantu é Zambi, para os Jeje é Olodumaré e entre os Ewe-Fon, cultua-se Mawu-lissá. Cada uma dessas nações é independente em suas práticas litúrgicas. Entende-se por “nação” de candomblé, grupos que possuem certas diferenças no tocante ao sistema litúrgico, tronco linguístico, dentre outras concepções religiosas.

O termo religião de matriz africana é comumente empregado para designar uma série de práticas religiosas de caráter mediúnico/espiritualistas desenvolvidas pelos povos de origem africana e indígena em diferentes épocas e contextos no Brasil, sobretudo, a partir dos séculos XVI e XVII. Esses cultos seguiram em transformação obedecendo a uma dinâmica pautada no hibridismo, mesclando práticas e concepções que resultaram numa pluralidade de religiões e religiosidades que se espalharam por todo território nacional exercendo influência na construção das identidades culturais brasileira. Em virtude do sincretismo religioso existente no Brasil a maioria



dos adeptos considera suas divindades como sendo manifestações do mesmo Deus cristão, sobretudo, na Igreja Católica, com a qual o contato híbrido ocorre com mais intensidade.

Mesmo diante de um cenário atribulado, essas religiões se expandiram e conquistaram milhares de adeptos. O último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelou que 0,3% dos brasileiros (isto é, 588 mil pessoas) e 0,2% dos nordestinos declaram-se adeptos de religiões afro-brasileiras como o candomblé e umbanda.

No Estado do Rio Grande do Norte, há várias vertentes religiosas de matriz afro-luso-ameríndia, dentre as quais se destacam o catimbó, a umbanda e o candomblé. Embora possuam certas semelhanças, os cultos não são os mesmos. A umbanda se compõe enquanto sistema religioso através da junção das matrizes europeia–catolicismo, de onde se extraiu as orações, a crença em Jesus, na Virgem Maria e nos santos além de outros aspectos cosmogônicos como a concepção de céu e inferno. Do espiritismo kardecista, a umbanda herdou, sobretudo, a Lei do Karma e a crença na reencarnação dos espíritos; Da matriz indígena veio a utilização de chás, tabaco e outras ervas com poderes curativos, assim como o culto aos espíritos caboclos e encantados; Por fim, da matriz africana vieram os orixás – ancestrais divinizados que se manifestam como forças da natureza. No panteão umbandista estão inseridos os espíritos que representam a diversidade do povo brasileiro, são boêmios, marinheiros, boiadeiros, ciganos, índios, estrangeiros, etc. Na grande parte das nações de candomblé, estas entidades não são cultuadas. Em geral, admite-se a celebração aos orixás, voduns ou inquices – dependendo da nação. O catimbó-jurema é a cerimônia considerada agenciadora, aquela que une as práticas de candomblé e umbanda numa única casa. A liturgia do catimbó – que é de matriz indígena – possibilita o convívio e a prática das diferentes matrizes religiosas afro-brasileiras em suas celebrações. As manifestações religiosas são marcadas



pela diversidade e autonomia, podendo assim, serem observadas por diferentes perspectivas.

Dentre os adeptos do candomblé, um aspecto, relevante a se analisar é a importância da sua alimentação. Segundo a cosmogonia afro-brasileira, os orixás precisam ser alimentados. Neste sentido, os alimentos são ofertados baseando-se na concepção de troca e circulação de energias. Toda essa energia – chamada de “àsé”, ou axé em termo aportuguesado – é recebida e doada ao/pelo adepto para que os laços de fidelidade sejam constantemente renovados, por isso a prática da oferenda alimentar é tão significativa dentro de uma lógica ritualística e social. Para o candomblé, a força que um alimento ofertado emana vai até o orixá e volta para quem o ofertou.

Os fiéis devem alimentar continuamente seus orixás, dividindo com eles sua comida e bebida, pois estas divindades são consideradas parte importante da família, são seus ancestrais. Como forma de retribuir as oferendas, os orixás protegem, “ajudam, criam relações de compadrio e amizade e dão identidade aos seus descendentes”. Vale salientar que, a prática da oferenda deve ser encarada como algo simbólico. Não é o orixá quem come a oferenda, mas retira dela a energia – o axé. A oferenda é uma representação. O adepto ou fiel doa o alimento como sendo parte de um “trato” estabelecido entre o crente e o ser crido, tudo feito dentro de uma lógica ritual.

Todo orixá tem sua quizila, termo utilizado pelos adeptos para retratar aversões e “alergias” da divindade a alguma coisa, seja ela relacionada a rituais específicos que restringem por tempo determinado algumas comidas, temperos e frutas ou à exclusão de determinados alimentos definitivamente da dieta do adepto. Um adepto de candomblé tem sua alimentação diferenciada, e para tais observações é necessário levar em consideração o período de vida religiosa que se encontra o adepto e o orixá

de quem é “filho”. Estes aspectos irão determinar que alimentos ou preparações o fiel poderá ou não ingerir.

Como o candomblé é uma religião de tradição oral e não possui livro sagrado que guie sua liturgia, um pouco das características dos orixás é revelada pela sua mitologia e suas histórias, que apresentam aventuras, os temperamentos, paixões terrenas e preferências de cada orixá. Estes e outros aspectos são ritualizados nas cerimônias, sendo essas narrativas importantes para ensinar como cada orixá deve ser tratado e alimentado, indicando os gêneros que lhes deve ou não ser ofertados pelos seus adeptos.

Assim, são quase inexistentes os estudos científicos e publicações na área da saúde acerca da temática, que enfatizem especificamente a implicação de tais práticas alimentares para a saúde do adepto dessa religião. Visando ampliar a discussão e instrumentalizar os profissionais acerca das especificidades alimentares dessa religião numerosa, este estudo investigou as práticas alimentares relacionadas à religião dos adeptos do candomblé no Rio Grande do Norte, identificando costumes, práticas e rituais no que diz respeito aos alimentos, considerando as restrições e os tabus alimentares, e conseqüentemente suas possíveis repercussões sobre o estado nutricional dos adeptos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório em que foi adotada abordagem observacional. Foram realizadas entrevistas entre setembro a dezembro de 2015 com adeptos do candomblé residentes em diferentes cidades do Rio Grande do Norte. Participaram do estudo seis pessoas de ambos os sexos, com idade entre 30 e 60 anos, que eram membros ativos respeitados regionalmente pelo seu conhecimento, sendo



alguns inclusive dirigentes de organizações de representatividade do candomblé.

Foi realizada entrevista estruturada composta por perguntas abertas acerca das especificidades da religião (nação pertencente, orixá regente), e da alimentação dos adeptos, versando sobre as preferências e quizilas dos orixás, práticas alimentares em dias festivos, existência de restrição temporária e/ou permanente de alimentos, ocorrência de problemas de saúde relacionados às práticas alimentares adotadas no candomblé.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, (CAAE nº 34526214.4.0000.5568, parecer nº 730.855) e as coletas de dados com os participantes foram realizadas somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução 466/2012.

Os dados foram trabalhados a partir de uma abordagem qualitativa, visto que não foram avaliados ou interpretados os sentidos e significados dos discursos dos entrevistados. Avaliou-se assim, de forma descritiva as respostas dos participantes, quais eram as práticas alimentares adotadas, quais os alimentos estavam envolvidos em tais práticas, qual o orixá regente, quais as preferências e quizilas alimentares desse orixá.

Como ferramenta complementar, desenvolvemos uma revisão literária a fim de corroborar com os discursos dos participantes, visto que a multiplicidade de divindades no candomblé não foi abordada de forma completa nas entrevistas. Foram consultadas não somente bases de dados eletrônicas, como por exemplo, google acadêmico e Scielo, mas também as listas de referência dos artigos encontrados e as publicações que citavam artigos clássicos sobre o tema. Os descritores utilizados em português foram: candomblé, religião, quizilas, orixá, alimentação, alimentos, nutrição. As

expressões de pesquisa foram construídas combinando os descritores ou utilizando-as de forma isolada.

RESULTADOS

Entre os nossos entrevistados havia duas mulheres e quatro homens residentes nos municípios de Natal e Extremoz. De acordo com o entrevistado 1, seu orixá regente é Iansã cultuada entre os Jeje; o 2, é regido por Oxaguiã da nação Ketu, o 3 por Obaluaê, também entre os Ketu. Nosso quarto entrevistado é filho de Oxalá, entidade reverenciada no grupo Ketu-Nagô; o 5 é protegido por Exu, na nação Ketu; por fim, nosso sexto entrevistado é regido Oxalá, entidade dos Bantu.

Cada uma dessas nações possui uma dinâmica própria e aspectos litúrgicos particulares em cada casa. Isso significa que cada sacerdote tem autonomia para compor sua estrutura ritualística, inclusive, as práticas alimentares, como restrições e possibilidades. Verificou-se preferência por comidas elaboradas a partir de feijão branco, como é o caso do acarajé, *ekuru*, o arroz seja ele branco ou doce. O *acaçá* é tido como alimento primordial para todos as divindades afro-brasileira, de acordo com o nosso entrevistado 1 “é a única comida que por mais que o orixá “esteja em fúria” acalma aquele orixá”.

Alguns pratos elaborados a partir de raízes como o inhame também foram citados como alimento preferível de orixás, como Oxaguiã. De acordo com a mitologia, essa divindade teria sido o inventor do pilão – objeto usado para esmagar o inhame, o que facilita na hora de comê-lo. De acordo com o entrevistado 2 para os adeptos, este alimento é considerado muito importante, sendo assim em algumas casas de candomblé é realizada uma festa em comemoração ao inhame denominada de pilão de Oxalá, todos os adeptos participam deste festejo e compartilham deste alimento sagrado.

Além das práticas de oferendas, observou-se também restrições alimentares. A carne de porco foi citada recorrentemente nas entrevistas, o motivo estaria no fato de que esta, “representa justamente o pedaço de carne podre que a terra come, então por esse motivo há uma restrição”, de acordo com o informante número 2. Notou-se ainda restrições em relação a algumas frutas como melancia, abacaxi, cajá, jaca e maçã. A jaca, por exemplo, é tida como um alimento sagrado que não pode servir de alimento, como fica claro na fala de um dos entrevistados,

A jaca ela nasce de uma árvore como no popular chama-se aqui no Brasil chama-se jaqueira na África chama-se “apaocá” que para nós ela seria uma senhora, uma anciã, uma “iamim” que a palavra “iamim” quer dizer minha mãe, uma anciã da noite, uma guardiã e ela passam a ser tão sagrada que não pode ser comida então ela não pode alimentar ninguém dentro de uma casa de candomblé. (Entrevistado 2)

Condimentos também podem sofrer com algum tipo de restrição, é o caso do dendê, a pimenta, o pimentão e o sal. A explicação está fundamentada na concepção de que, para determinados orixás, esses alimentos possuem uma energia distinta ou contrária à sua natureza. Segundo a cosmovisão religiosa afro-brasileira, a questão mitológica também é utilizada para explicar determinadas quizilas. Durante o episódio da criação do mundo, Oxalá teria se embriagado com o azeite de dendê, por isso os adeptos interpretam o uso/oferenda de deste condimento como algo “danoso” a este orixá.

As preferências e restrições alimentares dos principais orixás do candomblé, referidas por nossos entrevistados estão esquematizadas no quadro 1. Os alimentos pontuados com (*) não foram citados por nossos

entrevistados, mas foram observados por outros autores durante a revisão bibliográfica.



Figura 1. <https://ocandomble.com/2008/08/04/comidas-para-os-orixas/>

Quadro 1. Preferências e restrições alimentares adotadas pelas nações do candomblé.

Orixá regente	Quizilas	Preferências
Iansã (Oiá, Matamba)	Melancia; Maçã; Carneiro; Carne de búfalo; Feijão branco; *Caranguejo; *Abóbora.	Acarajé; Açaçá.
Oxum		Molocum.
Oxalá	Dendê; Carne vermelha; Comidas salgadas; Pimenta; Peixe de couro; Crustáceos; Carne de porco; café; chocolate, frutas cítricas; pimentão; *Alimentos de coloração avermelhada.	Ebô (canjica branca); Inhame; Ekuru (Feita com feijão fradinho); Ejabó de quiabo; Arroz doce; Azeite de oliva; Arroz branco; manjar de cocô; * Milho cozido.
Ogum		Paliteiro de inhame; * Feijoada; * Acarajé; *Milho branco.
Exu		Dendê.
Omolú	Abacaxi; Cajá.	Pipoca; * Olubajé (Feijão preto, milho branco, vatapá, azeite de dendê, carne de galo e bode).
Oxaguiã	Café; Jaca; Carne de porco; Dendê.	Inhame; Milho branco; Arroz.
Oxossi	Alguns tipos de caça; Mel.	
Ossain	Milho verde.	
Oxum	Ovo cozido.	Verduras; Feijão fradinho (Branco); Ipeté (Inhame amassado com dendê, cebola ralada e gengibre).
Iemanjá	Peixe de couro	

Orixá regente	Quizilas	Preferências
Obaluaiê	Carne de porco; Abacaxi; Peixe de pele (Arraia, cação), Caranguejo, Carneiro, Ovelha.	Pipoca (Estourada na areia); Feijão preto Cozido (Refogado no azeite de dendê, pó de camarão, cebola ralada e gengibre), Arroz; Lima.
Ewá	Carne de galinha.	
Xangô	Quiabo.	*Amalá (Quiabo, rabada, cebola, azeite de dendê e fubá branco).

Ao ser questionado se sua alimentação cotidiana divergia da adotada nos asfestivos, o entrevistado 3 respondeu:

Não nos dias festivos a gente abusa mais, assim, somente mesmo na quantidade, mas a minha dieta ela é muito ligada à religião porque eu vivo 24 horas; mesmo eu não estando aqui. Se eu for pra um restaurante eu pego meu prato eu rezo meu prato antes de me alimentar e a minha alimentação é basicamente feijão, arroz integral e todos os legumes e verduras que você possa imaginar.

Porém, as concepções ao que diz respeito à alimentação adotada em dias festivos podem variar de acordo com o terreiro e a nação do adepto, como relata o entrevistado 4,

Normalmente quando a gente vai pra... Eu não sei se vocês foram para alguma festividade de terreiro de candomblé é muita festa, muita dança e no final sempre tem comida e principalmente uma dica, que vocês vão às festas do olubajé é o grande banquete no ilê, lá se come de tudo entre outras coisas tanto pra

prosperidade da vida quanto pra própria saúde, né? E normalmente a gente busca muito, então as comidas são obviamente diferenciadas até porque você come a partir das comidas sagradas desses orixás.

Acerca do tempo de duração das restrições alimentares, todos os entrevistados responderam que o período cronológico (idade) e o tempo de “vida no santo” podem influenciar nos seus hábitos alimentares. A restrição pode levar dias ou meses para ser quebrada ou mesmo, mantida. Identificamos casos nos quais a “abstinência” pode perdurar anos. Alguns alimentos são excluídos permanentemente da dieta do adepto, estando passível a sofrer desajustes ou “punições” caso volte a consumi-los. Estas “penalidades” podem refletir nos mais variados campos de sua vida: saúde, trabalho, relações amorosas ou financeiras. De acordo com nosso entrevistado número 2,

A quizila ela se manifesta na vida de várias formas né? Na minha foi com um pequeno desarranjo estomacal, mas ela se manifesta na vida de várias formas, nós lidamos na vida com Odú, aí você diz “O que é Odú?” Odú é caminho, nós temos o Odú de nascimento que chamamos de Odúbii que é aquele que nasce com você que é feita uma cabala e nós temos aquele Odú que nós criamos, “o que é esse Odú que nós criamos?” Se eu tenho uma pessoa na rua e a pessoa vai passando na rua e eu saio e dou uma tapa na cara dela, ela vai revidar. Isso foi um Odú que eu criei. Se eu sei que eu não posso tomar café e eu tomei, então eu paguei pra ver, eu criei uma consequência, chama-se Odú que nós criamos o negativo que nós criamos ouo positivo, eu naquele momento eu criei o negativo porque eu sabia que aquilo... Depois eu soube que aquilo poderia me prejudicar e mesmo assim eu fiz



então isso poderia ser visto ser aplicado em meu financeiro... Graças a Deus foi no meu estômago, porque eu tive um pequeno desarranjo depois tomei um banho e bebi algumas ervas sagradas quinadas e fiquei ótimo, mas isso poderia afetar um problema de saúde (Entrevistado 2).

O relato do entrevistado 3, deixa claro que as consequências decorrentes da desobediência podem ocorrer também quando o adepto “contraria” as vontades do seu orixá até mesmo quando o faz sem se dar conta,

Eu não sabia, eu fui (...) Eu tinha uma amizade com um antropólogo, por um tempo eu fiz antropologia. E aí ele preparou um arroz nas viagens dele ele preparou um arroz e eu achei aquele arroz gostoso e um sabor que eu conhecia, mas num “tava” (...) “que sabor é esse?”, mas eu conhecia o sabor e fui comendo, comendo... Aí daqui a pouco comecei a me coçar todo, comecei a me coçar a foi saindo umas bolotas aí eu digo: “Rapaz o que era que tinha nesse tempero do arroz?” Abacaxi (...) Eu fiquei todo “estoporado” de abacaxi, mas eu não reconheci de imediato, eu sabia que conhecia aquele negócio porque “tava” misturado com sal (...) Com os temperos do arroz, eu não posso comer.

Os adeptos acreditam que a energia contida na comida preferida de seu orixá está de alguma forma, manifestada também no fiel. Assim, o “àsê” em excesso, pode lhes fazer algum mal. No entanto, há exceções, em casos de doença, quando sua imunidade se encontra baixa, eles podem ser liberados para comer determinados alimentos que em tese, lhes ofenderia. Quando suas energias são repostas, a proibição é estabelecida novamente.

DISCUSSÃO

As entrevistas revelaram que os principais alimentos restritos são alguns tipos de carnes – importante fonte de proteína, contudo, facilmente substituída por outros alimentos com os mesmos nutrientes. Assim, o prejuízo torna-se inexistente. Em nossa análise, poucos alimentos fontes de vitaminas e minerais foram citados como proibidos ou que minimamente deveriam ser evitados. Sua exclusão ou restrição não parece ser determinante para que se configurasse um quadro de carência nutricional.

No candomblé, a oferta de alimentos é um ato simbólico que concretiza um pacto entre o crente e o ser crido, havendo diferentes possibilidades de “alimentar” os orixás.

O tabu alimentar está presente no candomblé e se manifesta pelo termo quizila. Cada orixá possui suas preferências alimentares, agradando mais por um que por outro alimento. Tais preferências são observadas pelos membros do terreiro e isso “impede” a sua oferta e restringe seu consumo tanto para a divindade quanto para o próprio adepto.

Enormes eram – e são – os preceitos e interdições que envolvem essa culinária [de santo]. Se dividir alimentos com os deuses é trazê-los para a nossa vida através da mesa, por outro lado é preciso observar os tabus alimentares de cada um. Azeite de dendê nunca se oferece a Oxalá, assim como o mel é vedado para Oxóssi e o carneiro não pode entrar nos espaços dedicados a Iansã. Os filhos-de-santo estão socialmente obrigados a expressar as mesmas aversões dos seus orixás (p. 220).

Assim, pode-se observar que a alimentação é detentora de um papel essencial no cotidiano dos adeptos desta fé, neste hábito se incluem permissões, proibições e jejuns.

De acordo com a cosmologia afro-brasileira, cada filho-de-santo herda algumas destas restrições. Vale salientar que estas recomendações são





muito mais simbólicas que concretas, todavia, por se tratar de dogmas religiosos, grande parte dos adeptos preferem seguir as indicações de seus babás e ialorixás (sacerdotes do candomblé, respectivamente os termos usados para o homem e a mulher) e abster-se de certos alimentos. Tais privações acontecem em decorrência da concepção sobre dados alimentos serem considerados impuros ou mesmo, sagrados de modo a não poderem ser consumidos. Assim, apenas algumas divindades devem alimentar-se de sua energia.

A alimentação é uma necessidade básica, um direito humano assim como também está inserida numa lógica cultural. As pessoas não se alimentam somente porque precisam de nutrientes e calorias para manter o bom funcionamento do corpo. O hábito de comer tem um sentido muito mais amplo, pois envolve seleção, escolhas, prazer, ocasiões e rituais.

Nesse contexto, os ritos alimentares também estão relacionados às crenças e com os costumes culturais. Em se tratando dos aspectos religiosos em torno dos tabus, comunhão, preferências e aversões alimentares, não é diferente. As questões sagradas ou profanas podem definir a comensalidade.

Sendo assim, a concepção de crença de que dados alimentos podem prejudicar os adeptos de candomblé, faz parte da cosmovisão e da liturgia religiosa a qual pertencem. Não há um único alimento que seja preferido ou restrito, e isso varia de terreiro para terreiro. O que vai determinar o que ele pode ou não pode comer, tem relação direta com sua nação. Portanto, é necessário que o profissional de saúde disposto a trabalhar com esse público específico, realize uma boa anamnese dos casos. Munido de sensibilidade e respeito às concepções culturais e religiosas dos pacientes, o profissional nutricionista poderá, minimamente, se portar de modo correto diante dos casos que pretende analisar e refletir como as preferências e restrições podem sofrer modificações ao longo do tempo.



A anamnese alimentar conduzida corretamente é um instrumento valioso para que sejam traçadas estratégias e planejamento dietético. O conhecimento no que diz respeito a fatores econômicos, biopsicossociais, histórico alimentar, possíveis alergias e intolerância alimentares, horários e locais das refeições e prática de exercícios físicos são indispensáveis na elaboração da conduta nutricional:

Devem ser consideradas as características individuais, as preferências e aversões alimentares, respeitando-as para que haja um melhor planejamento nutricional marcado pela flexibilidade. Considerando estes aspectos, é possível obter o máximo de adesão por parte do adepto e outros indivíduos atendidos.

A escolha dos alimentos é complexa. Diferentes fatores influenciarão no processo de seleção alimentar, além do mais, deve ser observado poder de acesso aos alimentos por parte dos adeptos e os conhecimentos relacionados à nutrição. Sabe-se que quando alguns alimentos estão ausentes é provável que ocorra deficiência, por outro lado, a disponibilidade do alimento não garante a nutrição adequada devido à escolha dos mesmos. As restrições alimentares, o ambiente cultural e as crenças culturais/religiosas podem influenciar a alimentação e inclusive a aceitação do tratamento nutricional. Desta forma, se percebe a importância da alimentação no cotidiano dos fiéis, pois são rodeados de concessões, interdições e jejuns e estes são constantemente praticados em decorrência das concepções religiosas.

O acompanhamento periódico das mudanças ocorridas nas práticas alimentares é imprescindível para que ajustes nos planejamentos dietéticos possam ser feitos posteriormente, visando aperfeiçoar os resultados desejados.

Do ponto de vista clínico nutricional, uma alimentação variada deve incluir diversos tipos de alimentos, além de ser equilibrada em quantidade e qualidade. Alimentos de diversas colorações garante a presença de um amplo

número de nutrientes necessários para uma boa alimentação. A apresentação do alimento e o sabor também corroboram para uma vida saudável.

Alguns estudos demonstram a associação entre fatores relacionados com tabus e exclusão de alimentos importantes, como por exemplo, fontes de vitamina A, especialmente os de origem vegetal. Os “filhos” de Oxalá, por exemplo, restringem alimentos de coloração avermelhada, bem como frutas cítricas, ricas em vitamina A, vitaminas do complexo B, licopeno dentre outras. Podemos supor que os filhos deste orixá venham a desenvolver a carência desses nutrientes em algum momento de suas vidas. A ausência desses nutrientes na dieta pode resultar em problemas oculares como a xeroftalmia, conhecida também como “cegueira noturna”, podendo evoluir posteriormente para uma “xerose corneal” e nos casos mais graves progredir para a ceratomalácia, que é a cegueira irreversível.

Porém, sabe-se que estas vitaminas podem ser encontradas também em outros alimentos de outras colorações como, por exemplo, o agrião, a couve, espinafre, repolho, brócolis, batata doce, peixe, limão, aspargo, leites e derivados entre outros. Assim, é possível que os adeptos do candomblé não venham a ter carência de nutrientes devido à restrição por parte da religião, uma vez que os nutrientes presentes nos alimentos restritos podem ser encontrados em outros alimentos tido como permitidos.

Os principais alimentos preferidos foram aqueles à base de leguminosas e cereais, desta forma o profissional deve estar atento, pois uma vez que estes alimentos são consumidos em excesso pode resultar em um desequilíbrio na proporção de macronutrientes da dieta, bem como uma alimentação hipercalórica.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto conclui-se que as práticas alimentares dos adeptos do candomblé possivelmente não sejam estejam envolvidas no desenvolvimento de desvios nutricionais, uma vez que mesmo existindo as restrições alimentares, há possibilidade de substituição por outros alimentos que forneçam os mesmos nutrientes. Em suma, reiteramos a importância de uma anamnese bem executada associada a uma orientação nutricional de qualidade. Obedecendo a estes quesitos, a intenção de manter uma dieta variada e capaz de oferecer os nutrientes necessários para uma vida saudável pode ser atingida sem abandonar as referências pessoais e religiosas dos adeptos garantindo-lhes o bem-estar físico e espiritual.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão fortalecer práticas de promoção à saúde que respeitem a diversidade cultural dos indivíduos, ao mesmo tempo, viabilizar a assistência nutricional qualificada. É importante conhecer e identificar quais alimentos são restritos por motivações religiosas e culturais e até que ponto isso pode influenciar o estado nutricional do indivíduo.

REFERÊNCIAS

Nascimento AAS. Candomblé e Umbanda: Práticas Religiosas da Identidade Negra no Brasil. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção. Dezembro de 2012; 9.

Rocha JG. A intolerância religiosa e religiões de matrizes africanas no Rio de Janeiro. Revista de África e Africanidades. Agosto -Novembro ano IV, 2011; 14 (15).

Souza ALN. Nordeste Encantado: o culto à Encantaria na Jurema. In: XXVII Simpósio Nacional de História, 2013, Natal. Anais do XXVII Simpósio Nacional de História, 2013.

IBGE. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.





Nadalini AP. Comida de santo na cozinha dos homens: Um estudo da ponte entre alimentação e religião. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba 2009.

Prandi R. Exu, de mensageiro a diabo. Sincretismo católico e demonização do orixá Exu. REVISTA USP, São Paulo, junho-agosto, 2001.

Nadalini AP. “O nosso missal é um grande cardápio”: Candomblé e alimentação em Curitiba. Revista Angelus Novus. Maio de 2012; 3.

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2007.

Nascimento AB. Comida: prazeres, gozos e transgressões. Salvador: EDUFBA, 2007.

Silva FT. Candomblé lorubá: A relação do homem com seu orixá pessoal. Faculdade Phênix – GO. Último andar nº 21. Março de 2013.

Dória CA. Estrelas no céu da boca: escritos sobre a culinária e gastronomia. São Paulo: Editora Senac, 2006.

Souza ECMP. Alimentação como cerimônia indispensável do convívio humano. CELACC/ECA-USP, São Paulo, 2012.

Viebig R, Nacif M. Nutrição Aplicada à atividade física e ao esporte. In: Silva SMCS, Mura J. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. 2. ed. São Paulo: Editora Roca, 2007.

Ramalho RA, Saunders C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. Rev. Nutr. 2000; 13(1).

Koenig H. Espiritualidade no cuidado com o paciente. São Paulo: Ed. Jornalística, 2005.

Wettstein MF. Bioética e restrições alimentares por motivações religiosas: Tomada de decisão em tratamentos de saúde. Dissertação de mestrado. UFRS, Porto Alegre, 2010.

Oliveira JED. Educação e direito à alimentação. Estudos avançados, 2007; 21(60).

Mahan LK, Escott-Stump S. Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 12ª Edição. São Paulo: editora Elsevier, 2010.

GLOSSÁRIO**A**

Acaçá: Comida elaborada a partir de milho branco que fica de molho em água por um bom tempo, e depois passar no moedor para formar a massa que será cozida em uma panela com água. Pequenas porções da massa devem ser embrulhadas em folha de bananeira, passada no fogo e cortada em pedaços de igual tamanho e de forma piramidal. Todos os orixás recebem o acaçá como oferenda, é indispensável e acompanha várias comidas dos Orixás.

Acarajé: comida de lansã

Apaocá: Árvore da jaca –jaqueira

Àsé: É a força mágica do terreiro representada pelo segredo composto de diversos objetos pertencentes às várias Linhas, Entidades, Falanges etc, e que são enterrados no centro do terreiro, ou embaixo.

E

Ekuru: É uma comida ritual. A massa é preparada da mesma forma que a massa do acarajé, feijão fradinho sem casca triturado, envolto em folhas de bananeira como o acaçá e cozido no vapor e sem sal, apreciado por Oxalá.

Exu: Orixá do movimento e da sexualidade. Exu é o mensageiro entre o Aiê (terra) e o Orum (mundo dos ancestrais e orixás).

I

Iansã: orixá dos ventos e tempestades. Também chamada de Matamba ou Oyá/Oiá.

J

Jeje: Nação de candomblé

K

Ketu: Nação de candomblé.

N

Nagô: Nação de candomblé.

O

Obaluaê/Omulu/Obaluaiê: orixá iorubano relacionado a saúde física. É também a divindade que espalha as doenças.

Odú: destino, caminho.

Olubajé: momento festivo onde são servidas as comidas dos orixás.

Orixá: ancestral divinizado geralmente relacionado a uma força da natureza.

Oxalá/Oxaguiã/Oxalufã: orixá criador. Filho do deus Olorum. As variações de nomenclatura se referem às qualidades de Oxalá, respectivamente Oxalá mais novo, e Oxalá mais velho.

Q

Quizila: Proibição/restrição. Energia contrária àquela já contida em alimentos, pessoas ou divindades.





**COMIDA DE SANTO:
RESISTÊNCIA E REPRESENTAÇÃO DO SAGRADO
PELA CULINÁRIA**

André Vicente e Silva

COMIDA DE SANTO: RESISTÊNCIA E REPRESENTAÇÃO DO SAGRADO PELA CULINÁRIA

André Vicente e Silva

NOTAS INTRODUTÓRIAS

Este capítulo versa sobre a representação do sagrado e a resistência religiosa do povo negro de Caicó-RN. Problematiza a “comida de Santo” enquanto ritualística, analisando a oferenda de alimentos nos ritos tradicionais das religiões de matriz africana neste contexto específico. Busca compreender a contribuição da comida na conquista da transcendência espiritual junto as entidades invisíveis de evocação.

Por “comida de Santo” ou “comida de axé” compreende-se todos os alimentos que são preparados nos terreiros com uma finalidade ritualística, servindo de oferenda a uma ou várias entidades espirituais. São produzidas por um cozinheira, também conhecida como Yabasse, que demonstra ter amplos saberes sobre os tipos de rituais que a comida será utilizada, bem como conhece as simbologias de cada prato. Para cada santo (orixá), ou entidade existe uma iguaria que é preparada com ingredientes específicos, de maneira que a comida depois de pronta carregue-se de força, de axé, que potencializa os poderes do santo. Os pratos são oferendados/despachadas na natureza (rios, cachoeiras, mares, matas, etc.), mas também nas encruzilhadas e nos próprios terreiros, junto as imagens das entidades disposta no pegi. No caso da Umbanda, por exemplo, as comidas são oferecidas as entidades espirituais, leia-se: caboclos, pretos-velhos, pombagiras etc. No Candomblé, a ritualística difere-se no sentido de que só

se arreia para os orixás. E o alimento só é oferecido ao orixá depois que o pai ou mãe de santo consulta o jogo de búzios para saber se está do agrado do santo a quem se oferece. Depois, o pai ou a mãe de santo orienta os seus filhos e filhas de santo como seguir com a continuidade dos trabalhos.

O propósito de pesquisar a culinária nas religiões afro-brasileiras em Caicó-RN se deu por razões diversas. Inicialmente por motivações pessoais, já que minha mãe biológica era praticante da Umbanda e da Jurema Sagrada. Depois, por observar o desprezo que os habitantes desta cidade demonstram ter pelas religiões de matriz afro-indígena. A história deste município está transpassada pela história dos indígenas que aqui viveram, dos negros e negros que foram trazidos do continente africano para o Brasil. Essa mesma história é quem revela que o nosso município conheceu a escravização e usufruiu da mão de obra negra, barata. A sociedade, como um todo, demonstra pouco interesse em explorar e difundir as influências da cultura afro-brasileira, compreendendo-se “branca”, por isso marginaliza e invisibiliza a cultura negra. No caso do Sertão do Seridó, essas ideias são bem visíveis. O estudioso Tomislav Femenick, considerando o histórico de colonização da região, escreveu:

A efetiva colonização da região se deu no final do século XVII, após a expulsão dos holandeses e a chamada Guerra dos Bárbaros, guerra essa desencadeada pelos europeus contra a resistência dos índios Cariris à ocupação de suas terras; primeiro pelos portugueses, depois pelos holandeses e, novamente, pelos portugueses. Vencidos os nativos, ocuparam o Seridó povoadores de origem lusitana, vindos de Pernambuco (Goiana e Iguarassu) e da Paraíba (FEMENICK, 2010, s/p).

Outros estudos realizados sobre a região do Seridó trazem



o reforço da proeminência de famílias com componentes portugueses” na região, o que corrobora para o pensamento de um Seridó “branco”, seja no fenótipo ou nas suas concepções socioculturais. Os registros historiográficos apresentam que esse povoamento coloca os colonizadores “na qualidade de principais sustentáculos do processo de territorialização do espaço antes ocupado pelos nativos (MACÊDO, 2013, s/p).

Existe expressiva reminiscência da cultura afro-brasileira no Seridó e, no campo religioso, pode ser representada pela Irmandade dos Negros do Rosário, por exemplo. No entanto, essa presença é, em parte, desconsiderada, quando não, branqueada. Caicó, embora se entenda um município predominantemente católico, sua religiosidade é mesclada por influências marcantes da Umbanda e da Jurema Sagrada, sendo esta um fenômeno comum em todo norte e nordeste brasileiro. Por outro lado, as práticas candomblecistas no Brasil tem maior expressividade no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Bahia. Embora em Caicó existam casas que afirmam praticar o Candomblé, como no caso do Ilê Asé Alaketu Obatobi, de nação Ketto, liderada pelo Pai Léo de Alafim, ainda há um certo acanhamento dessas expressões religiosas. Mesmo já existindo efetivamente instrumentos legais para se desenvolver políticas de reconhecimento da diversidade étnico-racial, a exemplo da Lei 10.639/2003 que estabelece a obrigatoriedade de incluir História e Cultura Afro-Brasileira e Africana no currículo oficial das Redes de Ensino Público e privado, seguida da Lei 11.645/2008, que aperfeiçoa esta, acrescentando a obrigatoriedade do estudo da cultura indígena, ainda é tímida as discussões nesse território.

O estudo dessas religiosidades amplia e promove a sociabilização dos saberes que se ligam ao sagrado, trazendo à baila a pluralidade da formação cultural brasileira. As divindades africanas que aqui aportaram com todo o



seu aparato ritualístico, seja na linguagem, na música, na dança ou na alimentação logrou de muitas trocas culturais ao conviver com a cultura indígena e a europeia. Nesse caldo cultural, a comida foi, em muitos casos, o elo mais permanente e palatável ao corpo e ao espírito do povo brasileiro, não sendo diferente na região do Seridó.

Inúmeras são as histórias e versões sobre a vida e os feitos das divindades e das diversas deidades que habitam regiões espirituais. A comida é certamente um instrumento importante dessa dinâmica que perpassa os vários momentos nas relações de homens e deuses. No caso dos orixás, muitas dessas histórias foram reunidas pelo estudioso Reginaldo Prandi (2001), cujas pesquisas versam sobre a dinâmica da vida das divindades do Candomblé. Em vários de seus estudos podemos constatar os registros de momentos em que o alimento aparece pontuando situações diversas de suas epopeias.

Prandi escreve em *Mitologia dos Orixás*, que era aniversário de Iemanjá e os orixás não sabiam o que lhe dar de presente. No entanto, o pobre Exu foi rápido em pensar o que agradaria a senhora do mar e, como não possuía recursos para oferecer-lhe algo precioso, foi direto ao que lhe agradava o paladar, já que conhecia o imenso gosto da aniversariante por inhames. Assim, preparou uma plantação de inhame e ofereceu só para ela. Vemos a partir daí o poder que o alimento exerce na construção dos arquétipos dos deuses que tanto se reflete nos humanos, seja nas suas contendas constantes, nas atividades cotidianas, nos seus matrimônios ou nas suas celebrações diversas, incluindo as mortuárias, pois são ritualizadas e transmitidos por meio da memória ou das tradições, como a oralidade.

Esses termos levam-me a fazer um recorte do trabalho para concentrar esforços sobre a comida de santo utilizada pelos praticantes das religiões de matriz africana do Seridó potiguar, tendo como delimitação geográfica o município de Caicó/RN. A busca pela compreensão da tradição



mitológica mantida por gerações a medida em que é repassada pela oralidade dos que comungam das crenças do Candomblé ou da Umbanda, além de outras correntes, será apreciada aqui. Para tanto, foi necessário frequentar os chamados *Barracões, Ilês, Casas de Santo ou Terreiros* com a finalidade de descobrir mais sobre esses espaços e as práticas litúrgicas e doutrinárias. A incursão por esses espaços de culto serviram para vivenciar as religiões, testemunhando as expressões e incorporações das forças espirituais, ao passo que encontramos na comida um importante elemento trazido pelos povos africanos para o Brasil por meio da diáspora.

Para a construção da pesquisa foi utilizado o método da História Oral, tendo em vista que as entrevistas semiestruturadas constituem a fonte principal deste trabalho. Conforme assegura a estudiosa Verena Alberti:

A metodologia de história oral é bastante adequada para o estudo de memórias, isto é, de representações do passado. Estudar essa história é estudar o trabalho de constituição e formalização das memórias, continuamente negociadas. A constituição da memória é importante porque está atrelada à construção da identidade. Como assinala Michael Pollak, a memória resiste à alteridade e à mudança e é essencial na percepção de si e dos outros. Ela é resultado de um trabalho de organização e de seleção daquilo que é importante para o sentimento de unidade, de continuidade e de coerência – isso é, de identidade. E porque a memória é mutante, é possível falar de uma história das memórias de pessoas ou grupos, passível de ser estudada através de entrevistas de história oral (ALBERTI, 2004, p. 27).

Foi possível exercitar durante a coleta dos dados uma escuta sensível e recheada de elementos, que nos levou a compreender por meio desse

movimento a dinâmica que constituíam as memórias dos religiosos. O “ouvir contar”, portanto, designa uma fonte importante para elucidar as práticas que busco conhecer e, somaram-se a esta a produção de áudios, vídeos e registros fotográficos que contribuiram com as análises aqui apresentadas. O caderno de bordo também foi uma rica e importante fonte de registro e consulta, somando-se a outras fontes documentais.

PANTEÃO AFRICANO

O Candomblé é uma religião afro-brasileira, com elementos que remonta ao continente africano, trazidos pelos povos negros que chegaram ao Brasil pelo impulso violento da diáspora – migração forçada. Nesta religião são cultuados os “orixás”, divindades que correspondem às forças da natureza e, cada arquétipo, relaciona-se a uma manifestação dessas forças.

Muitos orixás não se tornaram conhecidos entre nós, no entanto, dezesseis dessas divindades se sobressaíram, a saber: *Exú, Oxossi, Xangô, Iansã, Obá, Oxum, Logum Edé, Ibeji, Ossaim, Ewá, Oxumaré, Obaluayê (Omolú), Nanã, Iemanjá e Oxalá*. Alguns desses podem ter variação no seu nome, de acordo com a matriz a que pertence, as chamadas “nações africanas”, como *mina, angola, jeje e nagô*. Os estados brasileiros também contribui com essa variação, dependendo de corrente religiosa adotada. O culto a cada divindade tem sua singularidade, seja nas roupas, toques ou na preparação dos alimentos, sendo este último uma das bases do fundamento africanista. As diferenças também ocorrem nas explicações da origem das divindades, conforme podemos observar nos estudos de Torres e Tancredo:

A concepção da origem dos orixás não é a mesma em todos os cultos de Umbanda. Assim, por exemplo, para os Yorubas, ou nagôs, o culto dos orixás ou bacuros não é exatamente o das forças da natureza. Pensam



êles que a maioria dos orixás era, em sua origem, sêres humanos privilegiados que possuíam poderes sôbre as forças da natureza e que, ao invés de morrer, se transformaram em pedras, rios, árvores ou lagoas. Daí a grande quantidade de lendas nagôs sôbre a vida humana dos orixás, à semelhança das figuras da mitologia grega e romana. Os orixás deixaram descendentes diretos, os quais, segundo Pierre Verger, continuam o culto dos seus antepassados divinizados. Nota-se, entretanto, que a tese nagô de sêres privilegiados, porém, humanos, que controlavam as fôrças da natureza, concorda singularmente com a teoria filosófica da existência anterior de homens que dispunham de domínio sobre os elementos naturais (TORRES e TANCREDO, 1957, p. 13).

Diversas são as teses que buscam estabelecer a origem das divindades africanas, contudo, em todas elas encontra-se a semelhança dos seres divinais com os mortais, seja no *orum* (região celeste), ou no *aiê* (mundo terreno). Embora a Umbanda tenha incorporado deuses africanos em seus fundamentos aderindo a diversos ritos do Candomblé, neste último, diferentemente da Umbanda, não deve haver mesclas, como esclarece pai Léo:

no Candomblé puro não existe a Jurema, no candomblé puro não existe a Quimbanda, no Candomblé não existe Umbanda. Candomblé trabalha só com os orixás, com a força da natureza, ou seja: Iansã, Xangô, Yoiá. Yoiá é o orixá do vento. Oxossi é o orixá das folhas, das matas, das florestas. Oxum é o orixá da cachoeira, das águas doces e Iemanjá dos mares. Nanã, Nanã Buruquê é dos pântanos. Ogum-Edé é filho de Oxum com Oxossi e cuida também da mata e dos rios. O que é o Candomblé, então? São essas

forças em ação, são os orixás com a força da natureza (relato de pai Leo em entrevista concedida ao autor, no dia 08/06/2020).

Embora haja quem defenda um tipo ideal de Umbanda, existem diversas vertentes dessa religião e entre estas as que incorporam práticas como o corte de animais. As religiões de santo são religiões de trocas entre seres humanos e seres divinos. Cada orixá é regido por um elemento da natureza - fogo, água, terra e ar -, estando o comando em acordo com a característica de sua natureza. Iansã domina sobre as tempestades e o fogo, manifestando sua vocação de guerreira e poder por meio dos raios e das ventanias. Oxum, bela e sensual, é a rainha das águas doces, dos rios e das cachoeiras, enquanto Xangô é o senhor da justiça e exerce seu domínio sobre as pedreiras. Os orixás têm suas apresentações cheias de simbolismos, cores, saudações, cantigas, ambientes, horários e “comidas”. Como exemplo posso citar “Nanã, mãe de Omolu, pois é considerada a mais velha das divindades das águas, exercendo seu poder nos pântanos, na lama, no barro. Esta divindade sincretizada como Sant’Ana, fazem-lhe sacrifícios de cabras e galinhas-d’angola, mas aprecia entre outras comidas, o Caruru – comida feita com quiabo cortado, camarão seco, azeite de dendê e outros temperos. Seu alimento só é cortado com as próprias mãos, dispensando a utilização de instrumentos metálicos, como garfo e faca, por exemplo. Dança com dignidade, levando nas mãos o Ibiri – instrumento confeccionado com nervura de folha de pé de dendê e vara, decorado com búzios, palha da costa, cabaça e contas, simbolizando a longevidade através do respeito a quem já fez a passagem para o mundo espiritual. Sua saudação é *Salúba*.

Todos as demais divindades são compreendidos e tratados da mesma forma, com referência e respeito. Por isso é preciso ficar atento as preferências individuais de cada orixá, pois existem também alimentos que as desagradam, considerando que a energia da comida pode desequilibrar a



sua força. Um integrante do Candomblé, por exemplo, tem sua alimentação diferenciada de acordo com o período da vida religiosa que está vivenciando. O orixá, por meio do jogo de búzios, é quem determina os alimentos que não pode comer. Na obrigação, prestada por cada filho de santo, está à representação da posição e até mesmo da hierarquia de cada orixá. Iniciados, pais ou mães de santo, devem ter estes preceitos confirmados e seguidos dentro de suas casas ou terreiros.

Em um mesmo templo é possível que seja praticado mais de um tipo de culto, como nos afirma Aderbal dos Santos, conhecido por pai Bal de Oxalá. Alguns cultuam o Candomblé ou Umbanda, mas abre gira também para a Jurema Sagrada. Além destas, outras variações são feitas, como também nos assegura o zelador de santo José Gabriel Gomes, conhecido como pai Nino de Oiá:

Somos Nagô com Ketu. Tem uma mistura da Umbanda, porque eu não deixo nunca a minha Umbanda, mas a ramificação é Nagô com Ketu. As coisas foram evoluindo, aí a Umbanda está ficando muito para trás. O Candomblé está um pouco acima com o Jeje-Nagô, mas eu sou da raiz e quero morrer na Jurema, no santo, porque quero muito axé e muita luz! (relato de pai Nino de Oiá em entrevista concedida ao autor, no dia 25/04/2016).

Tive várias conversas informais e preparatórias para início da pesquisa com as lideranças espirituais. Também visitei vários templos, tanto de praticantes da Umbanda quanto do Candomblé e ramificações Nagô com Ketu. Nessas visitas pude constatar que também se praticava a Jurema Sagrada, com semelhanças de culto entre as casas. Pai Léo discorre sobre as características da Jurema e como a gira acontece:



Eu sou do Candomblé e também tenho o culto da Jurema. O candomblé puro não tem Jurema. Mas porque quando eu entrei no candomblé eu já fazia parte da Jurema, por isso que todo sábado a gente dá um toque pra Jurema. É obrigação dos filhos todo sábado vir limpar o quarto da Jurema, limpar os assentamentos, carregar com azeite de dendê, com mel. Então, todo sábado funciona os nossos toques de Jurema na casa e uma vez no mês a gente dá o xirê, só para o orixá em Candomblé, que é separado da Jurema (relato de pai Léo em entrevista concedida ao autor, no dia 27/04/2016).

Pai Bal reafirma o que pai Léo falou:

O Candomblé tem uns seguimentos puramente africano, como o culto ao orixá. A Umbanda é uma religião brasileira fundada na base católica e espírita kardecista! A minha casa é Candomblé com ramificação de nagô, eu sou da raiz nagô e cultuo a pajelança, que é um seguimento indígena chamado Jurema. Nós cultuamos dentro da Jurema os espíritos, as pessoas que já morreram, mas que vem para prestar a caridade, para ajudar (relato de pai Bal em entrevista concedida ao autor, no dia 21/03/2016).

Embora possa causar estranheza a alguns, para tratar de comida relacionado a figuras do panteão afro-ameríndio, é necessário compreender a alimentação como elemento de amálgama dos ritos de fé. Nas religiões que são perpetuadas pela oralidade, vê-se a alimentação atuando no âmbito de seus cerimoniais como signos de ordem transcendentais. Seja no ato de comer ou de abster-se, o processo alimentar liga inicialmente o indivíduo ao seu próprio organismo no momento que o satisfaz naquilo que lhe é

indispensável: a nutrição. O alimento também é um dispositivo no processo de sociabilidade, que liga as pessoas umas às outras desde a concepção, nos chás de panela ou de papeiro, na amamentação materna, nas merendas escolares, nas comemorações e almoços em família ou de negócio e os jantares românticos. Dessa maneira também é criado um vínculo entre homens e divindades e nesse âmbito é exigido uma série de cuidados e compromissos. Nos termos do pesquisador Carlos Alberto Doria pode-se observar que

enormes eram – e são – os preceitos e interdições que envolvem essa culinária [de santo]. Se dividir alimentos com os deuses é trazê-los para nossa vida através da mesa, por outro lado é preciso observar os tabus alimentares de cada um. Azeite de dendê nunca se oferece a Oxalá, assim como mel é vedado para Oxóssi e o carneiro não pode entrar nos espaços dedicados a Iansã. Os filhos de santo estão socialmente obrigados a expressar as mesmas aversões dos seus Orixás (DÓRIA, 2006, p. 220).

As religiões de santo costumam ter rituais bem variados e vigorosos. No que tange às questões de comida, os aromas e sabores ganham destaque, pois são peculiares, assim como também são os aspectos que consideram a abundância, pois existe a crença que para o sagrado não se pode haver reservas. Carlos Roberto Antunes Santos assevera que “o gosto alimentar é determinado não apenas pelas contingências ambientais e econômicas, mas também pelas mentalidades, pelos ritos, pelo valor das mensagens que se trocam quando se consome um alimento em companhia, pelos valores éticos e religiosos” (SANTOS, 1997, p. 162).

A presença de grupos étnicos que resiste a toda tentativa de ataque e invisibilidade certamente contribui com o legado de uma profusão de signos

que se nutrem pela subjetividade humana, pela ética e pela estética que se faz presente nos cultos das religiões afro-brasileiras.

DIÁLOGOS SOBRE CHAMADOS, ESPAÇOS E COMIDAS

Para compreender a mística que envolve as divindades é necessário esclarecer alguns pontos sobre seus arquétipos. Desta maneira, fica mais fácil conhecer e compreender melhor a relação existente entre a religião e a sociedade, pois nos deparamos com um panteão de deuses repletos de características humanas. Na perspectiva de Reginaldo Prandi, em tempos remotos, existia um homem a quem Olorum e Exu ensinaram todos os segredos do mundo. Neste sentido, esse homem poderia fazer o bem e o mal, da maneira que melhor lhe conviesse. O estudioso prossegue:

Os deuses que governavam o mundo, Obatalá, Xangô e Ifá, determinaram que, por ter se tornado feiticeiro tão poderoso, o homem deveria oferecer uma grande festa para os deuses, mas eles estavam fartos de comer comida crua e fria. Queriam coisa diferente: comida quente, comida cozida. Mas naquele tempo nenhum homem sabia fazer fogo e muito menos cozinhar. Reconhecendo a própria incapacidade de satisfazer os deuses, o homem foi até a encruzilhada e pediu ajuda a Exu. Esperou três dias e três noites sem nenhum sinal, até que ouviu uns estalos na mata. Eram as árvores que pareciam estar rindo dele, esfregando seus galhos umas contra as outras. Ele não gostou nada dessa brincadeira e invocou Xangô, que o ajudou lançando uma chuva de raios sobre as árvores. Alguns galhos incendiados foram decepados e lançados no chão, onde queimaram até restarem só as brasas. O homem apanhou algumas brasas e as cobriu de gravetos e abafou tudo colocando terra por cima. Algum tempo



depois, ao descobrir o montinho, o homem viu pequenas lascas pretas. Era o carvão. O homem dispôs os pedaços de carvão entre pedras e os acendeu com a brasa que restara. Depois soprou até ver flamejar o fogo e no fogo cozinhou os alimentos. Assim, inspirado e protegido por Xangô, o homem inventou o fogão e pode satisfazer as ordens dos três grandes orixás. Os orixás comeram comidas cozidas e gostaram muito. E permitiram ao homem comer delas também (PRANDI, 2001, p. 257-258).

Estudiosos de vários campos do saber estão pesquisando sobre a relação da comida com o sagrado, na antropologia temos a figura de Claude Lévi-Strauss. É ele o autor da obra *O Cru e o Cozido* (2004). O escritor pernambucano Gilberto Freyre trouxe à tona um estudo interpretativo do Brasil considerando a alimentação pelo viés da antropologia na obra *Casa-Grande & Senzala* (1933), mostrando que o passado colonial não estava apartado da temática gastronômica, nutricional, pois a culinária faz parte dos processos formadores de paradigmas de raça, identidade e modernidade. Brillat-Savarin apresenta o livro *A Fisiologia do Gosto* e mostra ao leitor a relação do ser humano com o ato de comer, discorrendo sobre o próprio alimento, sua origem e a forma de prepará-lo (BRILLAT-SARAVIN, 1995). Na *História da alimentação no Brasil* o folclorista Luís da Câmara Cascudo pontua aspectos da alimentação, dialogando sobre vida e cotidiano cultural do Brasil. O estudioso potiguar ressalta que a comida “acompanha a vida, mantendo-a na sua permanência fisiológica” (CASCUDO, 1983. p. 21). Cascudo assevera que “comer é um ato orgânico que a inteligência tornou social”, portanto, a alimentação é compreendida para além do seu valor nutricional. Nos dias atuais, percebemos a temática ocupando cada vez mais espaços nas ciências humanas e sociais, suscitando que a formação do gosto alimentar não se dá exclusivamente pelo seu aspecto nutricional, biológico, uma vez

que “os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes, ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações” (SANTOS, 2011, p. 188).

No transcurso da história humana o alimento se faz sempre presente, de forma concreta ou de maneira simbólica. Em uma passagem bíblica é possível observar que Deus “proíbe o fruto da árvore da sabedoria” (GENESIS: 2:16-17) ou mesmo encaminha seu povo para “a terra que mana leite e mel” (Dn 26:9). Portanto, a alimentação não só atua como um combustível vital a sobrevivência orgânica, mas também como um vetor de incorporação a cultura, estabelecendo padrões de comportamento e relações culturais de grupo. Isso imprime características sociais e existenciais, ao mesmo tempo em que evolue dentro de sua própria dinâmica, fomentando diálogo direto com as religiões e determinando a conduta comportamental e gustativa dos seus adeptos. Excursionando no tempo, observamos que as estruturas do cotidiano deixam-se surpreender pela história, como sugere Flandrin e Montanari (1998). Para esses estudiosos, durante séculos,

os gregos, depois os romanos da Antiguidade, banquetearam-se deitados; mas, desde a alta Idade Média, os ocidentais abandonaram essa posição, passando a comer sentados. Ora, essa mudança de postura não pode ser dissociada das transformações que lhe foram simultâneas: tornado livre a mão esquerda, a posição sentada permite trincar os grandes assados sangrentos, com facas que, a essa época, aparecem à mesa. E, certamente, não foi também por acaso que esses comedores de carne a ser trinchada, que tinham as duas mãos livres, esses habitués de mesas e cadeiras altas, inventaram também o garfo. Tampouco foi por acaso que o garfo só se tornou um utensílio de mesa depois da peste negra, entre os séculos XIV e XVIII, época em que os europeus

aumentaram a distância entre os comensais pela generalização do uso de pratos, copos e talheres individuais. (FLANDRIN, J-L.; MONTANARI, M., 1998, p. 15-6.)

Basicamente todas as práticas religiosas estão relacionadas com o ato de comer ou de não comer. Nas mais remotas civilizações eram dedicadas festas aos deuses provedores dos alimentos, como acontecia nos ritos de vários povos indígenas. O jejum dos cristãos é outro ponto importante para pensar, pois no período da quaresma ou do ramadã essa prática é recorrente. A eucaristia, por sua vez, fundamenta-se em alimentar-se do corpo e beber do sangue de Jesus Cristo, na condição simbólica de pão e vinho. Podemos ainda pontuar que existe proibição de ingerir carne de vaca no Hinduísmo ou, de porco, no Judaísmo.

No caso da alimentação no Brasil temos uma variação bastante significativa. O cardápio europeu que aqui aportou somou-se a dieta indígena e posteriormente a presença dos temperos e especiarias africanas trazidas pelos povos escravizados. Isso tudo imprimiu um sabor singular a cozinha brasileira, refletindo-se também no gosto e no aroma que chegaram aos ritos religiosos. Através desta relação mesclada, é possível estabelecer ligação com os antepassados, com suas crenças, por meio dos atavismos ancestrais.

Essa construção híbrida faz o Brasil tratar de “comida para o santo” sem que isso seja compreendido como uma coisa absurda. São nos rituais religiosos que se cria momentos singulares em que os “deuses” se permitem uma convivência, mesmo que efêmera, com a humanidade, pois as entidades também apreciam alimentos, tanto quando os seres materiais, encarnados.

Pai Léo observa: “*minha primeira preparação foi para um assentamento do orixá. Nos assentamentos de Exu e Oxalá nós damos comidas, coriações*”. Reafirmando sobre o que foi dito anteriormente no Candomblé e na Umbanda, as principais ligações entre homens e deuses ou entidades

espirituais, acontece por meio da oferenda, de alimentos e sacrifícios. A compreensão de Vogel (2001, p.17) é útil, pois a comida se tornou a “pedra angular da piedade afro-brasileira”. O autor complementa:

Quanto mais importante a passagem, mais dramático o sacrifício. Nos minúsculos transees do cotidiano, basta o dispêndio modesto e plácido das libações, defumações e oferendas culinárias. As grandes passagens, no entanto, requerem os grandes sacrifícios, o sangue derramado, as hecatombes. Na relação dos homens com os deuses, o sacrifício animal constitui o penhor mais precioso. É indispensável para abrir caminhos em todos os grandes ritos que visam transformar radicalmente a forma de existência dos seres humanos. Dentre todos eles a iniciação, mais do que qualquer outro, precisa oferecer vida por vida (VOGEL, 2001, p. 17.).

Pierre Verger compartilha do mesmo ponto de vista de Vogel, quando assegura que; “nada se faz sem consultá-los e garantir sua proteção. Os homens gozam da abundância e da prosperidade se souberem satisfazê-los e, ao contrário, as catástrofes e calamidades sucedem-se na terra se esses deuses forem negligenciados ou ofendidos” (VERGER, 2000, p. 16.). Assim, um membro do Candomblé, por exemplo, tem sua alimentação diferenciada da dos demais, de acordo com o período da vida religiosa que está passando e do orixá que lhe protege. Na prática, isso pode ser preponderante nas coisas que ele pode ou não comer.

A cozinha de santo não é só um espaço gastronômico, é um solo sagrado, um ambiente litúrgico, pois é lá que se dá início a transmutação das energias, como afirma pai Bal em seu relato:



O candomblé nasce numa cozinha. A cozinha é muito forte no candomblé e a culinária é a própria energia de cozinhar. Nós acreditamos que quando você cozinha para um orixá, você puxa todas as energia dele para o alimento. Cozinhando você apura a energia. Então no ato de cozinhar se mistura os temperos do santo, se coloca pimenta do reino, sal, cebolinha branca, mas não leva alho. Alho é proibido. O alho enfraquece a energia, quebra a força da comida, assim também como o cominho quebra a força da comida. A comida, para ser sagrada, tem que ser bem preparada e, para comer, se exige respeito (relato de pai Bal em entrevista concedida ao autor, no dia 21/03/2016).

Observamos que, a comida e a forma de se alimentar tem um caráter importantíssimo para o “Povode Santo”, assim como a maneira de preparar e fazer as oferendas das deidades.

Pela variedade de postulados com relação ao que comer e oferecer alimentos, também deve ser considerado o oposto, o que não comer ou oferecer, pois existe um tabu alimentar que está muito presente nessas religiões. É o que se denomina por “quizila”. Na visão de Querino (1938, p. 76.) muitos africanos nutrem uma antipatia supersticiosa por certos alimentos e por determinadas ações. Cada orixá, portanto, possui, além de suas preferências, os alimentos que não gosta e isto pode impedir uma oferenda ou restringir o seu consumo, conforme nos esclarece pai Bal:

A cozinha é muito extensa, para cada situação existe diversas comidas que acarreta uma energia para aquilo. Todo candomblecista já entra com um carma de “não”, porque não pode ingerir cachaça, aguardente, de nenhum tipo. Não pode consumir maracujá enquanto vida tiver. Mesmo sendo de qualquer santo, porque esses são alimentos e líquidos



que não tem energias positivas. Nós só ingerimos o que é bom para o nosso corpo espiritual. [...] O meu orixá recebe cabra, então eu sou proibido de comer aquele animal. Por respeito a meu orixá, por eu ter que ofertar a ele é que sou proibido de comer cabra. Do mesmo jeito que todo mundo é proibido de comer pombo, porque o pombo é o animal mais sagrado que existe. É a ave da vida, é o animal de Babaori, o animal que se dá a cabeça, a vida sagrada, entendeu? Então ninguém come pombo, só se oferece ao orixá. Muitas vezes se dá vivo, se carrega, faz ele ingerir os axés do santo, e entrega ao santo vivo, deposita na cabeça do filho para fazer o elo e solta vivo. O orixá cultua a vida! (relato de pai Bal em entrevista concedida ao autor, no dia 21/03/2016).

No município de Caicó os espaços de culto prestam obrigações tanto para os santos ou orixás, que são específicos do Candomblé, quanto para as entidades da Jurema Sagrada. Nesse caso, se cultua os Mestres, Caboclos, Pretos Velhos, Erês, Boiadeiros, Pombas Giras e Exus, entre outras. É importante notar que todas essas entidades têm sua comida e sua bebida específica.

As informações repassadas pelos pais de santo de Caicó variam de acordo com a preparação e a iniciação que tiveram. Alguns deles são naturais de outras cidades ou estados do Brasil e, ao estabelecerem suas casas no município, trazem e incorporam outras tradições, que evidencia o caráter dinâmico, podendo ressignificar algumas liturgias e preparos alimentares. A ressignificação, portanto, acontece tanto por desígnios e problemas de perseguições ou mesmo pela busca de novos horizontes. Nesse jogo de reelaboração ritualística, pai Nino de Oiá, do Templo Nagô com Gueto Oiá Gambiô, relata:



Eu comecei no ano de 1983, com treze ou quatorze anos, na cidade de Santa Rita-PB. Lá tinha uma equipe de mais ou menos dez ou quinze pessoas. Mas nós éramos muitos perseguidos. A polícia não queria o terreiro por preconceito e justificava dizendo que era porque nós éramos todos menor de idade. Nós só podíamos fazer a festa de Cosme e Damião, porque era liberada. Existia fiscais em cima da gente e era difícil trabalhar. Em Caicó, nós começamos nos anos de 1990. Foi quando conhecemos uma grande amiga da gente, Graça Vieira, que nos trouxe para cá (relato de pai Nino de Oiá em entrevista concedida ao autor, no dia 25/04/2016).

Pai Nino tem uma casa de santo no bairro Recreio, em Caicó, e desenvolve um trabalho de acolhimento e sustentação espiritual há trinta anos. Por sua vez, pai Bal de Oxalá relata sua chegada no município, destacando que foi uma tarefa sugerida pelos seus guias espirituais:

Vim para Caicó sem conhecer ninguém, então já foi uma guerra, uma batalha pessoal deixar minha família, a minha cultura como Aderbal para construir tudo isso que você ver aqui. Na época eu fazia um trabalho com parcerias na Federação de Umbanda e Candomblé, aí recebi um convite do pessoal daqui de Caicó para fazer uma festa na Ilha de Santana. Isso era por volta de 2010 ou 2009 [...] o meu mestre, ele veio em sonho e disse que queria um pedaço de terra para cumprir essa missão junto comigo em Caicó e encabecei esse projeto. [...] sonhei que tinha no alto umas casas de taipa e um santo apontando para o céu (relato de pai Bal em entrevista concedida ao autor, no dia 21/03/2016).

O líder religioso conclui seu relato dizendo que um certo dia ele passava de carro em determinado local e o veículo estancou. Então ele parou e observou envolta, percebendo que estava diante do paredão, com as casas no alto, que havia sonhado. A partir desse momento ele não teve mais dúvidas: iria iniciar seu trabalho como liderança religiosa em Caicó, dando início a construção do seu barracão.

Observamos que é muito importante para os praticantes das religiões aqui em questão a constituição dos espaços para consagrar e trabalhar com o auxílio da espiritualidade. A cozinha é um espaço igualmente relevante para a preparação dos pratos que são oferendados as entidades divinas, configurando-se como um lugar de tecer conhecimentos e fortalecer a fé.

ADENTRANDO AS COZINHAS DOS DEUSES

A comida é uma das facetas mais importantes da ritualística religiosa de matriz africana praticada no Brasil, de maneira que se expressa no cotidiano dos terreiros com grande força. Exige-se atenção do devoto desde a escolha dos ingredientes até a preparação dos alimentos, potencializando as intenções no momento da entrega, do despacho. A elaboração dos pratos é minuciosa e permite a elevação espiritual de quem o elabora, desde o início do processo da feitura, pois

no candomblé os deuses comem. Cada um tem sua comida particular, de seu agrado pessoal, de sua preferência pessoal. Comida ligada às suas histórias, a seus odus, a seus mitos. Comida que muitas vezes é cantada e dançada numa integração harmoniosa de gesto, música e palavra (LIMA, 2010, p. 138)

Ao entrar nos *terreiros* pode-se observar que, seus missais são verdadeiros cardápios gastronômicos, já que basicamente todos os contatos e contratos, mesmo que tácitos, de homens e mulheres adeptos a religião de santo são formalizados através de rituais e oferendas. Nas maiorias das vezes o compromisso do iniciado é sacralizado na cozinha, conforme nos esclarece Vilson Caetano de Souza Júnior:

“Cozinha do santo” é assim, mais que um lugar determinado que, em terreiros de estrutura maior, se tem para preparar somente os pratos dos orixás e, sim, um espaço criado e redefinido a cada momento, no terreiro, através da separação dos objetos, utensílios e mudanças de comportamentos (SOUZA JÚNIOR, 2009, p. 82)

Embora sejam vários os elementos utilizados na ritualística, é marcante a intrínseca relação do alimento com a liturgia, pois “sem a oferenda, no caso, a comida do santo, seria impraticável a feitura de grandes trabalhos, comprometendo todo o ritual e a elevação da fé”, pontua mãe Tell de Iemanjá. Além da confecção, deve-se considerar onde e como este alimento é manipulado, com reflete pai Léo:

No momento a casa funciona com a cozinha compartilhada, porque não é só para o barracão. Eu moro aqui e utilizo a cozinha também para preparar as minhas refeições. Mas, nos dias de festa para orixás, os filhos de santo tem que estar de branco, de contra-egum, com a cabeça coberta. Eles não pode fumar quando estiver fazendo a comida do orixá. Nos dias de festa, aquela cozinha normal do dia a dia vira uma cozinha só para o orixá. Não se entra de preto, não é permitido usar shorts e roupa curta, nem adentrar o



espaço se tiver ingerido bebida alcoólica, entendeu? Tudo no candomblé tem uma reza, cantada em ioruba, e quando se faz uma comida se reza, colocando ali uma intencionalidade (relato de pai Léo em entrevista concedida ao autor, no dia 27/04/2016).

O relato de pai Leo é potencializado se aproximado das percepções do estudioso Vilson de Souza Junior, quando este assegura:

A cozinha é cheia de interdições como: não conversar mais que o necessário, não falar alto, gritar, cantar ou dançar músicas que não sejam do santo; não entrar pessoas que não sejam iniciadas - dependendo do que se estiver fazendo, somente um número muito restrito - não admitir que mulheres menstruadas permaneçam nela, etc. Neste espaço sacralizado, tudo vai ganhando significado: a bacia que cai, o garfo, a faca, a colher, o óleo que faz fumaçar o fogo, etc. Na cozinha se aprende além do “ponto” certo de determinado prato, que não se dá as costas para o fogo, não se joga sal no chão, não se mexe comida de Orixá com colher que não seja de pau, que a comida mexida por duas pessoas desanda, que não se joga água no fogo e que muitas pessoas por terem o sangue ruim fazem a comida desandar. Ou que a presença de pessoas de um determinado Orixá faz com que uma certa comida não dê certo, como por exemplo: em cozinha onde se tem gente de Xangô o milho de pipoca queima antes de estourar. Pela cozinha, entram as pessoas de maior prestígio na Religião e é nela própria que, em certas ocasiões, muito antes mesmo de se chegar no peji do Orixá, que este é consultado a fim de se saber se a comida foi bem preparada ou não (SOUZA JUNIOR, 2016, s/p).

Faz-se necessário compreender que oferendas são sortilégios religiosos que podem ter inúmeras finalidades, como para agradecer, pedir ajuda desmanchar magias negativas, propiciatória, purificadora, de firmeza e assentamentos de forças e poderes espirituais, que são traduzidos como Axés. Na concepção de mãe Tell de Iemanjá:

as oferendas podem ser simples como uma fruta, uma vela oferecida em um ponto de força da natureza, onde é aberto um espaço, um portal que liga o mundo visível e o invisível. Um espaço que recebe o nome de assentamento e lá é colocado elementos afins com as forças e poderes que ali serão evocados. Contudo, a comida oferecida ao santo aparece como o ponto alto desse processo, já que desta oferenda são extraídas as energias ou axés, doadas por parte dos seres espirituais que as receberão. Quando se sabe o santo ou os santos que serão reverenciados, são separados os alimentos que a cada um será ofertado: animais, comidas para cozimentos e frutas. Lembrando que na Umbanda há fundamento e sacrificamos animais. Então, começam os preceitos a partir do pedido de licença e oferecimento do que será arriado (relato de mãe Tell em entrevista concedida ao autor no dia 08/04/2016).

Recebi autorização para adentrar em vários ambientes das casas e produzir registros fotográficos, o que me permite afirmar que se trata de espaços colocados, com várias imagens, vejas e bandejas com comidas, bebidas e frutas diversas (Imagem 1).



Imagem 1: pegi com destaque para as oferendas de frutas.

Fonte: acervo pessoal do autor.

A intencionalidade é muito importante, por isso que a orientação é para se manter concentrado, com o pensamento elevado, canalizando as energias às divindades. Muitas vezes pontos riscados com *pembas*, uma espécie de giz coloridos usados em afirmações, são necessários, pois esses elementos se ligam a outras dimensões na efetivação dos pedidos. Conforme relato de pai Bal de Oxalá, os alimentos escolhidos são tratados de maneira especial para que possam ser aceitos e convertidos em comida sagrada. São seus termos:

Dentro da cultura religiosa africana não entra bebida, não entra sexo, não entra maldade em geral. Isso é repudiado! Eu sou um homem que pratico uma



religião, então eu tenho que ter preceitos aos seus preceitos. O dia do meu orixá é sexta feira, então, nesse dia, eu me resguardo ao meu orixá. Para o santo você tem que estar cem por cento puro. Fisicamente, mentalmente, espiritualmente. Se eu estiver com uma dor de cabeça eu estarei impuro. Se eu estiver com raiva de você eu estarei impuro. Se eu tomar uma dose de cachaça eu não sou digno de me aproximar, assim como se eu for a um cemitério ou a um enterro, pois capto as baixas energias. Então, determinados dias nós temos um resguardo de cem por cento. Para o orixá não entra nem um tipo de bebida alcoólica e nem um tipo de impureza. A fruta você compra no mercado para ofertar ao santo, mas a gente passa mel para purificar (relato de pai Bal de Oxalá em entrevista concedida ao autor, no dia 21/03/2016).



Nos espaços visitados na cidade de Caicó, percebemos algumas peculiaridades no modo de fazer o culto às divindades, sejam nas canções entoadas, nas permissões ou proibições de alguns costumes, na presença

mais ou menos intensa da língua iorubá ou, propriamente, na confecção das comidas (Imagens 2 e 3).



Nas falas dos entrevistados há uma unanimidade aparente, quando se trata de descrever os preceitos para a confecção dos alimentos dentro de vários detalhes que transforma este momento em um evento a parte, especial. É o caso da limpeza material e espiritual das labás, o jejum sexual de pelo menos três dias, a vigilância para um pensamento equilibrado e direcionado, como também a limpeza e organização do espaço físico onde são executados os cortes. A higiene, as vestes, os lagdbás ou guias, os cânticos religiosos, tudo isso serve para afastar quizilas e para ter respostas auspiciosas. Nos termos de pai Léo, podemos observar que

labá é a cozinheira do santo: “ia” quer dizer mãe, rainha, aquela que alimenta seus filhos. Essa labá deve estar pura de sexo pelo menos três dias antes da manipulação dos alimentos. Ela tem que estar pura de bebida, usando branco e tem que estar de contra egum [...] tem que está toda purificada para fazer a cozinha do santo. No terreiro a gente tem os cargos, que é preparado já para isso. Tem que ter a preparação para o cargo, fazer as feitura (relato de pai Léo em entrevista concedida ao autor, no dia 27/04/2016).

Nessa perspectiva, tudo o que é utilizado em uma oferenda adquire o poder de irradiar absorver energias. A esse respeito João Varella escreve



que no geral, a “cozinha de Santo” difere-se da cozinha normal, pois “há uma série inteira de preceitos do ritual que se há que obedecer” (VARELLA, 1972, p. 113). A produção alimentícia dos santos pede um requinte que corriqueiramente seria difícil de seguir, como acender velas e riscar pontos. O autor continua para afirmar que “as cozinheiras de santo trabalham paramentadas, vestidas ao ritual [...] bata, blusão branco e lenço branco na cabeça, colocam ao pescoço a guia ou guias do orixá ou dos seus orixás” (*idem.*). Vê-se que as prescrições são muitas. Não manter conversas ou canções que não estejam de acordo com a proposta, assim como utensílios. “Se tem recursos maiores, procura-se ter em depósito ou na dispensa o material ou ingredientes mais usados” (*ibidem.*).

A música é outro elemento constantemente presente, enfatizando características dos orixás e seus feitos, pois ressalta a relação dos filhos com as divindades e os alimentos. Durante o processo de confecção dos alimentos as *labás*, e encarregados da cozinha, entoam músicas sacras e populares do repertório afro-brasileiro, proferindo muitas palavras em iorubá, comose observa em “Festa para Logum Ede”, música de Lucio Sanfilippo:

Colhe amendoim, milho e coco/ Manda preparar o axoxô/ Arco e flecha em punho, é só bravura/ Planta, roça, agricultura/ Iansã, Ogum, Agué e Oxalá/ Brincam, ginga, corre, reza e cura/ Pressa o passo, criatura/ A mãe-mata céu e ouro chama [...] Camarão, cebola, azeite e ovo/ Tempera o feijão doomolocum/ Lava a alma, sal, mel e candura/ Laroie, dendê, doçura/ Ajunsum, Bessém, Sobô, Iemanjá/ Nanã nina flor de formosura/ Benze e brinda com fartura/A mãe-água céu e ouro canta [...] (SANFILIPPO, 2005).

Tudo isso para culminar em um grande banquete que é servido a todos os presentes. As diversas iguarias são dispostas sobre o *alá*, que é um

tecido, uma toalha branca, se for o de Oxalá, ou em cores de acordo com a cada santo. Sobre essa toalha são colocados os pratos vistosamente montados, com todas as comidas confeccionadas para o ritual. É costumeiro oferecer primeiro o *padê* de Exu. O *padê* é a oferenda de Exu, despachada antes do início da cerimônia pública ou privadas, contendo alimentos e bebidas votivas. Os, animais sacrificais são colocados junto ao assentamento, conforme relata mãe Tell de Iemanjá:

Para Exu, a gente dá frangos ou bode. Para Pomba-Gira, pomba preta, franga preta. Antes de abrir o terreiro, o primeiro a ser despachado é Exu. Pega-se um frango preto, que as asas não estejam cortadas nem doentes, e uma pomba ou galinha nas mesmas condições, aí passa-se o frango ou a galinha no abacé todo, depois canta-se a corimba daquela cerimônia. Então o oxôgun mata o frango no lugar onde Exu está assentado. E se oferece pomba ou galinha preta a Pomba-Gira. O corpo da ave é entregue à iabá, que vai preparar o mi-ami-ami, o corear de Exu. O mi-ami-amié feito de azeite de dendê (epô), da farinha (efun) de pimenta da costa ou comum (li icúm). Se a gente não encontrar determinado ingrediente de jeito nenhum, a gente substitui por um bem próximo. O importante é manter a seriedade na preparação. Depois de tudo pronto a comida é distribuída entre os presentes, ficando apenas no assentamento as asas, a cabeça, a cauda e os pés (relato de mãe Tell de Iemanjá em entrevista concedida ao autor no dia 08/04/2016).

Observamos que, das aves, fica no assentamento apenas as asas, a cabeça, a cauda e os pés, conforme podemos ver nas imagens abaixo (Imagens 4 e 5).



Imagens 4 e 5: os pratos oferendados. **Fonte:** acervo pessoal do autor.

A partir desse relato colocamos o estudioso Roger Bastide na conversa porque ele trata de questões que dialogam com a mãe de santo Tell, como a

questão do sincretismo, pois está para além das imagens. O pesquisador observa que

o sincretismo introduziu-se na cozinha como no restante da vida religiosa. O lugar ocupado pelo milho ameríndio, ao lado da mandioca, prova-o claramente. Há uma mistura das sobrevivências místicas da África, em particular o azeite de dendê e a pimenta da costa, com os elementos tomados de empréstimo à cozinha dos brancos e dos índios (BASTIDE, 2001, p. 333)

As adaptações acontecem em alguns casos, como sugere a fala de mãe Tell de Iemanjá, evidenciando que o espaço da cozinha é um lugar de recriação na medida em que se abre aos novos arranjos para se adaptar as exigências de cada santo. Isso não reduz o valor e a simbologia das oferendas, ao contrário, reforça a crença de que “querer é poder”, pois não é pela falta de um ingrediente que se deixa de evocar um orixá, de fazer um pedido, de agradecer uma benção, enfim, de cultuar uma tradição religiosa que se atrela aos sentidos, a força do gosto e a inclinação da fé.

Observamos que os que estão feitos no santo, ajoelhados, comem um pouco de cada comida, mas sem fazer uso de utensílios como garfo ou faca, pois usam as próprias mãos para levar à comida à boca. Comer com a mão é um dos atos que exerce grande influência sobre o tipo de alimentação. As pessoas não iniciadas ficam assistindo a cerimônia, podendo provar das comidas que são destinadas a comunidade.

Embora o município de Caicó afirme-se católico seu apostolado é misto, místico e híbrido. Há uma interatividade muitas vezes clandestina e sigilosa, que trafega oculta e anonimamente nos bastidores das casas de santo como percebem, de maneira unânimes, os nossos entrevistados.



Os praticantes das religiões de santo caicoenses buscam manter a essência de seus fundamentos, mesmo se reinventando nos híbridos processos de afirmação e resistência. Nessa perspectiva, acabam perdendo alguns conhecimentos de seus preceitos ancestrais, caindo por vezes numa recriação pouco segura de bases frágeis e tênues. Assim, a comida votiva é certamente um dos mais emblemáticos símbolos de representação dentro dos ritos afro-indígena, visto todo o requinte de preceitos na sua preparação, sejam eles antes, durante ou depois de produzidos. Mesmo assim, foi observado através da pesquisa que alguns desses detalhes ficam, em sua maioria, na esfera do imaginário, já que a prática difere em parte da teoria.

A precariedade estrutural que algumas casas de santo se encontram, favorece para que não alinhem a ritualística com a teoria e desejo de uma produção elaborada e farta de oferendas. Por fim a ignorância da comunidade não praticante, a demonização dos rituais, o imaginário construído, a constante tentativa de invisibilização das práticas religiosas de matrizes africanas são elementos que corroboram para, no contexto geral do município de Caicó, permanecer velada a cultura preconceituosa e discriminatória contra o povo de santo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das noções de memória gustativa e de práticas alimentares como categorias de estudos históricos, analisamos os hábitos alimentares do “Povo de Santo”, membros de religiões de matriz africana de Caicó, procurando aproximar História e Cultura da Alimentação por meio da relação existente entre a religião e contexto social.

A mitologia dos Orixás, dos Caboclos, dos Pretos Velhos ou mesmo do Povo da rua, contribui para explicar as práticas religiosas experienciadas nos



terreiros. Serve ainda para fundamentar a ritualização das festas e cerimoniais de evocação e homenagem as entidades sagradas.

A pesquisa mostrou que a tradição oral é a forma mais presente de transmissão utilizada nos terreiros, ao passo que reaviva a memória e ressignifica os rituais. Também, que existe algumas variações presentes nas histórias, mesmo se tratando de ritualística para um mesmo fim. O mais importante desta constatação é que, apesar da mudança da narrativa, isso não lhes retira o caráter de verdade e aceitação diante de quem a conta e de quem os ritualiza, pois os sentidos e significados são preservados.

Para situar melhor o tema Comida de Santo, como forma de representação do sagrado e forma de resistência, foi citada alguns aspectos da alimentação religiosa e uma apresentação focada nas atividades realizadas no município de Caicó, através da análise das entrevistas com membros das Casas de Santo – fontes principais deste trabalho. Constatando-se na fala dos entrevistados situações cotidianas como preparar um prato que mantenha a aparente tradição, mas que se adapte à cultura gastronômica do lugar. Além da invenção de um prato, que parece ser “sofisticado”, mas que também preserve os trâmites ritualísticos. E, mesmo quando adaptado, que mantenha o elo entre todas essas situações analisadas, que é a demonstração da fé e da religiosidade do povo.

As práticas religiosas do Candomblé e da Umbanda que utilizam alimentos chegou ao Brasil por meio dos povos de África em diáspora. No contexto caicoense, esses alimentos sofrem alterações e adaptações tanto no preparo quanto na utilização de ingredientes, para se ajustar a cultura local. Isso não inviabiliza a nutrição do corpo e a manutenção dos elos espirituais que objetivam os ritos religiosos do Candomblé ou da Umbanda. Portanto, a Comida de Santo faz parte das expressões de fé dos povos de terreiro e encontram seus fundamentos na teologia.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. Ouvir contar: textos em história oral. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- ALVES, Dirce. Orixás e definições. Diário do Paraná (Coluna Umbanda – Caderno 2), Curitiba, 14 abr. 1978.
- Ataotô Baluaê. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/umbanda/>. Acesso em: 10 abr. 2016. (Música de Umbanda)
- BASTIDE, Roger. O Candomblé da Bahia. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- BÍBLIA, Português. A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. Edição rev.e atualizada no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1969.
- BRILLAT-SAVARIN, Jean-Anthelme. A fisiologia do gosto. São Paulo: Companhia das Letras 1995.
- CASCUDO, Luis da Câmara. História da Alimentação no Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.
- DÓRIA, Carlos Alberto. Estrelas no céu da boca: escritos sobre culinária e gastronomia. São Paulo: Editora Senac, 2006.
- FEMENICK, Tomislav R. O ciclo do algodão no Seridó - I. 2010. Disponível em: <http://tribunadonorte.com.br/noticia/o-ciclo-do-algodao-no-serido-i/150373>. Acesso em: 04 abr. 2016.
- FLANDRIN, Jean-Luis; MONTANARI, Massimo. História da Alimentação. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.
- FREITAS, Byron Torres de; PINTO, Tancredo da Silva. As Mirongas de Umbanda. Rio de Janeiro: Gráfica Editora Aurora, 1957.
- FREYRE, Gilberto. Casa-Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: José Olympio, 1933.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. O cru e o cozido (Mitológicas vol. I). São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

- 
- LIMA, Vivaldo da Costa. A Anatomia do acarajé e outros ensaios. Salvador: Corrupio; 2010.
- PRANDI, Reginaldo. A mitologia dos orixás. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p. 257-258.
- QUERINO, Manuel. Costumes africanos no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1938.
- SANFILIPPO, Lúcio. Festa pra Logum Ede. 2005. Disponível: <https://www.letas.mus.br/lucio-sanfilippo/festa-pra-logum-edo/>. Acesso em: 08 abr. 2016. (Canções de amor)
- SANTOS, Carlos Roberto Antunes. História da Alimentação no Paraná. Curitiba: Fundação Cultural de Curitiba, 1995.
- _____. Por uma história da alimentação. História: Questões & Debates, Curitiba, v.14, n. 26/27, p.154-171, jan./dez., 1997.
- _____. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. História: Questões e Debates, Curitiba, n.42, pp.11-31, jan./jun., 2005.
- VARELLA, João Sebastião das Chagas. Cozinha de Santo: Culinária de Umbanda e Candomblé. Rio de Janeiro:Gráfica Aurora Ltda, 1972.
- VERGER, Pierre. Orixás: deuses iorubas na África e no novo mundo. São Paulo: Corrupio, 1981.
- _____. Notas sobre o culto dos Orixás e Voduns na Bahia de todos os Santos e na Antiga Costa dos Escravos na África. São Paulo: EDUSP, 2000.
- VOGEL, Arno. et al. A galinha d'nagola: iniciação e identidade na cultura afro-brasileira. Rio de Janeiro: Pallas, 2001.
- SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. História: Questões & Debates, Curitiba, n. 54, p. 103-124, jan./jun., 2011.
- SOUZA JUNIOR, Vilson Caetano de. A cozinha, os orixás e os truques: entre a invenção e a recriação onde o tempo não para. Anais da VIII Jornada sobre alternativas religiosas na América Latina. São Paulo: UNCUYO, 1998.



**A FEIJOADA DE OGUM:
O LEGADO DE PAI PROCÓPIO PARA OS TERREIROS
AFRO-BRASILEIROS**

Rychelmy Imbiriba Veiga (Esutobi)

A FEIJOADA DE OGUM: O LEGADO DE PAI PROCÓPIO PARA OS TERREIROS AFRO-BRASILEIROS

Rychelmy Imbiriba Veiga (Esutobi)

O ato de comer, supõe-se que foi um instinto espontâneo do humano, a princípio atraído pelas cores e aromas dos alimentos. Com a manipulação do fogo, se acredita que houve uma mudança em sua relação com a comida. Os conhecimentos sobre o preparo que vieram com os processos de cocção foram acumulados e transformados através do percurso histórico. Ao longo do tempo, o humano vem desenvolvendo técnicas de manipular o alimento, e a inteligência e a criatividade estão inseridas nessa relação; o que era um instinto de sobrevivência, também passa a ser fonte de prazer.

A alimentação é uma necessidade fisiológica, é preciso nutrir o corpo; porém, a prática de comer não é uma ação solitária, ao contrário, é um elo de socialização — desde o momento em que se nasce, essa prática está presente de modo social, através da dependência da mãe, depois, na alimentação na escola, passando pelos clássicos jantares românticos e as refeições coletivas no meio profissional. Em determinadas sociedades, está relacionada com normas religiosas, hierárquicas e políticas. Essas normatizações são assimiladas através das gerações, e, na maioria das vezes, não são questionadas pela cultura a qual pertencem, mas respeitadas e mantidas.

O interesse pelo estudo da alimentação não é algo recente para a antropologia; os estudos sobre o tema no Brasil tiveram, pelo menos aqueles realizados na região Nordeste e para os autores dela oriundos, uma influência





marcante da cozinha de matriz africana. Desde o final do século XIX, Nina Rodrigues (2008) já apontava a relevância da culinária africana para a cozinha baiana. Outro escritor, também nordestino, que se dedicou a realizar uma antropologia de cunho gastronômico foi Gilberto Freyre, em *Casa Grande & Senzala* (1933), construído também na perspectiva da contribuição da culinária africana para os hábitos gastronômicos brasileiros. Entretanto, segundo Lima (2010, p. 40), o primeiro trabalho realizado sobre o tema foi a monografia de Manuel Querino intitulada *A arte culinária na Bahia* e escrita em 1922, mas publicada em 1928, após sua morte. Sobre a qualidade da pesquisa, Lima frisa:

Neto de africanos, Querino teve informantes válidos para sua pesquisa, e isso se verifica quando analisamos as receitas dos pratos que ele classificou como 'puramente africanos', e em que se nota o laconismo, a precisão cautelosa, tão conhecida dos que praticam o candomblé, as pessoas de santo. [...] Imagino que os informantes de Querino eram velhas tias nagôs, possivelmente parentas suas, gente ligada ao terreiro de onde era certamente ogã, o Gantois. (Lima, 2010, p. 54)

Outro trabalho elogiado por Lima foi escrito em 1939, por Sodrê Viana, intitulado *Caderno de Xangô: 50 receitas de cozinha baiana do Litoral e do Nordeste*. De acordo com Lima, “esse e o livrinho de Querino são os dois únicos trabalhos de culinária baiana publicados, realizados com uma pesquisa de campo, como diríamos hoje em metodologia de pesquisa” (2010, p. 61).

O sociólogo francês Roger Bastide, por sua vez, publica, em 1947, o artigo *“A Cozinha dos Deuses”* e faz um estudo sobre a adaptação da culinária africana no Brasil. Para ele, o importante não era o prato em si, já que havia mudanças nos ingredientes, mas o nome que se mantinham e faziam com

que os negros se lembrassem da África. Ele ainda dizia que: “Se a cozinha africana pôde manter-se fielmente na Bahia, contra a cozinha portuguesa ou indígena, com base na mandioca, foi porque se encontrou ligada ao culto dos deuses e que os deuses não gostam de mudar de hábitos” (Bastide, 1960, p. 464). O artigo levantou alguns questionamentos e críticas de Lima (2010, p. 55) contra seus métodos, fontes e raciocínio.

Outro momento importante da história da antropologia alimentar legada pelos negros foram o Primeiro e o Segundo Congresso Afro-brasileiro, em 1935 e 1937, respectivamente. O primeiro, conforme citado anteriormente, aconteceu em Recife, organizado por Gilberto Freyre, e o segundo, em Salvador, organizado por Edison Carneiro. Em Recife, três autoridades do candomblé, Oscar Almeida, Apolinário Gomes e a ialorixá Santa, contribuíram escrevendo duas listas sumárias de comidas sagradas. Já no Congresso de Salvador, quem deu sua contribuição foi a ialorixá Aninha Obá Biyi, do Ilê Axé Opô Afonjá. Ela listou vinte e cinco tipos de comidas e ingredientes usados na preparação da comida dos orixás. A lista foi publicada nos anais do evento como “Notas sobre comestíveis africanos”, porém ela não deu informações de como se dava o preparo dos pratos. Acerca deste episódio, Lima comenta:

[E]sse despojamento nas “receitas” de Aninha indica claramente, no campo da comida ritual, o que significa para o povo de santo, a reserva nas “coisas de fundamento”. Poisas “comidas africanas” listadas por Aninha eram todas elas, comidas de santo, oferecidas nas obrigações aos orixás, que tem suas próprias preferências alimentares sempre associadas a seus mitos e a uma complexa prescrição simbólica. (Lima; Oliveira, 1987, p. 60)

Sem revelar segredos, tão valorizados no campo iniciático do candomblé, mãe Aninha listou uma variedade de alimentos, como acaçá, angu, abará, caruru e acarajé.

COMER COM FÉ: OS CAMINHOS DO FEIJÃO

É importante destacar que as mais diversas religiões mantêm relação estreita com o comer, o consumo ou o tabu de certos alimentos que acompanha toda a vida dos devotos:

A identidade religiosa é, muitas vezes, uma identidade alimentar. Ser judeu ou mulçumano, por exemplo, implica, entre outras regras, não comer carne de porco. Ser Hinduísta é ser vegetariano. O cristianismo ordena sua cerimônia mais sagrada e mais característica em torno da ingestão do pão e do vinho, como corpo e sangue divinos. A própria origem da explicação judaico-cristã para a queda de Adão e Eva é sua rebeldia em seguir um preceito religioso: não comer o fruto proibido (Carneiro, 2005, p. 72)

O candomblé é uma religião onde tudo se alimenta: humanos, deuses, espaços e objetos. É, também, construído em cima de preferências e interdições alimentares:

Aí comem (e devem ser alimentados) não só humanos, orixás e caboclos, mas também a cabeça (ori), o chão, os tambores, os colares de contas usados pelos adeptos. A comida distingue os seres e os coloca em relação. Comidados orixás e comida de humanos diferem, assim como difere o que comem os adeptos quando estão em obrigação no terreiro e o que comem no seu dia a dia. As divindades distinguem-se por suas predileções



alimentares, a cozinha abarca um vasto receituário das iguarias prediletas de cada um dos deuses. E a comida circula, não só distingue como também traça equivalências e reúne os integrantes de um terreiro em eventos de comensalidade generalizada. (Rabelo, 2013, p. 87)

É através da religião que seus seguidores evidenciam os mitos e acham meios de explicar sua lógica alimentar, que é peculiar ao povo de santo. Sobre essa relação, Magalhães afirma:

O que determinou a vida da religião foram esses cruzamentos culinários e religiosos, essa mistura de paraísos comensais, esta ética pautada pelo prato, pelo vinho. Isso porque as tradições espirituais que aqui [no Brasil] chegaram mantiveram a experiência e a noção da vida e do sustento da vida. Com isto, reivindicaram, por meio de suas normas e suas trapaças, os sustentos do mundo. Contra o Deus sem entranhas e sem vida festiva, as tradições religiosas conseguiram fazer sobreviver os ideários comensais e festivos. A religião conseguiu manter viva a divindade relacionada com a alimentação dos povos. (Magalhães, 2007, p. 63 apud NIDALNI; SANTOS, 2009, p. 66)

Algumas cerimônias públicas acontecem ao redor da comida; é o caso do Olubajé, banquete oferecido ao orixá Omolu, do Ipeté de Oxum e do Amalá de Xangô, todos oferecidos e comidos em meio à cerimônia pública. O foco deste capítulo também está inserido nesse modelo cerimonial, a Feijoada de Ogum.

Para falarmos sobre a feijoada, é interessante analisarmos todo o trajeto que ela percorreu para que chegasse atualmente a ser considerada como patrimônio imaterial nacional e alimento litúrgico no candomblé. O ato

de se alimentar, conseguir o alimento, prepará-lo e cozinhá-lo são atos sociais aos quais estão imbricados valores culturais.

A feijoada é um prato genuinamente brasileiro, e sua origem é motivo de diversas especulações. A mais comum, associada ao mito racial do Brasil, diz que a feijoada seria elaborada pelos negros com as partes menos nobres da carne de porco e de boi; porém, todo processo que constituiu a feijoada teve origem em outras fontes:

Na verdade, tanto os produtos (porco, leguminosas, alho e cebola) como a técnica são de origem europeia, mais especificamente ibérica e, se quisermos buscar uma origem mais longínqua, judia sefardita. Pasmem! A feijoada tem origem judaica [...] Mas e o porco? É claro que o porco vem depois. Mas, vamos por partes [...] (Carneiro, 2005, p. 76)

A palavra feijão é de origem portuguesa e foi registrada pela primeira vez no século XIII (Elias, 2008, p. 34), cerca de 300 anos antes da colonização do Brasil. O feijão preto, de origem sul-americana, já era consumido pelos índios brasileiros antes da ocupação portuguesa. A partir do século XVI, começaram a ser inseridos no Brasil feijões de origem africana e também um feijão português conhecido como feijão fradinho.

Até o final do século XVII, o feijão não estava inserido na lista básica de alimentos contidos na dieta brasileira (Papavero, 2008); essa dieta compunha-se apenas, nessa época, de farinha de mandioca seca, carne-seca, peixe-seco ou carnes e peixes salgados, substituídos às vezes por víveres frescos, carnes verdes, peixes recém-pescados, raízes, grãos, folhas e frutas ou por preparos perecíveis como a farinha de mandioca fresca. Como observou Bacelar:



“a base fundamental da subsistência do Brasil estava namandioca, na farinha”, uma vez que todos, naturais e estrangeiros, se alimentavam de pão. As mesas da cidade refletiam a hierarquia das farinhas: a fina, a copioba, para os abastados; a de caroço, amarela, bolorenta, para os negros e pobres. Não esqueceu do aipim, para ele [Luís dos Santos Vilhena] “outra qualidade de mandioca”. Masseem o seu veneno, com o qual não se fazia farinha, porémera “gostosa assada no borralho e comida quente com manteiga.” (Bacelar, 2013, p. 277)

O feijão era visto como alimento para classes menos favorecidas, carregando um *status* desprestigiado socialmente. As diferenças de classe, de homens livres e escravos, de homens ricos e colonos pobres determinavam a realidade alimentícia de cada grupo. Considerado um alimento difícil de digerir e flatulento, era alvo de especulações negativas em relação a saúde, como nesse relato do médico do rei D. João V em seu trabalho denominado “Âncora medicinal: para conservar a vida e a saúde” (editado em 1721):

Legumes chamou Galeno às sementes cereais de que se não faz pão, ainda que se faça farinha. E costumam ser o mais comum alimento da gente rústica, posto que pela graça de seu sabor, também sobem muitas vezes a mesas nobres. Estes são as favas, as ervilhas, os grãos, as lentilhas, os feijões, os chicharros, os tremoços, o arroz e o gergelim. Todos eles são crassos, térreos, melancólicos, flatulentos, principalmente sendo verdes, por cuja causa se hão de temperar com condimentos e cebolas, como corretivo de seu prado suco e da sua muita flatulência. (Henriquez, 2004, p. 159)

Sobre os malefícios, o médico do rei ressaltava:



Os feijões são quentes e secos, crassos, melancólicos e terrestres, e ainda que haja entre eles alguma diferença, por- que uns são grandes, outros pequenos, uns são brancos, outros vermelhos, isto é em relação à cor e à figura, que em relação à forma e temperamento substancial em nada diferem, se bem que alguns querem que os vermelhos excedam no calor aos brancos. Todos se cozem e digerem com dificuldade, são flatulentos e nutrem bastante. Geram-se deles humores crassos e melancólicos, de que nascem obstruções. Perturbam o sono com fantasias tristes, oprimem a cabeça e ofendem a audição. (Henriquez, 2004, p. 159).

Vários fatores levaram, no decorrer dos séculos, a uma mudança em relação ao lugar do feijão na alimentação brasileira. O rápido meio de produção da safra (em média três meses de plantio), a praticidade de transporte dos grãos e o fato de se conservarem bem após estarem secos foram fatores determinantes para sua consolidação como alimento. É na metade do século XVII e nos primeiros anos do século XVIII que se deu a transição de alimento de assimilação duvidosa para o alimento genuinamente nacional. Nos séculos XVIII e XIX (Papavero, 2008) são inseridos na sua preparação toucinhos e outras carnes e o feijão adquiriu uma nova roupagem, mais elaborada, dando origem à feijoada brasileira.

Já para o candomblé, o ato de comer e partilhar coletivamente a comida está fortemente ligado à ritualística. Toda cerimônia comemorativa acaba em uma grande refeição que é compartilhada por todos os presentes. Esse momento de socialização está não só ligado ao ato de alimentar-se, mas imbuído de valores míticos, de vivências de ritos que são explicáveis através da própria concepção religiosa de matriz africana. O alimento sagrado é parte integrante de todas as cerimônias; é, pois, o ato de reviver certas práticas ancestrais:



As cerimônias comemorativas têm duas características em comum com todos os outros rituais: o formalismo e a performatividade. E, na medida em que funcionam efetivamente como dispositivos mnemônicos, são capazes de executar essa função em grande parte devido ao fato de possuírem essas características. Mas as cerimônias comemorativas podem-se distinguir-se de todos os outros rituais pelo fato de se referirem explicitamente a pessoas e a acontecimentos protótipos, quer considere que estes têm uma existência histórica ou mítica. Em virtude desse fato, os ritos desse gênero possuem uma característica que lhes é definitivamente própria, que podemos descrever como reencenação ritual. Essa característica é de importância fundamental na memória comunitária. (Connerton, 1993, p. 70-71)

Assim, a cerimônia de candomblé se inicia como forma de explicar o mundo através dos mitos e vivências do povo de santo. Tudo é motivo para festa: o transe, as iniciações, os aniversários de tempo de iniciação, os festejos anuais fixos de cada orixá... Isto acompanhado de toques, cantos, danças, folhas e principalmente de comidas. O alimento é sacralizado e dividido com a comunidade. Nesse contexto, o gosto dos orixás é extremamente importante. A ira ou a graça de um orixá pode estar ligado a determinada oferenda, por exemplo; o dendê é interdição para Oxalá, não podendo jamais lhe ser oferecido, assim como a pipoca é a comida preferida de Omolu e é usada pelos devotos para pedidos de saúde.

Logo, toda a ritualística está intimamente ligada ao alimento – desde um simples trabalho de limpeza à mais complexa cerimônia de iniciação, são utilizados grãos, frutas, leguminosas. Todo elemento contém certa energia, que, aliado ao ato de falar e invocar a ancestralidade, favorece uma troca de forças entre os grãos, as pessoas ou objetos, energia, que no alimento fica

impregnada, a ser mantida e renovada se preciso for, que Santos (2001, p. 40-42) refere-se como “poder de realização” e o povo de santo chama de “axé”.



Na foto acima, pode-se observar diversas comidas utilizadas em um trabalho para limpeza, no Terreiro ilê Asé Ojise Oludumare. o feijão está presente em suas variantes: preto, branco e fradinho, juntamente com grãos de milho e diversos bolinhos de farinha. Lima (2010) destaca a relação existente entre o alimento, o ritual e sua adaptação no candomblé:

[...] foi certamente na estruturação das primeiras casas de santo da Bahia, do modelo nagô, no fim do século XVIII começo do XIX, como disse, que essa comida de santo terá sido recriada, codificada, reconstituída entre nós, com as inevitáveis substituições, se por acaso os ingredientes, ou mesmo os animais, não fossem encontrados no novo cenário ecológico dos orixás e voduns. (Lima, 2010, p. 26)



Assim, percebe-se que houve uma adaptação do quadro de alimentos usados no novo culto estabelecido na Bahia, a partir do momento em que substituições foram necessárias, resultando na reelaboração de comidas e inserção de novos elementos. Esse processo é naturalmente assimilado e é resultado do próprio contato de culturas diferentes, não só no que diz respeito aos homens, mas também aos alimentos em si. O feijão é um desses elementos adaptados e que está fortemente ligado ao candomblé. Ingrediente básico das limpezas, grão base do acarajé, e de diversos pratos sagrados. É utilizado em suas variantes: fradinho, mulatinho, branco e preto.

Para a realidade de um povo onde o festejar e o comer são ações conjuntas, o calendário e a importância de cada festa diferem de terreiro para terreiro. Em Salvador, cada terreiro ativo realiza ao menos uma dezena de festas por ano, e, dependendo da festa, as comemorações podem durar um dia ou semanas. Devido a essa socialização da refeição, as festas são frequentadas também por membros de famílias de santo de outros terreiros e da comunidade em torno, constituindo assim um ano cheio de atividades para os adeptos do candomblé.

Essas características das festas dos terreiros, de serem constantes e repetitivas, levou o candomblé a ser um laboratório para pesquisadores de grupos sociais e religiosos. Para Rita Amaral (1992), o estudo das festas religiosas se insere no quadro de análises de ritual, e não existe uma tendência para a sua queda, pois, cada vez mais, os grupos se organizam e produzem mais festas. A autora ainda afirma que nas festas de candomblé não existe inversão de valores nem funções definidas e, por isso, servem para tudo e para nada. Nesse contexto, não são encontrados aspectos como o caos, a violência e as transgressões de regras, comum em certos tipos de festa popular.

Cada festa tem um grau de importância diferente para cada terreiro. Se a festa é do orixá dono da casa, ou do orixá da mãe ou pai de santo, é



provável que seja bem maior e mais concorrida que as demais. Em casas de candomblé mais antigas, esse processo é mais complexo ainda, pois, no decorrer de sua existência, estiveram dirigindo o terreiro diversas mães de santo de orixás diferentes, e seu poderio religioso continuou a ser importante mesmo após a morte da dirigente. No Ilê Ogunjá, os ciclos de festa eram bem definidos. Dona Edna relata que o Ogum de pai Procópio já era festejado no começo do ano, seguido pela festa da Oxum de mãe Marcolina; o Olubajé acontecia em agosto e era seguido de três domingos para Oxalá, em setembro. Já o ritual da feijoada nasce depois desse arranjo fixo do ciclo de festas, e não é ligado à festa de Ogunjá, mas, sim, uma nova cerimônia com uma nova data no calendário para aquele orixá. Acontecia todo ano, no último final de semana do mês de novembro. Os meses de dezembro e janeiro eram dedicados à iniciação de novas iaôs.

A FEIJOADA DE OGUM NO OGUNJÁ

Para a construção desta seção, utilizei como fonte, além dos parentes ligados a pai Procópio, dois babalorixás. Um deles, pai Valter Ezidio (conhecido como pai Valtinho), na adolescência, foi frequentador do terreiro Ogunjá; e o outro, pai Armando Tavares (conhecido como pai Farodê), conviveu com antigos membros do Ilê Ogunjá. Uma versão da Feijoada de Ogum narra um contexto em que pai Procópio tenta explicar o seu cotidiano e daqueles que o rodeiam, a partir de um conflito interno entre ele e um filho de santo que teria gerado uma ação decorrente da vontade do Orixá. Esta versão da briga com o filho foi coletada por Lima:

Um fato bastante conhecido nos terreiros da Bahia ilustra um tipo raro de conflito entre pai e filho-de-santo, motivado por uma falta considerada como muito grave no candomblé: a da solidariedade de ajuda



mútua dentro do grupo. O fato aconteceu no terreiro do falecido babalorixá Procópio de Ogunjá. Um seu filho de santo estava passando por certa dificuldade de vida e foi à casa do seu pai de santo à procura de ajuda. Procópio o teria recebido mau, negando-lhe qualquer auxílio e até mesmo se recusado a oferecer comida a seu filho. Falta, por tanto, muito grave de um pai para com um filho. Diz-se que logo em seguida o Ogum de Procópio “multou ele porque tinha feito aquilo com seu próprio filho de santo”, ordenando-lhe que fizesse uma grande feijoada no primeiro dia consagrado a Ogum, convidasse especialmente o filho que ele maltratara para o lugar de honra. Essa, aliás, a explicação para a “feijoada de Ogum” oferecida todo ano naquele terreiro. Percebe-se aí o mecanismo do sansão imposto sobre o próprio pai do terreiro pelo único poder capaz de puni-lo, que era seu próprio orixá. Procópio, diz-se que arrependido de sua atitude impensável de recusar comida ao seu filho de santo, aceitou com humildade a punição e a transformou, com o tempo, em mais uma “obrigação” do calendário fixo de sua casa. (Lima, 1998, p. 70)

Outra versão para o nascimento da feijoada tem origem no desabamento do teto do barracão, na época de sua construção, e é contada por pai Valtinho:

Ele [Procópio] fez quatro barracões... o três caiu entendeu? Aí ele fez a feijoada [...] deu certo [...] as que tem por aí não acredito, e olha que sou religioso... Tudo o que é religião eu acredito, mas a feijoada de Ogum só tem ela, e essa aí ninguém sabe. Ogum veio na antevéspera e disse que se ele fosse fazer isso, o feijão dele, botasse bastante toucinho, aí o pessoal faz a feijoada de Ogum e só põe um pedacinho de toucinho, eu não acredito, e outra... Deu certo e o barracão ficou em pé.

Dona Edna, por sua vez, acrescenta que



Ele [Procópio] contava como foi um pouco assim da história... Mas o pessoal inventava tanta coisa [...] Na verdade, não houve nada de castigo, nem nada. Ele mesmo queria arrematar a festa e fez uma feijoada com todas as comidas. Mas foi uma coisa dele [...] Não teve nada de castigo.

Embora a razão do seu nascimento seja contada de forma variada, a feijoada de Ogum se repetiu ano após ano no terreiro de Ogunjá. Segundo D. Edna, a feijoada nasceu logo após a inauguração do barracão, provavelmente em 1910, ou um pouco depois. É o que Hobsbawm (1984) classificariam como “tradição inventada”, onde é possível definir seu começo e onde a prática tem como objetivo aplicar certos valores e normas de comportamento através da sua repetição. As versões são de sujeitos que viveram uma fase do Ogunjá onde a feijoada já estava consolidada, e todos os três informantes eram adolescentes ou estavam começando a vida adulta em 1958 (ano do falecimento de Procópio). Porém, mais importante do que os fatos que levaram à sua criação é a forma com que ela dialoga com a vontade do orixá Ogum, e como se consolida como ritual e tradição.

Na pesquisa para o mestrado, me dediquei a analisar e comparar as cerimônias da feijoada em algumas casas da Bahia, no intuito de perceber as continuidades e descontinuidades do ritual. Como acontece com tudo no candomblé, e segundo o relato dos entrevistados, a cerimônia da feijoada começa pelo sacrifício a Exu, orixá do princípio dinâmico, da comunicação entre os homens e os deuses e entres estes e Olodumare, e que, por isso, sempre tem a primazia no culto. Não vou me aprofundar por ser um tema já deveras trabalhado por pesquisadores como Santos (2012) e Prandi (2001), dentre outros. Geralmente, a oferenda dada a Exu se constitui de bodes e galos. O ato de sacrificar animais aos deuses é uma prática remota e que já era descrita no Antigo Testamento e em várias sociedades denominadas “primitivas”. O sacrifício representa uma troca, pois deuses e humanos se

beneficiam mutuamente e satisfazem necessidades recíprocas. Essa relação deve ser sempre respeitada, pois supõe-se estar além da escolha dos homens:

O sacrifício é alimento dos deuses e dos homens, autor da imortalidade de uns e da vida efêmera de outros... É um processo que consiste em estabelecer uma comunicação entre o mundo sagrado e o mundo profano, por intermédio de uma vítima, isto é, de uma coisa destruída no decurso de uma cerimônia... Não é sempre facultativo: os deuses o exigem. É um ato útil e uma obrigação. (Maus; Humbert, 1981, p. 220).

O sacrifício é a parte mais reservada da cerimônia, sendo realizado em ambiente restrito, longe de olhos curiosos, com a participação de alguns poucos iniciados escolhidos pelo dirigente. É uma obrigação e exigência dos orixás, sempre encarado nessa perspectiva. Cada detalhe dessa cerimônia privada é minuciosamente articulado.

Depois das oferendas a Exu, segue o sacrifício a Ogum, que também “come” um bode e galos. No dia que antecede a festa, começa, então, a preparação da feijoada. Outro dado importante foi a unanimidade dos entrevistados ao apontar o toucinho como ingrediente mais importante da feijoada, sem revelarem, no entanto, o porquê desta importância. Com algumas poucas variações, os ingredientes da feijoada são:

- Feijão mulatinho
- Carne seca
- Carne de boi (chupa molho)
- Orelha de porco
- Rabo de porco
- Pé de porco
- Costelinha de porco



- Lombo de porco
- Paio
- Linguiça portuguesa
- Toucinho
- Cebola
- Folhas de louro
- Alho
- Cominho

A quantidade de cada ingrediente varia de acordo com o tamanho da casa, número de filhos de santo e a expectativa de convidados de cada terreiro. O banquete é sempre muito esperado, sobretudo em comunidades mais pobres. É também um momento no qual o terreiro abre suas portas para a comunidade e a sociedade em geral, amigos e colaboradores, tornando-se, então, uma oportunidade para o reconhecimento público de seus dirigentes e dos próprios orixás homenageados. A característica marcante é a fartura, todos devem comer bem e, se possível, deve sobrar para distribuição aos colaboradores, ou mesmo para ser enviado àquelas pessoas que estão ligadas ao terreiro, mas, que eventualmente não puderam estar presentes na festa.

O preparo da feijoada começa um dia antes da festa, com a compra de todos os ingredientes, e geralmente ela é feita no fogo à lenha ou carvão. É o próprio pai de santo, mãe de santo ou algum dos filhos de santo mais velhos que a preparam. A responsabilidade de cozinhar, nesse momento, geralmente é também um ato de socialização e de aprendizado, onde os mais novos auxiliam os mais velhos. As etapas de preparação do fogo, catar o feijão, e do dessalgue de algumas carnes são feitas na véspera.

Da ritualística da feijoada no Ilê Ogunjá, os mais velhos têm lembranças mais consensuais. Fala-se que a feijoada era servida em uma esteira, forrada com um lençol ou toalha branca, onde as filhas de santo

sentavam e eram colocados seus pratos. Elas, porém, não chegavam a comer, pois, no momento que iam levar o alimento à boca, caíam em transe; seus respectivos pratos eram postos em um balaio e levados para o mato. Pai Valtinho assim lembra a feijoada:

Arrumava a mesa no barracão [...] de esteira, forrava com um pano branco, botava quantos pratos tinha de iaôs que iam dar santo e um balaio grande forrado e rezava a reza de iaô comer. Quando as iaôs pegavam, metiam a mão, o santo pegava, botava os pratos no balaio. Ninguém mexia naqueles pratos que a iaô virou; e saía, era o santo que saía pra se vestir. Depois botava a comida no balaio, e o balaio saía pro mato. Tinha mato lá em cima do Baixão. Rezava o zambi lelê e tudinho, e os santos pegavam e depois dava ao povo. Pai Farodê descreve a cerimônia sem muitas alterações:

A feijoada era um grande ebô. Os filhos da casa não chegavam a comer [...]. Era colocada uma esteira no centro do barracão, forrada com um lençol branco, os pratos das iaôs eram postos, então quando as iaôs levavam a bola de farinha e feijoada à boca caíam no santo, o prato era posto em um balaio e as filhas de santo iam se vestir



com as roupas do santo. Era Ogum, Oxóssi, vinha todos. O balaio saía, mas ninguém sabia para onde [...].



demaís orixás que estivessem presentes na festividade.

Na atualidade, no ritual que acontece em outros terreiros, percebe-se algo consensual: logo após colocar o prato nos pés do objeto ritual de Ogum, o pai de santo separa mais sete pratos de barro – esse é um momento peculiar da cerimônia, pois não há relatos desta parte da feijoada no Ogunjá –, convida-se sete homens, iniciados ou não, para serem os primeiros a comer. Ainda nesse momento, os filhos que “viraram” de santo não voltaram ao barracão e não há transe de ninguém do lado externo da casa, como havia no Ogunjá. Sobre a razão do número sete, penso estar ligado às sete qualidades de Ogum e a um mito que foi coletado por Prandi, e conta o seguinte:

Desse modo, após o transe, a feijoada não era mais um alimento do humano, mas parte do que devia ser ofertado, dentro do balaio, que os convidados e até mesmo os filhos não sabiam onde seria depositado. Depois das rezas e da chegada dos orixás, estes eram levados para os quartos de santo, que tinham acesso restrito aos que eram de fora da casa, e voltavam vestidos com sua roupa de festas. Pai Valtinho relembra que Ogum vinha na frente, com seus acessórios de metal, espada, escudo e capacete, seguido de Oxóssi e os



Antes de tornar-se esposa de Xangô, Oyá vivia com Ogun. Ela vivia com o ferreiro e ajudava-o em seu ofício, principalmente manejando o fole para ativar o fogo na forja. Certa vez Ogun presenteou Oyá com uma varinha de ferro, que deveria ser usada num momento de guerra. A varinha tinha o poder de dividir em sete partes os homens e em nove partes as mulheres. Ogun dividiu esse poder com a mulher. Na mesma aldeia morava Xangô, ele sempre ia à oficina de Ogun apreciar seu trabalho e em várias oportunidades arriscava olhar para sua bela mulher. Xangô impressionava Oyá por sua majestade e elegância. Um dia os dois fugiram para longe de Ogun, que saiu enciumado e furioso em busca dos fugitivos. Quando Ogun os encontrou, houve uma luta de gigantes. Depois de lutar com Xangô, Ogun aproximou-se de Oyá e a tocou com sua varinha, e nesse mesmo tempo Oyá tocou Ogun também, foi quando o encanto aconteceu: Ogun dividiu-se em sete partes, recebendo o nome de Ogun Mejê, e Oyá foi dividida em nove partes, sendo conhecida como lansã, “Iyámesan”, a mãe transformou-se em nove. (Prandi, 2001, p. 305).

Logo, o número sete não é escolhido ao acaso; é um algarismo que define grandes ciclos, bem como seus múltiplos, 14 e 21, relevantes no processo de iniciação. Nas cerimônias, portanto, os homens geralmente comem o alimento com as mãos e são presenteados com os pães de Santo Antônio e uma pequena caneca contendo cerveja. Só depois que os sete homens foram servidos e estão terminando de se alimentar, a feijoada é servida para os outros convidados da festa, também em vasilhas de barro. Terminando os homens de comer, os atabaques são tocados para sinalizar a retirada de todas as panelas e objetos que estavam sobre a esteira.

Ainda se mantém a tradição de os orixás virem dançar após o ato de comer. Então, todos voltam ao salão vestidos com as roupas características de cada orixá. É um dos momentos mais esperados do festejo, quando Ogum e os demais Orixás vêm reviver seus mitos entre os homens através de suas danças:

A dança ritual desempenha de forma teatralizada as histórias dos deuses africanos nos seus diferentes enredos mitológicos. Uns da guerra, outros das matas, outros da água doce, do vento, do fogo, da terra, do mar, fazendo com que as identificações de cada categoria divina sejam reconhecidas por cor, material, quantidade, gesto, postura, ética corporal e coreográfica. (Lody, 2001, p. 32).

A feijoada nascida no Ogunjá sofreu algumas mudanças no decorrer do tempo. O Ilê Ogunjá mantinha uma cerimônia que era ligada diretamente às filhas de santo — ao pegar no prato, elas tinham o corpo tomado pelos Orixás —, o balaio era parte do segredo e anos mais tarde ainda era lembrado com curiosidade por nossos informantes, sobre qual destino ele tomaria no meio da cerimônia. Esse detalhe pode parecer pequeno aos olhos desavisados, mas, para aqueles jovens que viriam a se tornar pais de santo anos mais tarde, cada detalhe de uma cerimônia, ou a falta de conhecimento de um determinado ato, pode vir a comprometer todo o ritual. Logo, era extremamente importante saber qual destino seria dado àquelas porções de alimento que não puderam ser digeridos pelas filhas de santo.

Outro fator relevante e recorrente é a inserção dos sete homens dentro da ritualística. O terreiro é um espaço onde o gênero da pessoa é relevante em diversos momentos, seja no âmbito humano ou espiritual. Existem funções específicas para homens e mulheres. Por exemplo, mulheres

não tocam em atabaques e homens não carregam esteiras nas cerimônias públicas de iniciação.

Ogum é a representação da virilidade masculina, o homem que guerreia, que conquista as mulheres e que não teme a ninguém. O surgimento dessa nova faceta do ritual pode estar ligado a uma tendência de exaltar o masculino. O modelo patriarcal brasileiro, formado historicamente, se encontra nessa nuance — o dono da casa, o homem que deve ser servido primeiro:

No Brasil, a história da instituição familiar brasileira teve como ponto de partida o modelo patriarcal, importado pela colonização e adaptado às condições sociais do Brasil de então, latifundiário e escravagista. Apesar da desintegração do patriarcado rural, que ocorreu de forma diferenciada em diversas regiões do Brasil, a mentalidade patriarcal permaneceu na vida e na política brasileira através do coronelismo, do clientelismo e do protecionismo. (Narvaz; Koller, 2006, p. 51)

Cabe ressaltar que o patriarcado não designa somente o poder do pai, mas sim o poder do homem ou do masculino enquanto categoria social. Nesse modelo, as mulheres são hierarquicamente subordinadas aos homens e os jovens são subordinados aos homens mais velhos. A questão de serem sete homens servidos está intimamente ligada à natureza desse orixá, como já foi mostrado na lenda coletada por Prandi, bem como a ligação do número com ciclos rituais do candomblé. Para um terreiro onde o poder estava centralizado nas mãos de um homem homossexual, resistente, por sua vez, a iniciar outros filhos homens, talvez fosse impensável essa exaltação ao masculino, e, ao que parece, não houve essa intenção na criação da feijoada. Todavia, os grupos sociais dialogam e buscam cada vez mais explicar o

universo que os rodeiam, não estando imunes às transformações das tradições no decorrer da história.

Se existem diferenças em relação à feijoada nascida no Ilê Ogunjá, porém, existem também similaridades mantidas através das décadas. A esteira coberta, o arriar da comida no meio do barracão, a reza coletiva e a participação dos orixás são vivências que acompanham a feijoada desde o seu nascimento, e que, indiferentes às transformações, vêm se mantendo vivas no ciclo de festas de vários terreiros de candomblé.

As tradições se mantêm, mesmo quando novos elementos são incorporados. Antigos e novos costumes se mesclam e, como argumenta Hobsbawm, “[não] nos cabe analisar aqui até que ponto as novas tradições podem lançar mão de velhos elementos, até que ponto elas podem ser forçadas a inventar novos acessórios ou linguagens, ou a ampliar o velho vocabulário simbólico” (HOBSBAWM; RANGER, 1984, p. 15).

REABRINDO AS PORTAS

No início, buscando minhas raízes, imaginava que todos os fragmentos materiais desta história estivessem perdidos. Para minha surpresa, descobri que os objetos sagrados do Ilê Ogunjá continuavam sendo cuidados no mesmo Baixão, no bairro de Luís Anselmo, de onde o terreiro nunca saiu.

Em um primeiro momento, coletei uma série de informações e dados sobre pai Procópio e o terreiro. A intenção era conhecer a história do pai de santo através dos registros já produzidos, e mais do que isso, compreender como ele era visto e entendido em um contexto que são as redes de sociabilidades da religiosidade afro-baiana. Em um segundo momento,



passo a analisar pai Procópio do ponto de vista dos sujeitos que fizeram parte da vida deste sacerdote. Assim, essas pessoas que conviveram com o pai de santo falavam de suas memórias e lembranças, dos dramas vividos ou ouvidos por ele próprio. São pessoas que frequentavam o terreiro e admiravam sua liturgia. Dos envolvidos diretamente com esse terreiro, podemos observar diversos sentimentos que vão desde a frustração à mágoa com outros membros.

Nas idas e vindas, ouvi falar que os objetos rituais do Ilê Ogunjá ainda existiam e que uma afilhada de pai Procópio era quem tomava conta dos orixás. Assim, me aventurei com a única informação que possuía, além do nome de sua afilhada, de que a casa ficava próximo ao terminal de ônibus do bairro Luís Anselmo, peguei o ônibus e fui me deixando guiar até o ponto final. Ao descer, perguntei a algumas pessoas que passavam se conheciam dona Edna ou pai Procópio ou mesmo um candomblé, deduzindo que assim ficaria mais fácil dialogar, sem, no entanto, obter qualquer sucesso.

Comecei então a andar às cegas pelas ruas que rodeavam o terminal. A primeira opção foi me encaminhar para uma rua de barro, pois em minha cabeça o candomblé ainda está voltado para essa tendência natural, de lugares arborizados. Andei por quase uma hora, perguntando a quem encontrava se conhecia alguns dos meus personagens, conseguindo sempre uma negativa das pessoas indagadas. Voltei ao ponto inicial e comecei a procurar do outro lado da rua onde havia começado, percorri algumas ruas onde o bairro já tinha uma configuração mais elitizada, com prédios e condomínios, encontrei, inclusive, uma rua com o nome Hélio de Oliveira (o xilogravurista herdeiro de pai Procópio), mas, percebi que naquela área não caberia um terreiro de candomblé.

Estava desistindo de procurar e me dirigindo novamente ao terminal de ônibus para retornar, quando avistei um bêbado. Para o povo de santo, a bebida está relacionada com os prazeres do corpo, logo, está intimamente



ligada a Exu, o mais humano entre os orixás, e para o qual eu mesmo sou iniciado. Eu, enquanto também um acadêmico, não podia deixar de fazer mais essa tentativa – aquele bêbado podia ter alguma coisa a revelar, e como não custava nada, fui abordá-lo.

Quando perguntei a ele sobre D. Edna ou Procópio, ele ficou alguns instantes pensando e negativamente com a cabeça. Aí, perguntei sobre a feijoada, e então ele retrucou: “É Edna do caruru?” – eu me apeguei a um fio de esperança e confirmei com a cabeça, ao que ele falou: “Porra, porque não disse logo? Isso é no Baixão”. Nesse momento, vieram à tona diversos sentimentos, pois, como meu pai Gilson sempre contava sua infância no Baixão, eu não cheguei a pensar que encontraria um pedaço da história no mesmo lugar no qual ela foi vivida. O que era tão óbvio não tinha por mim sido pensado, até mesmo porque ouvia falar que o Baixão tinha desaparecido e, na minha cabeça, não era uma localidade do bairro, mas, sim, um lugar que pertencesse ao terreiro de Ogunjá.

De fato, o Baixão todo já pertenceu ao Ilê Axé Ogunjá. Hoje, é uma localidade bem povoada e não mais uma comunidade de candomblé. Assim, aquele homem bêbado me orientou a andar mais um pouco, descer uma ladeira e lá em baixo procurar Mãezinha, apelido pelo qual é conhecida dona Edna. Quando cheguei ao final da ladeira perguntei aos moradores onde morava Mãezinha e fui orientado a bater na porta de algumas casas logo à frente.

Era uma casa normal, não parecia um terreiro de candomblé, a única coisa que poderia indicar que ali havia orixás era uma tímida bandeira branca, comum em quase todos os terreiros de candomblé. Bati palmas devagar e fui atendido por uma senhora desconfiada, pedi para falar com D. Edna e ela disse se tratar dela mesma. Me identifiquei como aluno da UFBA e falei que estava fazendo uma pesquisa sobre pai Procópio. Ela me convidou a entrar e



começamos ali o primeiro de muitos encontros que aconteceram nos anos seguintes.

Quando vim a Salvador pesquisar a trajetória de meu bisavô de santo, deixei em Natal, no Rio Grande do Norte, meu próprio terreiro. Como relatei no começo deste livro, fui iniciado no candomblé no final de minha infância, logo muito cedo, meu orixá determinou que eu abrisse um terreiro de candomblé. Com minha vinda, parei temporariamente as atividades no meu barracão. Porém, os caminhos que o orixá trilha ou o destino fizeram com que, no decorrer dos dois primeiros anos do mestrado, algumas pessoas me procurassem com problemas espirituais. Portanto, no final do primeiro semestre, levei para Natal duas pessoas que precisavam se iniciar no candomblé. Isso gerou mais procura por ajuda de outras pessoas, e, em abril de 2013, levei para Natal dez pessoas para se iniciarem no candomblé; uma delas, inclusive, era minha colega do mestrado.

Esse processo desencadeou mais procuras, e foi inevitável para mim, devido à necessidade de cuidar dos orixás, abrir um terreiro na cidade de Salvador. No dia 17 de agosto de 2013, inaugurei, no bairro de Itapuã, o Ilê Axé Ojisé Olodumare, o qual os filhos de santo chamam de “Casa do Mensageiro”, devido ao atributo de mensageiro entre os deuses e os homens ser característico de meu orixá, Exu. A casa tem o mesmo nome de sua matriz na cidade de Natal. Hoje, ela está definitivamente instalada na localidade de Barra de Pojuca, na foz do rio de mesmo nome, e em frente à reserva de Sapiranga, no município de Camaçari.

Quando comecei a pesquisa de campo e cheguei até Dona Edna, me apresentei apenas como pesquisador da UFBA. Depois de ouvir suas histórias, já sabendo dos problemas que envolviam a herança espiritual e material do Ilê Ogunjá, preferi a princípio não me identificar como bisneto de santo de pai Procópio, tendo em vista que eu pertencia à parte da família de santo que brigava com dona Edna pela posse do terreiro, e isso podia fazer com que ela



se fechasse à pesquisa. No decorrer da construção do trabalho fomos ficando mais próximos e, quando inaugurei o barracão aqui em Salvador, convidei dona Edna para a festa. Ela não sabia que eu era pai de santo — tenho certa timidez em falar sobre minha condição religiosa, talvez devido à minha pouca idade, pois, quando se pensa em pai ou mãe de santo, vem sempre à mente uma pessoa mais velha. Sendo assim, quando dona Edna chegou à festa de meu orixá, ficou surpresa em saber que eu era o sacerdote do terreiro.

Alguns dias depois, ela me ligou, pedindo que eu fosse ao Baixão, pois queria conversar comigo. No outro dia fui à sua casa e ela me falou que queria conversar porque havia pedido meses antes, ao Exú do terreiro, que trouxesse alguém para ajudá-la a cuidar dos assentamentos dos orixás do Ilê Ogunjá. Ela me disse que pediu alguém que fosse da família de santo, mas que sabia que poderia ser eu, mesmo não sendo parente de santo. Foi então que contei a ela que era filho de santo de pai Gilson, que ela conhecia como Gigi, sobrinho de pai Procópio, e que fora iniciado na gestão de Ebome Iatu. Diante disso, Dona Edna afirmou que Exú me mandou, porque eu era bisneto, e sabia que eu não estava interessado na disputa que eles travaram entre si, iniciada há mais de 50 anos. O que me levou até o terreiro foi a vontade de registrar sua história.

Quando dona Edna me falou que queria ajuda para cuidar do terreiro, fiquei com medo, me veio à cabeça toda a história que envolvia a personalidade de Ogum, sua força e tradição. Dona Edna já havia me mostrado os assentamentos e quartos de santos que tinha adaptado em sua própria casa. Mas, pegar e sentir nas mãos a energia daqueles orixás era algo que eu não tinha pensado até então. Apesar de relutar, me veio à cabeça algo em que eu acredito muito, que é o Orixá. Sendo assim, pensei: que seja feita a vontade de Ogum.

Dona Edna me disse que havia anos que não fazia o ossé (ritual de limpeza) nos quartos de santo, tinha dificuldade, devido aos seus 82 anos,



pois não conseguia mais se abaixar direito nem carregar peso. Reuni, então, dias depois, alguns dos meus filhos de santo, comprei as ervas necessárias e fomos fazer a limpeza nos quartos de santo. Na estrutura atual, a casa possui a casa de Exu, o quarto de Ogunjá, quarto de Oxalá, casa de Obaluaiê e um pequeno salão para cerimônias públicas, que até então só tinha sido usado para a feijoada que ela fazia todo mês de abril, sem tocar, quando tinha condições financeiras. A casa tem cerca de vinte assentamentos de diversos orixás, todos de pessoas que já morreram, incluindo o orixá de mãe Marcolina, de Hélio de Oliveira, de Ebome Iatu, alguns do próprio pai Procópio e outros de pessoas que dona Edna não lembra mais o nome.

No momento em que toquei no igba de Ogunjá para fazer o ossé, parecia que pegava todo o “peso” mundo; me passaram pela cabeça *flashes* de tudo aquilo que meu bisavô de santo viveu, sua iniciação, a perseguição policial, a Feijoada de Ogum, o desabamento do telhado do barracão, diversas coisas que eu não vivi, mas que foram impregnadas em minha mente através de minha vivência no candomblé e fortalecidas no decorrer da construção da pesquisa.

Cada peça daquela que eu pegava, que fazia parte do assentamento de Ogunjá, me remetia a mais indagações; muitas daquelas ferramentas de ferro que compõem o orixá estão enferrujadas, corroídas pelo tempo. Há moedas que, de tão desgastadas, já é impossível saber de que ano são. Segundo dona Edna, Procópio fez santo na década de 1880. Logo, Ogum estaria assentado há mais de 120 anos. O que não sabemos é se essas peças que compõem o orixá são originais daquele tempo ou se foram levadas e repostas na época das batidas policiais. Os informantes com os quais conversei não lembram ou não tiveram acesso a essas informações.

Desde o ano de 2013, ajudo Dona Edna a cuidar do Ilê Axé Ogunjá. Foi vontade dela realizar algo para o qual Ogum a indicou há mais de 60 anos. Certo dia, ela me perguntou se poderia cuidar da cabeça dela. Eu estava

entrando na faixa etária dos 30, e cuidar dessa senhora de 82 anos era algo de enorme responsabilidade. Foi uma vontade dela, mesmo com a idade avançada, resolver sua pendência com o orixá, sua confirmação como ekede. Eu, como descendente, procurei ajudar como foi possível, mobilizei os meus e fizemos. Foi um dilema para mim, assumir essa responsabilidade. Eu estava ciente de que ia encontrar pela frente problemas com minha família de santo. A hierarquia diz que os mais velhos é que devem estar à frente dos rituais; porém, se as brigas terrenas foram mais marcantes do que o prosseguimento do sagrado naquele momento, as circunstâncias levaram a meu encontro com dona Edna e à missão de fazer a vontade de Ogum. Foi meu orixá Exu quem confirmou a ekede Edna para o Ogunjá no dia 20 de julho de 2014.

Após a morte de pai Procópio, sua confirmação tinha ficado para trás;



ficou em segundo plano, devido à falta de confiança nos membros do Ogunjá, decorrente das brigas pelos bens físicos e espirituais do terreiro. A confirmação de mãe Edna cumpriu seu ciclo de vida no Ilê Ogunjá novamente, depois de décadas. A Casa do Mensageiro abraçou sua casa matriz, e todos nós tínhamos consciência de que esse terreiro é parte do que somos.





Por coincidência, ou não, só consegui terminar minha pesquisa quando entrei para o terreiro do Ogunjá para a iniciação de dona Edna. Não deixo, apesar de todos os acontecimentos, de refletir sobre a minha função tanto enquanto pesquisador quanto sacerdote. A pesquisa científica tem como finalidade conhecer um fenômeno, e essa pesquisa foi desenvolvida seguindo essa perspectiva. No entanto, ouvir as narrativas dos indivíduos abriu um campo de possibilidades, tanto para eles quanto para mim, porque, ao narrar, eles se debruçaram sobre os acontecimentos e buscaram sentidos para as experiências vividas. Espiritualmente, acreditar no destino traçado pelo Orixá perante Ifá, fez eu me entregar e viver o que a vida me impôs. Não nasci em Salvador, e nunca imaginei, quando fiz santo, em uma casa simples na cidade de Natal, que minha família provinha de uma linhagem de axé tão importante e reconhecida na trajetória do candomblé baiano. Quantas vezes

me pergunto como tudo aconteceu tão naturalmente... E creio que seja simples... isto se chama Orixá.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses anos que se seguiram ao começo de minha pesquisa, até o dia de hoje, muita coisa mudou. Entrar para o CEAO foi o começo de um sonho meu, que era saber e fazer parte da história de minha família de axé. Sem nenhuma pretensão, fui levado pelo destino. O mestrado apresentou para mim o maior desafio no mundo acadêmico até então, foi um processo angustiante e ao mesmo tempo saboroso. Com ele, novas pessoas chegaram em minha vida. Não me esquecera da minha missão no sacerdócio, porém, nesse novo universo, não me atrevera a misturar as coisas, fui muito discreto e não falava de minha condição na universidade. Como não podemos fugir de nosso destino, na casa em que estava hospedado algumas pessoas começaram a me procurar. Nunca pensara em mudar minha casa de santo para a Bahia, meu plano era fazer meu mestrado e voltar para minha casa em Natal.

Foi uma luta para mim, aos 23 anos, abrir uma casa de candomblé. Sem dinheiro, ralei muito para conseguir levantar a casa de santo. Tive a ajuda de meu *hombono* Josean e minha primeira Ekede, Maria. Ali, naquele primeiro chão sagrado, trabalhamos juntos, carregamos, cavamos, plantamos... Em janeiro de 2005, tirei meu primeiro barco de iaôs. Depois, veio o barco de Regina de Oxum e Juninho de Omolu.

Quando viajei para Salvador, a fim de comprar coisas para a loja que tinha em Natal e ver minha mãe de santo, o plano era ficar uma semana, e o e-mail do CEAO convocando à seleção do mestrado em Estudo Étnicos e Africanos veio a mudar o rumo de minha vida. No fim de 2011 não voltei mais para casa, fiquei cerca de 3 meses aqui na Bahia, escrevendo o projeto e





passando por todas as fases da seleção. Acredito que a escolha do tema foi de suma importância. As memórias que eu tinha da história de pai Procópio vieram à tona com toda a força. A importância desse homem para o candomblé estava à espera de ser contada, e tenho certeza que seu nome me abriu as portas da universidade.

Quando passei na seleção, sabia que se seguiriam quase três anos de pesquisa, e eu precisaria estar aqui em Salvador. Fui jogar com minha mãe Lourdes e perguntei se Exu queria vir comigo, pois nunca havia me separado por tanto tempo de meu orixá. Exu disse que viria, mas, que eu voltasse para Natal e desse a obrigação de todos os meus filhos que estavam com as suas atrasadas. Nesse ínterim, conheci Junior, que subiu comigo para o candomblé e acabou sendo suspenso pelo meu santo, tendo sido confirmado como Asogun. Na mesma época, iniciei Lucas de Oxalá, que chegou em minha casa muito mal de depressão, e teve de ser iniciado com urgência. Pagamos as obrigações de 3 anos de Maria e Juninho.

O primeiro ano de Mestrado foi muito bom, comecei a ter outro olhar sobre escritores já conhecidos e conheci novos trabalhos, professores incríveis, e no campo o mundo se abriu para mim com a descoberta da existência viva do terreiro Ilê Ogunjá. Como falei anteriormente, nas minhas memórias, ouvidas de pai Gilson, pensava que o terreiro havia se acabado e que aquele espaço não existia mais.

O CEAO é um núcleo onde os trabalhos sobre as religiosidades negro-africanas são muito fortes. Na minha turma, havia eu, que escrevia sobre pai Procópio, Valéria, que pesquisou sobre mãe Hilda Jitolu, Daisy escrevia sobre roupas de santo e, Marisa, sobre o candomblé no Recôncavo. Daisy foi minha amiga de mestrado e, como falei, não contava a ninguém que era babalorixá. Certo dia, depois da aula, estávamos conversando, e ela me disse que jogara búzios com uma mulher no Pelourinho, que a mulher lhe dissera que assentasse uma Pombagira. Eu falei – Daisy, procura uma pessoa séria, veja



se é isso mesmo que deve ser feito. Ao que ela replicou que não conhecia ninguém. Uma mulher de Oxum, que é o orixá que me encanta profundamente, buscando cuidado espiritual, fez com que baixasse minha guarda e propusesse, afinal, jogar para ela. Tempos depois, nossos caminhos me levaram a iniciá-la, em Natal.

Nesse primeiro ano, também conheci Ekede Telma. Ela tinha ouvido falar de mim por uma pessoa que teve o carro roubado e me pediu para interceder junto a Exu para achá-lo. Era sogra dele, e estava a seu lado quando ele me ligou para agradecer por ter encontrado o carro. No mesmo dia, ela ligou para marcar um jogo. No dia marcado, ela chegou e notei certa resistência, mas ignorei; ela sentou na mesa de jogo e disse, olha, já tenho mais de 20 anos de feita, veja meu santo, aí, senão a conversa termina agora. Eu gelei, achei muita audácia, mas, como também era atrevido, sentei na mesa e pedi a Ifá que me mostrasse o santo da mulher. Ifá foi tão pai que caiu Obaluaiê na primeira jogada. Quando falei o santo, ela relaxou, e me disse que tinha me achado muito novo e teve vontade de voltar. O pai de santo dela havia morrido há alguns anos, e vim a cuidá-la desde esse dia do jogo.

Foram aparecendo outras pessoas para jogar, entre eles: Ítalo, Marcelo, Josué, Marcelinho, entre outros. Quando voltei para Natal, no começo de 2013, levei esse grupo todo para iniciar e tomar obrigação na Casa do Mensageiro. Nesse período, eu morava em Itapuã, na casa de Gilmar, que mais tarde viria a ser apontado Assoba da Casa do Mensageiro; porém, o fluxo de pessoas me procurando era grande. Então, resolvi procurar um lugar mais apropriado para jogar. Saí de bicicleta pelo bairro, procurando uma casa para alugar. Já no final de Itapuã, resolvi entrar em uma rua, em uma localidade chamada Tocaia. Encontrei uma casa — quando bati os olhos nela, sabia que seria ali, pela energia. A casa havia sido uma escola de jardim de infância, ainda sentia a vibração de crianças. E, por conta disso, sua configuração não era habitual. Tinha dois quartos, um bem grande e outro menor, uma sala



comprida, área lateral e frontal. Separei, portanto, o quarto menor para ser um quarto de santo provisório para meu orixá e de meus filhos daqui da Bahia que ainda estavam de quelê.

Nessa leva de pessoas que estavam para se iniciar, havia Vinicius, que se programou para fazer santo em Natal, mas não pôde ir. Assim que voltei, aluguei a casa, e ele me procurou passando muito mal. Fui para o jogo e Exu disse que deveria recolher Vinicius. A sala era toda mobiliada, tinha sofá, estante, mesa. Liguei para Telma e resolvemos tirar o iaô ali mesmo. Pedi para que ela levasse os móveis para a casa dela e depois eu pegaria, o que acabou nunca acontecendo. Aquele espaço passara, então, a ser sagrado, e, como o axé não para, foram aparecendo pessoas, santos bolando, e continuei cuidando de quem aparecia. Naquele chão, além de Vini de Oxaguian, nasceram Bruna de Oxum, Marília de Obá, Tianno de Ossain, Abraão de Oxalá, Jamile de Yewa, ekede Adriana, Marlon de Oxalá, Angélica de Oxum, Sindaya de Yemanjá, ogan Rafael, entre outros.

Nessa mesma época, comecei a ajudar dona Edna no Baixão, junto com meus filhos de santo. Minha obrigação de 14 anos estava atrasada, Exu determinou que era o momento. Fiquei relutante, não tinha uma estrutura como no meu barracão em Natal, mas fizemos o que foi dito. A festa parou a rua, não havia onde estacionar os carros, e, se para entrar na parte externa da casa já era difícil, que dirá no pequeno barracão.

Exu determinou também que eu vendesse o terreiro de Natal, e guardasse o dinheiro. Fiquei arrasado, não conseguia entender, depois de tudo que havia feito, de carregar bloco, bater massa, cavar fossa, e Exu queria vender... Teria de começar tudo novamente, o que não me conformava. Porém, um dia, ao ver minha mãe de santo com o barracão em obras, aos 84 anos de idade, na lida com pedreiros, indo em lojas comprar coisas, senti vergonha de mim, com meus trinta e poucos anos reclamando da vida. Talvez,

as obras fossem parte de um carma constante em nossas vidas, e necessárias a essa passagem de etapas.



Assim, fui a Natal para deixar com minha mãe carnal a incumbência de botar à venda a Casa do Mensageiro que eu construía e, ao voltar, trouxe comigo os santos que ainda estavam lá. Foi uma tristeza muito grande, pois tinha muito carinho pela casa, a memória de cada espaço, cada casa de santo que construímos. No último dia em que estive naquela casa, estava com meu *hombono*, o primeiro iaô que nasceu naquele chão, era significativa sua presença naquele dia.

Eu sabia que construiria tudo novamente, mas houve algo que me doeu mais que tudo. A gameleira branca que tinha vindo do Sítio de Pai Adão,

em Recife; o nosso Iroko. A árvore tinha vindo dentro de uma lata de óleo, plantamo-la com todos os rituais necessários para que fosse uma árvore sagrada. Ao longo desses poucos anos da construção da casa, ela se tornou uma enorme árvore, rapidamente se tornou imponente e três vezes maior que a casa. Os erês gostavam de subir e ficar brincando sentados nos galhos. Deixar aquela árvore ali foi minha maior dor, sem saber se quem viesse a comprar a casa iria cortar ou manter, sem ter como tirá-la dali e trazê-la comigo. Fui me despedir dela com Josean, não tínhamos o que falar, abraçamos a árvore, e choramos....

No ano de 2014, comemoramos 10 anos de existência da Casa do Mensageiro. Tivemos uma mostra de fotografias de Andrea Magnoni, dos registros desse ano no qual a casa funcionou no Tocaia. O evento aconteceu na Casa da Música, em Itapuã.





Em março de 2015, aconteceu a festa de Exu, como acontece todos os anos. Após a festa, ele chamou os filhos e disse que não era mais para fazermos festa ali, que parariamos um ano e recomearíamos em março de 2016. Na minha cabeça, eu achei que era um período para correr atrás da venda da casa de Natal e tentar negociar a casa do Tocaia para aumentar e fazer reformas. Mas a gente nunca sabe o plano que o destino — e o orixá — nos reserva. No mês seguinte, fui ajudar minha mãe a fazer um candomblé em Florianópolis, quando uma amiga me ligou para dizer que eu havia passado em um concurso para trabalhar na área litorânea do Município de Mata de São João. Deveria me apresentar com a documentação e fazer os exames para tomar posse do cargo em 5 dias.

Voltei para a Bahia com a cabeça fervilhando. Praia do Forte é perto de Salvador, mas não tão perto para ir e vir todos os dias; porém, eu não teria condições de alugar uma casa em Praia do Forte e manter o aluguel no Tocaia. Pedi muita inteligência ao orixá, para fazer a coisa certa. Como sempre, são eles quem me guiam em minhas escolhas. Tive o pressentimento de que deveria levar os santos para o Ilê Ogunjá, já que era eu quem passara a cuidar do axé. Seria um período em que mataria dois coelhos com uma cajadada só. Sendo assim, vim para o litoral, aluguei uma casa, e vim morar.

Como disse anteriormente, não costumo ficar longe de meu orixá. Por conta disso, vivi mais intensamente dentro do Ilê Ogunjá, lá fizemos algumas festas para Ogum, Oxalá e Oxum. Ia constantemente fazer os ossés nos santos. Durante toda essa experiência no Ilê Ogunjá, em cuidar do axé, sempre me perguntei se pai Procópio estaria por perto. A gente, que acredita que depois da passagem, se vira ancestral, como pode deixar de imaginar que, de onde ele estivesse, estaria prestando atenção em mim.

Quando dona Edna resolveu se confirmar, e tive que dar de comer a Ogum, fui consultar algumas pessoas, e ouvia muito que eu era corajoso. Ouvia coisas do tipo “Ogum já matou muita gente”, ou “esse Ogum você não



devia mexer”; mas, eu pensava, Ogum existe, como deixar aquele orixá abandonado? Essa história também faz parte da minha vida, de minha ancestralidade. A pressão foi grande. Deixei para dar de comer a Ogum no dia do candomblé de confirmação de mãe Edna; como a casa que hoje abriga o Ilê Ogunjá é muito pequena, marquei de ir à feira de São Joaquim no dia da festa, logo cedo, ainda de madrugada, para os bichos descansarem um pouco para o orô que aconteceria pela manhã.

Nesse dia, assim que amanheceu, fui à feira de São Joaquim com cerca de 300 reais. Éramos eu, Assoba Gilmar e ogan Josué, que, por coincidência, era de Ogunjá, iniciado por mim em Natal. Quando chegamos na feira de bichos, não havia um bode sequer — eu me desesperei. Perguntava aos vendedores de bicho o que havia acontecido; eles argumentavam que a seca estava grande, não havia bicho nos interiores. O candomblé já estava anunciado para aquele dia, e eu, sem o bode. Então, o vendedor mesmo falou *“olha, tenho um bode, ali, mas é muito caro, vou pegar para o senhor ver.”* Quando ele trouxe, parecia mais um cavalo, enorme, e com aqueles chifres que enrolam no topo da cabeça. O vendedor pediu novecentos reais nele, valor que eu certamente não tinha ali no momento. Logo depois, ogan Josué me ligou e disse, olha, pai, o que acabou de cair na minha conta — eu vi, mais de oitenta mil reais de um projeto que ele havia feito.

Assim, acabamos comprando o bode. Deixamo-lo descansar com as aves. Chamei minha mãe Lourdes, meus ogans e ekedes, Assoba Gilmar e, então agora, ekede Edna, Mãezinha, e joguei o obi para saber se era a vontade de Ogum comer. Ogum alafiou, ao que Ihe disse — meu pai, estou dando de comer porque é sua vontade, se o senhor quiser me levar vou de coração aberto porque fiz sua vontade. Desde então, já se passaram quatro anos e nem eu morri, nem Mãezinha, e nenhum de meus filhos que ali estavam; muito pelo contrário, a família cresceu.



Durante o período em que os santos da Casa do Mensageiro estiveram no Ilê Ogunjá, fui diversas vezes cuidar, encher as quartinhas. Numa dessas tardes, estava sozinho enchendo a quartinha de Ogum, e senti algo diferente. Uma presença tão real, que esperara por anos... senti pai Procópio. Ele morreu muito antes de eu nascer, contudo, estive dedicando meus últimos anos a registrar e entender sua existência, a tentar achar os vestígios do caminho dessa ancestralidade que eu desconhecia, a não ser pelas histórias que meu pai Gilson contava de sua vivência no famoso Baixão; e, naquele momento, senti uma presença que encheu meu coração de alegria, sorri para mim mesmo.

Já morando em Praia do Forte, comecei a conhecer a região, conheci a reserva de Sapiranga e o rio Pojuca. Meu amor e fascínio por Oxum vieram à tona quando conheci esse rio. Eu dava aula no período da tarde, e, nas manhãs, ia conhecer melhor a reserva. É ainda um local pouco povoado, encontrei alguns terrenos, mas algo me dizia que ainda não era o lugar, receoso de ter problemas com a comunidade, da roça trazer uma movimentação grande, e também ao perceber um grande número de pessoas evangélicas entre a população. Mas, não desisti do rio, ia todos os dias conversar com Oxum, dizia a ela que queria muito trazer a roça para esse rio.

Nesse ínterim, conheci um corretor imobiliário que começou a me levar para ver alguns terrenos em Barra de Pojuca, próximos ao rio. Toda semana, ele me levava para ver alguns terrenos, e eu nunca gostava; cheguei a ficar constrangido com a situação. Um dia, porém, ele me levou para ver um terreno em outra localidade, ainda em Barra de Pojuca. O terreno que ele me mostrou naquele dia era bom, arborizado, estava quase convencido a ficar com ele. Quando estávamos no carro voltando, ele se lembrou de um terreno, mas achava que eu não ia gostar, que acharia longe. Pedi que ele me levasse lá.



Lembro de cada detalhe desse dia. O mato estava tomando conta do caminho. O que encontrei ali foi uma casa que servia de celeiro para cavalos, abandonada há 8 anos. Quando o corretor abriu a porta, havia apenas estrume pelo chão, as janelas e portas destruídas. Ainda assim, quando pisei naquele chão, soube na hora eu era ali o lugar certo que procurava; meu coração, disparado, parecia que ia sair pela boca. Ao fundo da casa, o rio, cor de ouro, passava com o sol reluzindo em suas águas.

Como não quis alardear que tanto gostara do lugar, pedi que o corretor perguntasse à proprietária se ela parcelaria o valor, e obteria em breve uma resposta. Deixei-o no posto de gasolina e voltei para casa, a pensar e sentir sozinho o lugar. Quem vem à Casa do Mensageiro, sente o que senti naquele dia — a energia, a força da natureza. O fundo da roça é a reserva Sapiranga, onde ainda se encontra uma área da Mata Atlântica.

O corretor me ligou, disse que a dona do terreno era professora aposentada e não queria parcelar a venda do terreno porque já estava com idade e desejava fazer proveito de seu lucro. Pedi então que ele marcasse um encontro entre nós, o que foi feito para a semana seguinte. Ao conhecer dona Eline, expus minha situação, era professor igual a ela, e a casa estava abandonada. Quando mencionei que era de candomblé, ela me disse que também era, e me senti mais à vontade para contar a ela um pouco da minha história de axé. Não sabia se ela aceitaria ou não minha proposta. Pedi que me acompanhasse até a beira do rio, fomos andando, eu a apoiando em meu braço, e, quando chegamos, olhei para as águas, saudei Oxum e cantei uma reza:

Yaô mama adipé Bamiô Yá ma soro é kumasó Yaba orodê yaba omim Oberin ekorikojo

Na mesma hora, ela se arrepiou, os peixes pularam na água, como sempre fazem, mas nesse momento havia algo de mágico. Ela resolveu, então, aceitar minha proposta e fechar negócio. Diante da necessidade de



pagar a entrada do terreno, teria que vender a roça de qualquer jeito, o que me levou de volta a Natal. Também a vendi parcelada, fiz um empréstimo no banco, alguns filhos ajudaram como puderam, e, em outubro de 2015, compramos a nova roça.

Uma casa abandonada todos esses anos estava totalmente deteriorada, precisei de muito jogo de cintura para tornar o lugar habitável; as portas e janelas não existiam mais, as madeiras do teto precisavam ser trocadas, não havia abastecimento de água nem de energia elétrica. Lembrei do meu começo em Natal, anos atrás, quando tive a mesma sensação. Organizei, então, um mutirão com os membros da roça. Havia uma infestação de cupim nas madeiras e paredes, além de termos de tirar todo o estrume da parte da frente. Estávamos fazendo um improviso com pano embebedado de quero-sene em uma vara de pau para queimar as casas de cupim. Onde antes ficava a madeira central do salão, tinha o que eu pensava ser uma enorme casa de cupim, mas, quando ateamos fogo, começou a cair um líquido de consistência espessa — era mel. Tanto havia pedido a Oxum para conseguir



nos instalar na beira do rio, minha cumeeira era de Oxum, e aquele mel caindo na haste central da casa, bati minha cabeça, agradei, e prometi a Oxum que jamais faltaria mel àquela cumeeira.

Quando meu orixá determinou que fecharíamos a casa por um ano, eu não poderia imaginar que seria assim. Tenho uma filha que já é mãe de santo, do Rio Grande do Sul, mãe Juliana. Ela me ligou em julho do decorrente ano, me perguntando a data da festa de Exu, pois queria comprar as passagens com antecedência como fazia todos os anos. Prontamente, olhei no calendário e disse que seria dia 12 de março, no final de semana seguinte ao dia 8, dia de meu Odun. Quando desliguei o telefone, Gilmar, que estava ao meu lado, surpreendeu-se com a fixação de uma data sem que eu sequer tivesse encontrado um terreno para a nova Casa. Exu havia dito que fecharíamos a casa durante um ano, e, em minha fé, não poderia ser diferente. Exu nunca falhou comigo. Foi assim que, no dia 12 de março de 2016, inauguramos a nova Casa do Mensageiro.





No dia da inauguração, lembrei-me do pequeno salão em Tocaia. Embora o novo barracão fosse quatro vezes maior, havia tanta gente que parecia que estávamos novamente em um pequeno salão. Foi um momento único para toda nossa família.

Nesse chão nasceram, até o momento em que escrevo este livro, Téo de Oxumarê, Suellen de Oxumarê, Lucas de Ayrá, Nara de Iemanjá, Douglas de Omolu, Naiane de Oxum, Felipe de Logum Edé, ogan Edilson de Oxóssi, ogan Luis de Xangô, ekede Benta de Ogum, Joice de Exu, Tito de Logum Edé, Kaique de Oxóssi, Felipe de Iroko, Juci de Oxum, Helô de Oxaguian, Guilherme de Xangô, Luana de Oxum, Ana de Yewá, Fernanda de Iemanjá, Adriana de Obá, Eniô de Oxóssi, Marcos de Oxóssi, Lorena de Ayrá, Edney de Oxaguian, Laís de Oxalufan, Rychardson de Oxóssi, que é também meu filho carnal, Alan de Xangô e ekede Ana Lucia de Oyá. Ter meu filho carnal iniciado nesta

casa justamente no ano em que completei vinte e um anos de iniciado foi um verdadeiro presente. Como se sabe, candomblé é ancestralidade, e nada mais gratificante do que ter a família carnal dando continuidade ao axé.



Como já falei anteriormente, desejava colocar muito mais do que ciência e metodologia eram capazes de abarcar. Queria falar de meus sentimentos, sensações e impressões na vida de axé; e só quem vive a ancestralidade africana consegue entender certos aspectos da vida e do destino em uma maneira diferente de ver o mundo. Quando fui iniciado, ainda

menino, jamais poderia imaginar quantas histórias viveria, quantas vidas influenciaria; por outro lado, nunca me espantei com nada, pois tenho consciência de que, enquanto seres humanos, somos parecidos, e o que é grande, é o poder do orixá.

Sentado à beira do rio, um filme se passa em minha cabeça. De tantas emoções vividas, como pode a história de um homem negro, religioso, que viveu décadas antes de mim, ter sido tão importante para a pessoa que sou hoje. A ancestralidade é uma teia que envolve todos aqueles que nos antecederam. Carrego em mim um pouco de Marcolina, de pai Procópio, de

pai Gilson, e, embora seja algo tão distante de mim, separado através dos tempos, é, ao mesmo tempo, tão vivo e presente.



REFERÊNCIAS

AMARAL, Rita de Cássia de M. P. Povo-de-santo, povo de festa: um estudo antropológico do estilo de vida dos adeptos do candomblé paulista. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, 1992.

BACELAR, Jeferson. A comida dos baianos no sabor amargo de Vilhena. Revista Afro-Ásia. Salvador: CEAO, n. 48, 2013, p. 273-310.

CONNERTON, Paul. Como as sociedades recordam. Oeiras, PT: Celta Editora, 1993.

ELIAS, Rodrigo. Feijoada: breve história de uma instituição comestível. Revista 13. Sabores do Brasil, p. 33-39, 2008. Disponível em: <http://dc.itamaraty.gov.br/imagens-e-textos/revista-textos-do-brasil/portugues/revista13-mat6.pdf>.

HENRIQUEZ, Francisco da Fonseca. Âncora medicinal: para conservar a vida e a saúde. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2004.

HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence. A invenção das tradições. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

LIMA, Vivaldo da Costa; OLIVEIRA, Waldir Freitas. Cartas de Édison Carneiro a Artur Ramos: de 4 de janeiro de 1936 a 6 de dezembro de 1938. São Paulo: Corrupio, 1987.

LIMA, Vivaldo da Costa. Liderança e sucessão, coerência e norma no grupo de candomblé. In: MARCONDES DE MOURA, C. E (org.). Leopardo dos olhos de fogo — Escritos sobre a religião dos orixás VI. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 1998, p. 33-84.

LODY, Raul. Jóias de Axé: fio-de-contas e outros adornos do corpo: a joalheria afro-brasileira. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. Revista Psicologia e Sociedade. Rio Grande do Sul: Editora UFRS, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan-abr 2006.

NIDALNI, Ana Paula; SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. Comida de santo na cozinha dos homens: um estudo da ponte entre alimentação e religião. Dissertação de Mestrado. Departamento de História. Universidade Federal do Paraná, 2009

PAPAVERO, Claude G. Dos feijões à feijoada: a transformação de um gênero comestível pouco apreciado em mantimento básico brasileiro. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia realizada entre os dias 01 e 04 de junho de 2008, em Porto Seguro, Bahia, Brasil. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2027/claude%20papavero.pdf

PEREIRA, Claudio Luiz. Missão e infortúnio de Hélio de Oliveira: breve notícia sobre um projeto de pesquisa enquanto jogo de armar. In: BACELAR, Jeferson; PEREIRA, C. L. Vivaldo da Costa Lima: Intérprete do Afro- Brasil. Salvador: EDUFBA: CEAO, 2007.

PEREIRA, Cláudio Luiz. Hélio de Oliveira, herói cultural afro-brasileiro. In: Catálogo da exibição O mundo do Assobá Gravador Hélio de Oliveira. Museu Afro-Brasileiro da Universidade Federal da Bahia. UFBA. Salvador: EDUFBA, s/d.

PIERSON, Donald. Brancos e Pretos na Bahia (Estudo de Contato Racial). 2a ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1971.

PRANDI, Reginaldo. Mitologia dos orixás. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

RABELO, Miriam C. M. Os Percursos da Comida no Candomblé. Papeles de Trabajo (Instituto de Altos Estudios Sociales. En Línea), v. 7, p. 86-108, 2013.

RODRIGUES, Raimundo Nina. Os Africanos no Brasil. São Paulo: Madras, 2008.





**A FESTA DE OLUBAJÉ E A
IMPORTÂNCIA DO AJEUN:
UMA REVERÊNCIA AO SENHOR DA SAÚDE**

Francisca Luciene da Silva
Irene de Araújo Van Den Berg Silva

A FESTA DE OLUBAJÉ E A IMPORTÂNCIA DO AJEUN⁵: UMA REVERÊNCIA AO SENHOR DA SAÚDE

Francisca Luciene da Silva
Irene de Araújo Van Den Berg Silva

Nos navios negreiros vieram o dendê e o gosto da pimenta, a culinária ritual dos negros, as comidas dos Orixás.

Jorge Amado

INTRODUÇÃO

Em todas as culturas os alimentos são objetos mediadores entre o homem e o sagrado. Em sua natureza cotidiana ou religiosa os alimentos compõem um rico repertório cultural inserido na história das comidas e das religiões. Para os povos descendentes de africanos, o *ajeum*, alimento sagrado, é de imensurável significância, seja no dia-a-dia das comunidades, seja nos momentos ritualísticos que se desenvolvem ao longo do calendário de celebrações anuais.

O legado deixado pelo povo negro em sua diáspora marcou profundamente as civilizações que se construíram nas Américas e que é sustentado até os dias de hoje por seus descendentes, sobretudo no Brasil,

⁵ Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Ciências da Religião (4ª Edição), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2019.



onde a escravidão marcou, com a força da chibata na história da humanidade as cicatrizes que deram a esses povos a identidade, a força, a resistência e o poder da superação das adversidades.

No campo da religiosidade, as contribuições destes povos não apenas ultrapassaram fronteiras, mas revelaram além de saberes, uma de suas maiores artes: a culinária. Enriqueceram as cozinhas das diferentes culturas onde aportaram, trazendo em sua bagagem os temperos e os modos de fazer, que se misturaram aos gostos e paladares já existentes. Porém, nesse processo de integração tiveram o cuidado de preservar a essência dos pratos, cores, cheiros e sabores que agradaram o paladar exigente dos orixás.

A produção desta pesquisa justifica-se pelo encantamento em relação a este universo rico e fascinante das culturas africanas, que conseguiram incorporar os alimentos destinados aos orixás do candomblé e aos santos da umbanda às mesas e ao cotidiano sob diversas formas culturais e nutricionais no Brasil (RIBEIRO, 2009). Assim, a pesquisa parte do interesse em compreender essa presença dos alimentos na realidade dos terreiros, buscando apresentar a percepção e as formas de lidar com o jejum, sua importância para os cultos e suas tradições.

Ajeum é um termo lorubá que designa as refeições. Sua tradução mais literal consiste em convidar para comer, ou servir-se em banquete. Constitui-se, portanto, como o ato de comer, bem como dar de comer às entidades/orixás nos terreiros de tradições afro-brasileiras. Com a realização da pesquisa tornou-se necessário proceder a um recorte em relação a qual objeto comporia precisamente a realização do trabalho, uma vez que o jejum é menção constante nas narrativas e nas práticas candomblecistas. Por isso, optamos por discutir o jejum a partir de sua relação com o olubajé, prática religiosa do candomblé destinada a homenagear o orixá Obaluaiê. A festa serve, também, para irmanar e unir os voduns e os inquices com os orixás,

estes com os homens, e os homens entre si, com um imenso banquete, organizado numa grande mesa.

O trabalho, portanto, se propõe a explorar a relação entre mito e alimento sagrado no candomblé, tomando como objeto de pesquisa o jejum na celebração do olubajé. O trabalho foi realizado a partir da discussão sobre mito e rito, buscando estabelecer as relações entre a narrativa mítica do banquete de Obaluaê e a instauração do olubajé. Como forma de mostrar como o mito se torna realidade, o trabalho apresenta a forma de organização e realização da festa, e o faz a partir das observações e experiências pessoais da pesquisadora, que é lalorixá da Roça Jeje Obéotógundá Irè, como também das percepções tomadas em entrevista ao Babalorixá Claudio de Oxaguian.

MITO, RITUAL E CANDOMBLÉ

Os mitos são formas narrativas que expressam a mentalidade humana em diferentes tempos e culturas. De acordo com Eliade (2010) o mito pode ser entendido como:

[...] uma história sagrada; ele relata um acontecimento ocorrido no tempo primordial, o tempo fabuloso do "princípio". Em outros termos, o mito narra como, graças às façanhas dos Entes Sobrenaturais, uma realidade passou a existir, seja uma realidade total, o Cosmos, ou apenas um fragmento: uma ilha, uma espécie vegetal, um comportamento humano, uma instituição. É sempre, portanto, a narrativa de uma "criação": ele relata de que modo algo foi produzido e começou a ser. O mito fala apenas do que realmente ocorreu, do que se manifestou plenamente. Os personagens dos mitos são os Entes Sobrenaturais. Eles são conhecidos sobretudo pelo que fizeram no tempo prestigioso dos "primórdios". Os mitos revelam,

portanto, sua atividade criadora e desvendam a sacralidade (ou simplesmente a "sobrenaturalidade") de suas obras. (ELIADE, p.11, 2010).

Para o autor, o mito é considerado uma história sagrada e, portanto, verdadeira, pelo fato que sempre se refere a realidades de um povo, de uma civilização e de uma tradição religiosa. Conhecer os mitos é aprender sobre a forma como o homem representa e explica a origem de tudo que existe. Em outros termos, os mitos falam de como os seres vieram à existência, mas também registram as suas práticas e comportamentos, instaurando as formas de como fazer reencontrá-las ou como fazer com que elas reapareçam/revivam.

Existe uma complexidade na definição do mito, uma vez que em sua abrangência semântica, ele pode explorar diversos caminhos para um mesmo significado e/ou, ser interligada a distintos segmentos de crenças para chegar-se à uma mesma conotação. Em suma, os mitos descrevem as diversas, e algumas vezes dramáticas, irrupções do sagrado (ou do "sobrenatural") no mundo. É essa irrupção do sagrado que realmente fundamenta o mundo e o converte no que é hoje. É também por força da explicação contida no mito que se apresentam as intervenções dos entes sobrenaturais que dizem ao homem o que ele é hoje: um ser mortal, sexuado e cultural.

Estrada (2003, p.27) sustenta que o mito é uma narração exemplar que serve de arquétipo para uma coletividade unindo a dimensão ontológica e a ética. A legitimidade de textos míticos é diversificada por terem sido produzidos e recontados por gerações, em diversas culturas. Todavia, há entre os mitos pontos semelhantes que devem ser considerados como arquétipos. Nesta análise comparativa, é possível perceber que a fé, como

base da crença, é o denominador comum entre mito e rito, portanto, o elo de ligação entre ambos.

O mito e os rituais têm uma ligação íntima, na qual cada um tem uma função. O ritual precisa do mito para ter o seu significado profundo e, por meio dele, consegue mostrar as origens e tem o poder de reorganizar o presente, criando caminhos para o desenvolvimento das crenças.

[...] quando rituais e mitos convergem, criam instrumentos cognitivos pelos quais o mundo da experiência é interpretado, fornecendo normativas de ação e de pensamento para as comunidades em seu presente e para o futuro. Tais mitos potencializam o efeito das performances rituais [...] as etiologias transcrevem o rito em narrativa, explorando um ou outro aspecto do culto ou do festival para produzir narrativas e especulações sobre suas origens, que são aplicadas à tradição ritual ou a algum de seus elementos. (ROSA, 2015.p.196).

O candomblé é uma religião predominantemente brasileira incorporada às religiões africanas que foram trazidas para o Brasil pelos negros e negras que aqui chegaram por volta do século XVI. Providos de uma diversidade cultural abrangente estes povos encontraram na religiosidade uma forma de suportar as atrocidades sofridas pela escravidão. Assim, é na mesa dos orixás onde encontramos uma das suas grandes riquezas, a culinária. Pode-se afirmar que no candomblé a comida ritual é baseada em narrativas mitológicas que detalham ingredientes e técnicas de preparo. Embora as comidas rituais em algumas casas de candomblé sejam feitas no mesmo espaço da comida do dia a dia, há uma separação interna desse ambiente a partir de atitudes, ações e simbologias que são empregadas na feitura dos pratos por quem o está confeccionando.

Lima (2010) diz que a cozinha ritual dos candomblés tem uma estreita relação com os mitos, pois é a partir das narrativas que aparece o modo de preparo e seus cuidados, registrando o que agrada ou desagradava os orixás. A cozinha torna-se um lugar importante onde mito, ritual e a culinária sagrada acontecem juntos.

Neste espaço sacralizado, tudo vai ganhando significado: a bacia que cai, o garfo, a faca, a colher, o óleo que faz fumaçar o fogo, etc. Na cozinha se aprende além do "ponto" certo de determinado prato, que não se dá as costas para o fogo, não se joga sal no chão, não se mexe comida de Orixá com colher que não seja de pau, que a comida mexida por duas pessoas desandar, que não se joga água no fogo e que muitas pessoas por terem o sangue ruim fazem a comida desandar. Ou que a presença de pessoas de um determinado Orixá faz com que uma certa comida não dê certo, como por exemplo: em cozinha onde se tem gente de Xangô o milho de pipoca queima antes de estourar. Pela cozinha, entram as pessoas de maior prestígio na Religião e é nela própria que, em certas ocasiões, muito antes mesmo de se chegar no peji do Orixá, que este é consultado a fim de se saber se a comida foi bem preparada ou não (SOUZA JUNIOR, 2016).

É na preparação dos pratos que ocorre a busca do mito que dá os significados profundos dos rituais, onde cada gesto, cada tempero, cada ingrediente que remete a um orixá faz a diferença para entrar em contato com o sagrado e vivenciá-lo.

A existência de comidas e bebidas rituais sendo sociabilizada em festividades do candomblé como motivo de obrigação, sacrifício ou agradecimento, faz

surgir a necessidade de se conhecer experiências diferenciadas, originárias da mitologia dos orixás, que fixa elementos fundamentais, complexos ou não, que devem ser seguidos como tradição. [...] a mitologia é responsável por um sistema de seleção de alimentos partindo de um pensamento classificatório. (COELHO-COSTA, 2016, p.81).

Dentro de algumas tradições religiosas a tradição tem um valor e um simbolismo significativo que engloba toda a tradição, como nos casos dos candomblés. Ou seja, para uma melhor compreensão aprofundada dos candomblés precisam-se olhar os ritos e rituais e para compreender os ritos e rituais precisam-se conhecer as narrativas mitológicas.

O CANDOMBLÉ: SISTEMA RELIGIOSO E AJEUM

No Candomblé o alimento tem uma relação direta com as atividades religiosas. Tudo que é feito é realizado à base de alimentos, os rituais de cura ou limpeza ou oferendas, pedidos e/ou agradecimentos. Segundo Lima (1999), a comida nas religiões afro-brasileiras está presente em todos os momentos, assim, percebe-se que o alimento faz parte desde seu nascimento até a sua morte, a comida está presente nos momentos felizes e nos momentos de dificuldades.

O candomblé é, sem dúvida, o reduto de grande significado para a sobrevivência da cozinha dos orixás, onde as atitudes rituais e maneira de preparar os alimentos estão repletas de sentidos religiosos, significados sociais, sendo de alta importância para a boa realização da comida. (LODY, p.31,1997).



O ato de alimentar e oferecer o alimento uns aos outros e ao orixá é um ritual de grande importância para a casa e seus adeptos, pois não se trata apenas de oferecer por oferecer o alimento, mais sim de uma troca energética através da palavra e do próprio jejum, o compartilhamento do axé (força de poder e realização). Esse momento também provoca a distribuição do axé no momento da oferta, fortalecendo e entrelaçando a energia espiritual do filho ao orixá, aumentando sua ligação através desse canal, proporcionando assim equilíbrio e harmonia para a comunidade.

Para cada tipo de orixá existe um recipiente adequado para que seja deposto seu alimento e assim ser ofertado. Ele pode ser confeccionado com materiais e formatos diferenciados. Para orixás borós (homens), geralmente utilizam-se alguidares de barro, com exceção do orixá xangô, onde os seus agrados são oferecidos em utensílios confeccionados à base de madeira. Para as divindades iyabás (mulheres), seus alimentos são oferecidos em tigelas arredondadas, brancas e ou raramente coloridas, de porcelana ou ágata. A comida deverá ser cuidadosamente preparada acondicionada de forma a ter boa apresentação e um aspecto bem atraente sendo de bom agrado aos olhos e ao paladar da divindade a que se destina.

Para Gaspar (2009), o Ajeum, cuja tradução mais literal pode ser banquete, é um termo e origem ioruba referente às refeições. É um importante momento sócio religioso nas festas públicas dos terreiros de candomblé, quando são montadas grandes mesas, onde as comidas dos orixás e as comidas comuns (comidas de homens) são servidas e todos são convidados a sentarem a mesma mesa, homem e sagrado. Não existe cerimônia pública ou privada nos cultos afro-brasileiros em que a alimentação não esteja presente.

Existe uma valorização, um significado muito importante para as mulheres que cozinham em uma casa de axé, porque todo axé vem da cozinha, a manutenção ocorre naquele espaço. Ajeum significa comer junto,



compartilhar, dividir o alimento que será nutriente não só para o corpo, mas para a alma alimentada através da força mística no sagrado. Torna-se um momento de consagração coletiva com o sagrado e com o outro, onde juntos alimenta-se o corpo e o espírito. Muitos dos conceitos estudados, reforçam a observação no universo espiritual que o preparo da comida no candomblé representa, pois envolve a fé na oferenda, na aceitação, no agradecimento e na realização do pedido. Na cozinha do candomblé, o bem imaterial que existe dentro daquele espaço, fornece intimidade com o universo que vai além da matéria. Para cada orixá um prato, ou pratos, que condiz com o mesmo, para que haja uma ligação ao oferecer tanto ao homem como ao orixá, no que o mesmo passa a ser um mediador para o princípio da dádiva.

A arte de alimentar transforma-se no movimento necessário da matéria, do corpo para crescer: ingerir comida não é um ato simples, mas um estado de manutenção e fortalecimento da alma. Isso significa o equilíbrio entre os elementos que fazem o ser humano ser o que é: a interconexão sagrada de todos os movimentos sobre a face da terra e que o fazem semelhante à natureza.

É na cozinha que se sussurram os fundamentos, escondem-se os segredos, mas é também de onde surgem as cores, os sabores e os perfumes que encantam as divindades e avalizam os mistérios que existem entre o orum e o aiê. Deste local sai o ajeum, alimento e sustentáculo de homens e divindades, que congrega e une toda a comunidade! (KILEUY, OXAGUIÃ, 2009).

Cozinhar é uma das tarefas mais cotidianas e de menor valor na maioria das civilizações. Porém, no candomblé, cozinhar para as divindades é uma função primordial e um privilégio de poucos, geralmente executada por



mulheres muito especiais dentro da religião. Para a confecção das comidas dos orixás uma pessoa é preparada pelo sacerdote durante um bom tempo, e está se dedicará somente a isso dentro de sua casa de candomblé. Geralmente, é designada uma mulher que seja iniciada para uma divindade feminina (iyabá), e que passará a ser chamada de iyabassé. Através do exercício constante desta função, adquirirá um bom conhecimento prático e técnico, tornando-se a responsável pela confecção das comidas litúrgicas.

Em alguns axés, após certo tempo de iniciação, dedicação e participação mais ativa na casa de candomblé, algumas pessoas recebem permissão para ajudar a iyabassé no preparo dos alimentos sagrados. Embora nem toda iaô possa participar da confecção das iguarias sagradas, é necessário que todos saibam o mínimo indispensável. Numa necessidade, o sacerdote precisará recorrer àqueles que estiverem à sua disposição, porque uma casa de candomblé não vive somente de preceitos com hora e dia marcados.

Cada orixá tem seu prato específico, cada prato, um preparo especial, cada preparo carrega um fundamento e cada fundamento fortalece as relações de quem cozinha e os orixás.

Não basta cozinhar os alimentos que são relacionados com cada orixá: desde o recipiente no qual são preparados, a maneira em que o adepto estar se relaciona com a casa, com a família de santo até suas vestes e por fim forma com que se mexe a colher já se verifica uma relação sagrada. As iyabassés tem um vasto conhecimento do gosto e dos temperos que agrada a cada um dos orixás, inkise, ou vodum.

“Dar comida” aos orixás é um momento que produz harmonia e comunhão e que provoca um elo de ligação entre ambos. O dinamismo e a força do candomblé estão em torno das oferendas e dos alimentos. Este momento é uma forma de restituir às divindades e à terra uma

parte do que elas nos fornecem. No momento da distribuição e da consagração dos alimentos é feito um intercâmbio entre os orixás e o egbé. O alimento faz parte do axé de uma casa! KILEUY; OXAGUIÃ (2009, p. 120. Grifos dos autores).

É a partir desta junção que eles serão transmissores e condutores de axé. Esta combinação tem características peculiares. Toda comunicação com o orixá é feita em sua grande maioria através da comida que a eles são oferecidas. Oyá por exemplo tem sua fúria aplacada quando a ela é oferecido um belo prato de acarajé (comida feita a base de feijão fradinho, camarão e cebola). Oxum por sua vez sente-se satisfeita quando Ihe é oferecida o olomucum ou o ipeté. Assim, cada alimento tem formas, cores, aromas e sabores próprios, que irão ativar ou trazer calma, dependendo de como e para quem serão preparados e ofertados.

Cozinhar para os orixás exige uma dedicação especial, um corpo limpo e muita vontade de servir a eles e à religião. Isso é necessário para que se consiga produzir uma perfeita sintonia com estas forças. Antes do início do preparo das comidas são necessários certos cuidados, como reverenciar certas divindades e jogar água e alguns elementos na rua para apaziguar e pacificar Exu, a fim de evitar interferências e perturbações desnecessárias.

Os responsáveis pela cozinha precisam estar com suas roupas religiosas seus apetrechos e fios-de-contas para poder dar início ao cozimento das iguarias dos orixás. A cozinha precisa estar limpa, com as pessoas falando em tom baixo e sem conversas desnecessárias. Desentendimentos e desavenças pessoais precisam ser esquecidas, deixadas de fora do espaço sagrado que a cozinha se transforma. Ali todos devem estar na mesma sintonia, pois estão a serviço dos orixás.

As religiões de tradição de matriz civilizatória africana e afro-brasileiras carregam consigo peculiaridades regionais que são facilmente



observadas de acordo com o local em que se situam. Um exemplo dessa percepção se dá quando observamos os alimentos que são consagrados ao orixá Ogum – Ògún. Sua comida principal é o feijão preto, mas que a depender de sua qualidade este prato é oferecido acompanhado apenas do inhame ou feito em forma de uma feijoada regada com todos os ingredientes cabíveis.

Quando comemos um prato consagrado a um orixá, o fazemos com respeitabilidade, muitas vezes em pé e sempre com as mãos, dispensando o uso de talheres como objetos intermediários entre nosso sentido e o sabor da comida. Ao ingerir o alimento sagrado, podemos suplicar aos orixás, pedir força a eles, agradecer uma conquista, reforçar os desejos mais profundos do nosso ser.

Segundo Lody (1997), nas festas públicas dos terreiros de candomblé, o ajeum é importante momento sócio religioso. Após as danças rituais dos orixás, voduns e inkices, grandes mesas são montadas no salão de festa e todos sentam-se em torno desta para enfim compartilharem com alegria e agradecimento a presença do sagrado naquele espaço, tudo feito à base de muita comida. O ato de fazer o ajeum é o ato comum no dia a dia mesmo quando os pratos não são ligados à culinária sagrada dos deuses africanos. Porém, para os povos tradicionais de matriz africana esta comida deve ser sempre rezada, oferecida e agradecida ao orixá assim como o orí de quem a vai consumir. As grandes farturas das mesas festivas animam o público assistente e enche de alegria o coração dos adeptos, pois para este é um sinal positivo da satisfação do orixá. Toda essa satisfação torna-se evidente através da motivação religiosa demonstrada pelos omos-orixás, manifestada pelos cânticos e danças no momento em que as divindades se fazem presentes no barracão.

O MITO DO OLUBAJÊ E A IMPORTÂNCIA DO AJEUN NA FESTIVIDADE

No candomblé, a forma de cultuar os orixás, inkinses e voduns (seus nomes, preferências alimentares, louvações, cantos, dança e música) vem de origem africana. Foram estes povos que entenderam as diversas características das entidades sagradas e a incorporaram às manifestações da natureza. Foram eles que criaram as histórias e toda essa gama de conhecimento atravessou o oceano vindo parar em terras brasileiras.

Dentro dessa diversidade histórica e mitológica, encontramos o orixá Obaluaiê, ou Omolú, como também é chamado. Seu culto se originou na região de Daomé, atual Benim. Filho do orixá ancestral Nanã⁶, irmão de Iroko e Oxumarê, Obaluaiê é o orixá que cobre o rosto com um filá feito com palhada-costa, porque para seus adeptos é proibido ver seu rosto. Em algumas ocasiões e a depender da qualidade deste vodum seu filá cobre todo seu corpo, para que possa esconder suas marcas de varíola.

Na composição mítica, Obaluaiê é também conhecido como Omolu pelo povo iorubá. Esse poderoso vodum é oriundo da família Dambirá, da nação Fon. Entidade poderosa, associada à terra, à saúde e à riqueza, para o povo iorubá, possui o significado de “rei ou senhor da terra”. Foi criado por lemanjá, orixá feminino que predomina nas águas salgadas. Omolu também é o orixá responsável por conduzir os espíritos desencarnados (Egunguns) no plano espiritual, pois é ele que tem o domínio, junto com Nanã, no processo de

⁶ Associada às águas paradas e à lama dos pântanos, Nanã é a decana dos orixás. De origem daomeana, incorporada ao panteão ioruba, foi a primeira esposa de Oxalá, tendo com ele três filhos: Iroko (ou templo), Obaluaê (ou Omulu) e Oxumarê.

continuidade evolutiva após a morte. Divide com Iansã a regência dos cemitérios.

É o orixá responsável pelas passagens de plano para plano, de dimensão para dimensão, da carne para o espírito, do espírito para a carne. Relaciona-se com a saúde e a doença, possuindo estreita ligação com a morte. Enquanto sua mãe se responsabiliza pela decantação dos espíritos que reencarnarão, Obaluaê estabelece o cordão energético que une espírito e feto recebido no útero materno, assim há o desenvolvimento celular básico dos órgãos físicos. Em linhas gerais, Obaluaê é a forma mais velha do orixá, enquanto Omulú é a sua versão mais jovem, embora, para a maioria, as figuras e os arquétipos sejam idênticos (BARBOSA, 2013.p.153).

Obaluaê é ainda conhecido como médico dos pobres, está presente nos hospitais, é a força da natureza que rege de uma forma geral o incômodo e o mal-estar, o mal humor e a inquietude. Tem como apetrecho principal o xaxará (espécie de feixe de piaçavas feito com palitos de folhas de dendezeiro coberto com palha-da-costa e enfeitado com búzios e miçangas), que tem por finalidade afastar as enfermidades, trazendo a cura.

Barbosa (2013) apresenta uma das versões míticas do Olubajé que dá conta de apresentar características e uma situação que enreda Obaluaê:

ao voltar à aldeia natal, Obaluaê viu uma grande festa, com todos os orixás. Porém, em razão da própria aparência, não ousava entrar na comemoração. Ogum tentou ajudá-lo, cobrindo-o com uma roupa de palha que o escondia dos pés à cabeça. Obaluaê entrou na festa, mas não se sentia à vontade. Iansã, que tudo acompanhava, teve muita compaixão de Obaluaê.



Então, a senhora dos ventos, esperou que Obaluaê fosse para o centro do barracão onde ocorria a festa e os orixás dançavam animados e soprou as roupas de Obaluaê. As palhas se levantaram com o vento, e as feridas de Obaluaê pularam, numa chuva de pipoca. Obaluaê, havia se tornado um jovem bastante atraente, e ficou amigo de Iansã, reinando ambos sobre os espíritos (eguns) (BARBOSA, 2013 p.52).

Este mito retrata as duas fases do orixá Obaluaê, na sua versão jovem e belo, como Omolu, e como velho e debilitado pelas chagas que tomavam todo seu corpo. A partir dessa narrativa é demonstrada a importância da pipoca nos fundamentos e encantarias desse orixá, fazendo desta a sua principal e mais importante comida. Neste grande banquete, todos os orixás se fazem presentes, com exceção do orixá Xangô. É importante destacar neste ritual a presença de Oyá. Por ser ela a orixá que tem o controle sobre os egunguns (mortos) é esta quem se encarrega de trazer para o salão a esteira onde será montada a grande mesa, e é esta também que junto com Omolu conduz o ritual de limpeza tornando o olubajé num grande ritual de limpeza.

O Olubajé é o ritual onde todos os filhos e filhas de santo independente de qual seja seu orixá de cabeça, tem por obrigação oferecer ajeum ao seu orixá e conseqüentemente participar de todo o processo ritualístico em homenagem ao senhor da terra.

Em outra versão do mito podemos observar a justificativa da ausência de Xangô no ritual do olubajé. Diz outra lenda que Xangô, era um rei muito vaidoso, e para comemorar sua grande colheita naquele ano deu uma grande festa em seu palácio e convidou todos os orixás, menos Obaluaê, pois as suas características de pobre e doente assustavam o rei do trovão. Mas, em um determinado momento da festa, os orixás ali presentes começaram a notar a falta do rei da terra e começaram a questionar o motivo da sua ausência, até



que Ogum descobriu que ele não havia sido convidado. Todos se revoltaram e temerosos com a reação de Omolu decidiram abandonar a festa, indo todos à casa de Obaluaîê pedir desculpas. Obaluaîê, por sua vez, recusava-se a perdoar aquela ofensa e lançou a praga da fome sobre as terras de Xangô deixando todos preocupados com o futuro do reino. Após muitos pedidos de clemência, Obaluaîê chegou a um acordo: daria uma vez por ano uma festa em que todos os orixás seriam reverenciados e este ofereceria comida a todos desde que Xangô comesse aos seus pés e ele aos pés de Xangô, mas existia uma condição, a de que este não se faria presente em sua festa. Nascia assim a cerimônia do olubajé. Aqui podemos observar que o ritual olubajé é muito mais que uma obrigação, é uma festa de confraternização e conciliação entre os orixás, ao mesmo tempo em que redime o erro colocando os orixás em patamar de igualdade.

O GRANDE DIA DA FESTA DO OLUBAJÉ

Por se tratar de um ritual dedicado ao orixá Obaluaê, a festa do olubajé ocorre tradicionalmente no mês de agosto nas casas de candomblé, mais precisamente no dia 24 do referido mês, principalmente se a casa teve como patrono o próprio Obaluaê ou Omolu. Algumas comunidades de terreiro de candomblé iniciam o que eles chamam de preparativos da casa já na primeira semana de agosto. Todos os filhos do orixá precisam se resguardar e manter respeito que vai desde usar vestimentas brancas até a abstenção do sexo por todo o período que a casa estiver em função.

É preciso reverenciar primeiro Exú, pois sem seu consentimento nada acontece na casa de candomblé. Para Exú são oferecidas algumas comidas como bode, galo, farofa de dendê ou mel. Esta primeira cerimônia é feita para que Exú, na sua função de mensageiro, leve a notícia até o orum de que naquela casa específica está dando início aos preparativos do banquete do rei

e para que também no dia da festa tudo possa acontecer com tranquilidade. Os adeptos do culto entendem que se Exú não for reverenciado primeiro ele pode trazer quizilas para os participantes da casa, como perturbação no decorrer da cerimônia.



Em casas que não são regidas pelo senhor da terra é costume de o Babalorixá ou Yalorixá dirigente ofertar alimento ao seu orixá de cabeça, assim como, após a festa do olubajé, o sacerdote organiza um xiré em homenagem ao orixá Xangô, já que este não participa do banquete do rei. O olubajé, é sem dúvida, uma das cerimônias mais caras e bonitas do calendário afro-brasileiro e para sua execução é necessário o envolvimento de toda a comunidade do terreiro.

Todos acordam cedo e muito ansiosos. É o dia de confeccionar a mesa do rei e tudo tem que estar perfeito. À essa altura as cortinas de pipoca que serão colocadas no barracão já estão prontas. Agora é hora de

preparar as comidas que agradam o paladar de Obaluaê, mas também de todos os orixás que se farão presentes na festa.

As vestimentas junto os apetrechos são cuidadosamente reservadas por seus filhos. As tarefas da casa são divididas, reservando-se para cada filho ou adepto uma função. Os homens vão para o trabalho mais pesado como a limpeza do salão de festa ou do entorno do barracão, enquanto as mulheres ficam na cozinha. As mais novas permanecem no comando das mais velhas, mas sempre supervisionadas pela yabassé

No banquete do rei, estão presentes praticamente todos os alimentos que são servidos nas casas de terreiro, excetuando a comida de Xangô. Algumas casas não servem juntas, pois as divindades tem suas particularidades distintas. Por uma divindade estar ligada diretamente a questão da vida e outra da vida após a morte. Então seria o frio e o calor, não se servindo em algumas casas o amalá, que é a comida consagrada ao orixá Xangô. De acordo com Babá Claudio de Oxaguam,

O Olubajé é uma cerimônia onde toda família Gin se faz presente, e que todos os orixás vêm assistir e trazerem seus pratos para que seja feito em





comunhão esse axé materializado nesse alimento rezado purificando o espírito e o corpo.

A cerimônia é dedicada à família Gin. Esta família possui particularidades como Obaluaiê. Nanã, é a senhora rainha que faz parte da criação do universo, ligada diretamente a nossa essência da criação, ao que chamamos de visceral, o que vem da terra. A família Gin são orixás que possuem em seus alimentos muitas comidas preparadas com raiz, como a beterraba, batata, porque centraliza a energia da terra. Os primeiros procedimentos a serem tomados pelo sacerdote ou sacerdotisa é providenciar os sacrifícios que serão feitos em honra a Obaluaiê e sua família mítica. Nanã, sua mãe biológica, Iemanjá sua mãe criadeira e seus irmãos Oxumarê e Ossaim. Vale ressaltar que todos esses orixás que compõem a família Gin estão associados à questão da saúde e do bem-estar. Obaluaiê, o senhor da vida e da morte, Nanã, associada à lama original, portanto, ao nascimento e à morte; Oxumarê, o senhor do arco-íris, sendo este responsável em transportar a água do Ayé para o Orum (terra e céu) e vice-versa, tendo, portanto, o controle da fartura, mas também grande adivinho em função do oráculo sendo conhecido também como o grande feiticeiro e Ossaim, o patrono das folhas e dos remédios, sendo assim conhecedor da cura tornando-se também ligado a existência da vida.

Os ogãs já a postos auxiliam o babalorixá, entoam cânticos em louvor ao grande rei, avisando assim à comunidade que as homenagens a Omulu estão começando, os filhos de santo vão se aproximando da casa do Obaluaiê em silêncio em respeito ao orixá. Esses animais que são oferecidos em sacrifícios eles também são preparados, ao chegarem nas comunidades são purificados. Esse animal é tão sagrado que antes de ser abatido é reverenciado. Assim, pede-se a benção desse animal, bate na cabeça, porque tudo desse animal é revertido para dentro do terreiro. A pele sobe para os atabaques, a carne é distribuída dentro e fora da comunidade, para que todos

recebam bons fluídos, boas energias. Ele é consagrado às divindades para que esse alimento fortaleça não apenas o corpo mais principalmente a alma. Assim, dá-se início aos preparativos que antecedem a festa em honra a Obaluaiê de forma que todos possam manifestar sua alegria realizada como reza e cânticos específicos para a ocasião.

Na cozinha as panelas já estão no fogo com água quente esperando as aves que serão limpas. Parte delas voltam para os pés do orixá (são os



miúdos também chamados pelo povo de terreiro de axés) e a carne será preparada para ser servida aos participantes da festa. Enquanto isso, a yabassê está a preparar a diversidade de pratos que irão compor a mesa do olubajê e que serão levados até Omulú pelos orixás que se farão presentes na festa.

Chega o grande momento, 16:00hs, o barracão já está repleto de convidados, os ogãs calmamente ocupam seus lugares e ao ecoarem o som

dos atabaques anunciam que a festa vai começar. Os filhos de santo organizados em fila indiana seguindo a hierarquia de iniciação entram no salão trazidos pelo babalorixá.



Após algumas toadas e muitas palmas ouve-se um grito de aspecto forte, indicando que o orixá já se faz presente para receber suas oferendas. Todos saúdam o orixá com alegria, Atotô baluaiê, significando “Silêncio o Rei

estar em terra”. As ekedis então se dirigem a este para leva-lo a sua casa e vesti-lo com sua roupa colorida, adornando sua cabeça com capuz feito à base de palha da costa cobrindo todo seu corpo. Enquanto isso o sacerdote oferece um intervalo para que os outros iniciados possam também vestir suas roupas rituais, aparamentando assim os orixás que virão participar da festa junto com Omulu. Em um certo espaço de tempo os atabaques voltam a ecoar um som anunciando que Obaluaiê está de volta no salão.



Todos cantam e dançam junto ao orixá, que por sua vez retribui com gestos de reverencia e agradecimento a cada passo de sua dança.

Por fim, Omulu torna a sair do salão, agora ele vai receber seus convidados. Iansã é a primeira a entrar na festa. Ela traz em seus braços a esteira que será posta para que os orixás depositem sobre ela as comidas que os mesmos vêm trazendo. Após Iansã, entra um filho de Omulu com um grande balaio de pipoca na cabeça que por sinal é a comida preferida do orixá, e em seguida uma ekedé traz um balaio com as folhas da mamona. Na

sequência, vem Exú, Ogum, Oxossi, Ossam, Nanã, Oxum- maré, Iemanjá, Oxum, Logum Edé e por fim Oxalá. Todos trazem seus pratos com suas comidas específicas e as colocam aos pés de Omolu, que está sentado junto à sua mãe Nana à mesa.

Outros filhos entram trazendo outros pratos. É importante salientar que são no mínimo 21 iguarias compostas à mesa. Logo que Oxalá entregar à Omulu seu presente este se levanta e junta-se aos outros orixás para uma dança. É um momento de muita euforia por parte dos filhos, adeptos e convidados. Todos acompanham as danças junto ao toque dos atabaques. Neste momento, o pegigã (ogam responsável por cantar as rezas no xiré) entoia uma reza convidando todos os presentes a compartilhar junto com o orixá da comida que a ele foi oferecida.

*Aráayé a je nbó,
Povo da terra, vamos comer e adorá-lo,
Olugbàje a je nbó o senhor aceitou comer
Aráayé a je nbó,
Povo da terra, vamos comer e adorá-lo,
Olugbàje a je nbó.
O senhor da terra aceitou comer.
Aráayé*

Em seguida, a yabassê convida todas as ekedes a juntarem-se à mesa para servir as comidas aos visitantes. Os participantes devem seguir a orientação de comer sem desperdícios e as sobras dos alimentos, segundo a tradição, deverão ser passadas no corpo, ainda na folha da mamona pedindo a Obaluaiê que afaste as doenças e estas deverão ser recolhidas em outro grande balaio, sendo então retiradas do salão.

Os alimentos não consumidos dispostos na mesa são retirados e carregados sobre o ombro pelas mesmas pessoas que o trouxeram. Agora elas

são levadas à casa do orixá que por sua vez fica localizada em um espaço fora do barracão. Todos os orixás também deixam o salão e se direcionam para o ariaxé do Rei (quarto onde está guardado seus assentamentos).

É chegado o fim do banquete do Rei que, ano após ano, é oferecido nos terreiros de candomblé, que tem como objetivo reestabelecer a saúde e o equilíbrio entre o homem e o sagrado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos aqui refletir e discutir sobre a festa de *Olubajé* e a importância do *Ajeun*, enquanto alimento sagrado a partir das religiões afro-brasileiras. Para os povos de matriz africana comer é arte e está arte é sagrada, vai desde a delicadeza e cuidado no preparo dos alimentos, passando pela montagem dos pratos até a diversidade de cores e sabores que são cuidadosamente oferecidos aos orixás de acordo com seus gostos e preferências alimentares. Por sua vez, os orixás retribuem aos seus fiéis o agradecimento através do alívio ou até mesmo da cura de suas dores físicas e ou espirituais ora compartilhada com as divindades.

Essa arte faz com que o preparo das comidas e a maneira com esta é feita seja o resultado da criação e da interação do homem com o sagrado através da força vital depositada naqueles alimentos, sejam estes animais, vegetais ou minerais, ou seja, o mesmo acarajé que já perpassa a cozinha baiana de forma profana, dentro do axé alimenta o orí que também alimenta o corpo e a alma do povo que congrega a comunidade.

Cozinhar, em um terreiro, é uma tarefa sagrada, tanto quanto qualquer outra atividade que envolve as pessoas na arte de viver e de se conectar com a comunidade e consigo mesmo. O ajeun no candomblé tem em seu significado na expressão da fé e da união dos seus praticantes, uma relação com os orixás de respeito, agradecimento e reconhecimento pelos



dons, curas, presença e atuações. A força que o alimento sagrado possui em dar o deleite de utiliza-lo como fonte de luz e energia, promove a satisfação dos fiéis de estar fazendo algo que agradou e alimentou sua fé.

O mito funciona como mediação simbólica entre o sagrado e o profano, desse modo o mito dá subsídios para a manutenção do rito. Assim, o banquete do rei tem em seu significado a expressão da fé e da união dos seus praticantes onde estes exercem uma relação com os orixás de respeito, agradecimento e reconhecimento pelos dons, curas, presença e atuações.

A força que o alimento sagrado exerce no referido ritual dá o deleite de utilizá-lo como fonte de luz e energia, promovendo a satisfação dos iniciados de estar fazendo algo que o agradou e alimentou sua fé. É o momento sagrado que se faz no coletivo, onde juntos numa comunidade são alimentados o corpo e o espírito. Os rituais presentes na festa do olubajé, desde o sacrifício de animais, oferecimento de alimentos minuciosamente preparados, as danças e os cantos que fortemente ecoam no salão, mantém vivos na memória do candomblé, não apenas a retribuição, a troca e o repasse de energias entre os orixás e os homens, mas a ligação entre eles e o mundo físico.

REFERÊNCIAS

BELTRÃO, C. Ritual e narrativa: A supplicatio no mito da Fortuna Muliebris (Dionísio de Halicarnasso, *Antiquitates Romanae*, 8. 39.1-53.1). *Varia História* (UFMG. Impresso), v. 31, p. 193-220, 2015

BARBOSA Júnior, Ademir. *Para conhecer o candomblé*. – São Paulo: Universo dos livros, 2013.

COELHO-COSTA, E. R.. Nos banquetes de candomblé os deuses comem: representatividade mitológica nas comidas de santo. *Ágora. UNISC.*, v. 18, p. 78-86, 2016.

ELIADE, Mircea. *Mito e realidade*. Perspectiva, São Paulo, 2010.

DUBUISSON, D. *Mythologie du XXe siècle*. Paris: Presses Universitaires de Lille, 1995.

LIMA, V. C. *A Anatomia do Acarajé e Outros Ensaios*. Salvador: Corrupio; 2010.

KILEUY, Odé & OXAGUIÃ, Vera de. *O candomblé bem explicado (Nações Bantu, Iorubá e Fon)* Organizador: Marcelo Barros. Pallas. Rio de Janeiro 2009.

LODY, Raul. *Alimentação ritual*. 1997.

RIBEIRO, P. *Comida e religiosidade: dos cultos afro-brasileiros para a história da alimentação brasileira*. In: *Semana de Humanidades, 2009, Natal. Anais da XVII Semana de Humanidades*. Natal: UFRN, 2009.

SOUSA JÚNIOR, V. C. *Candomblé é cozinha*. 2016. Disponível em: < <http://www.okitalande.com.br/novosassuntos17.htm> > Acesso em 11/10/2019.





EDITORA OITICICA

Selo editorial **ANTROPOS CULTURAL**

www.editoraoitica.com.br | [@editoraoitica](https://www.instagram.com/editoraoitica)