



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MAX CID CASTELO BRANCO DA SILVA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO JARDIM GUANABARA EM
FORTALEZA – A ESPIRITUALIDADE COMO CAMINHO**

FORTALEZA-CE
2017

MAX CID CASTELO BRANCO DA SILVA

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO JARDIM GUANABARA EM
FORTALEZA - A ESPIRITUALIDADE COMO CAMINHO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará e Departamento de Saúde Comunitária como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Bessa Linhares

FORTALEZA-CE
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S581p Silva, Max Cid Castelo Branco da.
A Promoção da Saúde no Território Jardim Guanabara em Fortaleza : A Espiritualidade como Caminho /
Max Cid Castelo Branco da Silva. – 2017.
150 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares.

1. Espiritualidade. 2. Promoção da Saúde. 3. Território. I. Título.

CDD 362.1

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA NO TERRITÓRIO JARDIM
GUANABARA EM FORTALEZA - A ESPIRITUALIDADE COMO CAMINHO**

Max Cid Castelo Branco da Silva

Aprovada em ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ângela Maria Bessa Linhares
Presidente (Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
1º Membro

Prof^ªDr^ª. Vera Lúcia de Azevedo Dantas
2º Membro

Prof^ªDr^ª Maria do Socorro de Sousa
3º Membro

AGRADECIMENTOS

Ao nosso mestre amado Jesus, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida.

Aos espíritos amigos, companheiros de trabalho que apoiaram e orientaram a mim, à minha orientadora e ao grupo de pesquisa, antes mesmo que pudéssemos perceber sua inspiração.

À amiga e orientadora Ângela Linhares por sua humildade, dedicação e amor pelo trabalho.

Aos membros da banca examinadora, Ivana, Vera e Socorro pela leitura cuidadosa deste trabalho e contribuições para o enriquecimento do mesmo.

Aos colegas do mestrado que se fizeram presentes e me ajudaram sempre que precisei, contribuindo com suas sugestões, tirando dúvidas, indicando caminhos, disponibilizando material, fazendo-se presentes na qualificação e defesa, ou simplesmente me acolhendo.

Aos meus filhos amados, Max Cid Castelo Branco da Silva Filho e Camilla Freire Castelo Branco da Silva, inspirações da minha vida.

Às mulheres da comunidade pesquisadas, por se fazerem parte da minha história de vida.

À minha mãe Regina Coeli Castelo Branco de Sousa, eterna batalhadora

À mãe Francisca Nadir Queiroz Castelo Branco, base da minha existência.

Aos professores do mestrado, por terem contribuído imensamente para minha formação tanto acadêmica quanto pessoal.

Aos amigos de estrada Amanda Cavalcante Frota e Janaína Freire da Silva e toda equipe da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará pela paciência e motivação para conclusão deste mestrado.

A Deus, pelo dom da vida.

Como as Primeiras Chuvas do Caju

Deixa o teu abraço vir curvado
Que eu conheço o peso desses tempos
E corre comigo como de primeiro
Que meu corpo é leve
Como as primeiras chuvas do caju.

Roça no meu corpo e dança lento
E feito folha tonta, cai no chão.
Arranca da minha boca esse ranço
Que entristece e me magoa o coração
E acalma esse queimar de urtigas
Esse desassossego que me extenua
O corpo ainda na manhã

E me desata o laço, acocha o braço,
Me encurralando,
Entre varandas e varais.
E, agridocemente, me envenena
Como os primeiros,
Cajus do meu quintal.

(Ângela Linhares)

RESUMO

Nesta pesquisa buscou-se refletir sobre a promoção da saúde no território, percorrendo esta via por meio da espiritualidade – lugar onde medra o olhar da Educação Popular em Saúde, tendo como pilar a abordagem qualitativa e como metodologia a História de Vida. Concentra-se aqui a investigação da Promoção da Saúde através da espiritualidade, manifestada através das práticas de sujeitos que rezam, benzem, receitam chás e ervas ancestralmente utilizada no local, e ativam o que o pesquisador chama de *Experiências Espirituais de Cuidado e Cura (EECC)*. Ao adentrar a captura dos saberes das mulheres que moram e prestam este tipo de atendimento no bairro Jardim Guanabara, em Fortaleza, concluiu-se que ao elegerem a espiritualidade como caminho, acolhe a potência da cultura popular e sua produção de saber sobre espiritualidade, focalizando o sujeito de modo mais inteiro, como ser de dimensões biopsicossociais e espirituais. Ao focalizar a Experiência Espiritual de Cuidado e Cura, vivenciada centralmente pelas rezadeiras, nome que se conservou historicamente e que é dado aos sujeitos coprodutores de saúde no lugar que utilizam a via espiritual, concluiu-se também que as pessoas que acorrem a este tipo de cuidado e cura, não são tão colonizadas culturalmente pela unilateralidade da dimensão biológica, embora a considerem junto a outras, em particular a espiritual. Constatou-se que quando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) buscou viabilizar um diálogo das rezadeiras com a Unidade Básica de Saúde, a população acolheu esse campo dialógico, e os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, utilizaram desse serviço de maneira cooperativa. No entanto, profissionais que se poderia supor serem mais próximos da cultura local, após a saída da RMSFC, e por falta de tratamento especial a essa questão, deixaram-se levar por dificuldades no que diz respeito ao diálogo inter-religioso e a participação das rezadeiras na Unidade de Saúde findou. Pode-se concluir, ainda, que as rezadeiras, como co-produtores de saúde no lugar, detêm um acervo de compreensões sobre o cotidiano local e suas transformações continuadas, e ao darem um lugar de sujeito (e não de objeto, no atendimento) aos que as procuram, essa perspectiva realiza certo empoderamento à potência das pessoas de se pensarem de maneira mais holística. As rezadeiras, portanto, oferecem visibilidade às experiências singulares de transcendência, inclusive as que incluem mediunidade, e ao lidar com saberes sobre espiritualidade do ponto de vista da cultura popular, ofertam uma visão que se amplia, como fato social total (MAUSS, 1974). Contempla-se a colaboração das áreas de ciências antropológicas e da ciência espírita, que chama a si o aspecto filosófico e religioso, como acervo que embasa saberes complexos que associam a cura física com a saúde psicossocial e espiritual.

Palavras-Chaves: Espiritualidade, Promoção da Saúde, Território.

ABSTRACT

In this research we sought to reflect on the promotion of health in the territory, going through this path through spirituality - a place where the Popular Education in Health, with the qualitative approach and the methodology of the History of Life as a background. It focuses here the research of Health Promotion through spirituality, manifested through the practices of subjects who pray, bless, prescribe teas and herbs ancestrally used locally, and activate what the researcher calls Spiritual Experiences of Care and Healing (EECC). When entering the capture of the knowledge of the women who live and provide this kind of service in the Jardim Guanabara neighborhood in Fortaleza, it was concluded that by choosing spirituality as a way, it welcomes the power of popular culture and its production of knowledge about spirituality, focusing The subject in a more complete way, as being of biopsychosocial and spiritual dimensions. Focusing on the Spiritual Experience of Care and Healing, lived centrally by the mourners, a name that has been preserved historically and given to the coproducing subjects of health in the place that use the spiritual path, it was also concluded that the people who engage in this kind of Care and healing, are not so culturally colonized by the one-sidedness of the biological dimension, though they consider it alongside others, particularly the spiritual one. It was verified that when the Multiprofessional Residency in Family and Community Health (RMSFC) sought to enable a dialogue between the parents and the Basic Health Unit, the population welcomed this dialogic field, and health professionals, especially physicians, used this service Cooperatively. However, professionals who might be expected to be closer to the local culture after leaving RMSFC, and for lack of special treatment of this issue, were left with difficulties regarding interreligious dialogue and In the Health Unit has ended. It can also be concluded that, as health co-producers in the area, the rezadeiras have a wealth of understanding about the local daily life and its continuous transformations, and by giving a place of subject (not of object, in the service) To those who seek them, this perspective brings some empowerment to people's power to think in a more holistic way. The mourners, therefore, offer visibility to the unique experiences of transcendence, including those that include mediumship, and in dealing with knowledge about spirituality from the point of view of popular culture, offer a vision that expands as a total social fact (MAUSS, 1974) . It contemplates the collaboration of the areas of anthropossocial sciences and spiritist science, which calls itself the philosophical and religious aspect, as a collection that supports complex knowledge that associates physical healing with psychosocial and spiritual health.

Key-words: Spirituality, Health Promotion, Territory.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSFC	Centro de Saúde da Família e Comunidade
EPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
EECC	Experiência Espiritual de Cuidado e Cura
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPER	Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PES	Percepção Extra Sensorial
PNPIC-SUS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SMSE	Secretaria Municipal de Saúde Escola de Fortaleza
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Tratamento Espiritual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Rezadeira do Jardim Guanabara.....	60
Figura 2: Processo de Reza, por imposição de mãos.....	61
Figura 3: Mapa do Bairro Jardim Guanabara.....	62
Figura 4: População do Bairro Jardim Guanabara.....	63
Figura 5: Katie King materializada.....	111
Figura 6: Miss Florence Cook	112
Figura 7: Uma das fotos de Crookes com Katie King alegadamente materializada..	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Da história pessoal à construção do objeto de estudo.....	15
1.2 Saúde e Espiritualidade.....	19
1.3 Objetivos.....	21
1.3.1 Objetivo Geral.....	21
1.3.2 Objetivos Específicos.....	21
2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	23
2.1 Um breve histórico da Promoção da Saúde.....	23
2.2 As Conferências Internacionais e a Promoção da Saúde.....	29
2.3. Determinantes Sociais de Saúde.....	34
2.4. Dos Modelos Propostos.....	36
2.5. Promoção da Saúde: Reflexões sobre alguns Fundamentos	41
2.6 A espiritualidade Como Caminho.....	52
2.7 Os Primórdios das rezadeiras e suas raízes até os dias atuais e a caracterização do Território Jardim Guanabara.....	58
3 METODOLOGIA	68
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142

1 INTRODUÇÃO

Ao propor-me nesta pesquisa a pensar a promoção da saúde no território do bairro Jardim Guanabara, procuro uma via pouco visitada: a que me permite percorrê-la por meio da espiritualidade – lugar onde se situa o olhar da educação popular em saúde.

Concentra-se aqui a investigação da promoção e restabelecimento da saúde através da espiritualidade, manifestada através das práticas nomeadas espirituais de sujeitos que rezam, benzem e ativam o que chamo de Experiências Espirituais de Cuidado e Cura (EECC), focalizando os que moram e prestam este tipo de atendimento no bairro Jardim Guanabara, em Fortaleza, Ceará.

Não almejo, nesta pesquisa, esgotar os saberes sobre este fenômeno, porém, como ênfase fundamental, eu pretendi observar a realidade da promoção da saúde por meio da espiritualidade sob a ótica das mulheres que realizam complexas práticas espirituais que envolvem rezas, bênçãos ou passes. Tomei uma posição analista e reverente procurando, também, direções que motivem o entendimento científico destes processos que, posso afirmar serem práticas espirituais em saúde referentes à cultura popular.

O pensamento sobre espiritualidade nos conduzirá na instauração de um campo dialógico com saberes teóricos práticos ligados ao tema, detendo-me na chamada, reitero, Experiência Espiritual de Cuidado e Cura (EECC), por intermédio do exame do fenômeno espiritual ou religioso no território onde atuam os sujeitos populares que produzem saúde.

Desta forma, a diligência metódica desvendou como a técnica da bênção colabora, em sua complexidade, utilizando recursos do aconselhamento, da terapia dos chás, da arte e da fenomênica mediúnic, delineando uma experiência que associa a cura física com a saúde psíquica e espiritual.

Partindo da ideia de dor total, em Saunders (1991), onde formulou este conceito no qual inclui o sofrimento físico, psíquico, espiritual, mental, social e financeiro do paciente, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe médico-hospitalar, detive-me na dor espiritual (ELIAS, 2005; MELO, 2013) como demanda da população que, a partir disso, solicita o atendimento de feição interpessoal junto às chamadas popularmente de rezadeiras e benzedeiras, e que atuam com complexa teia de saberes.

Veja-se que a dimensão espiritual sempre esteve presente nas práticas de educação popular, mas, no âmbito da saúde, apesar de sempre estar ligada a ela, são recentes as

propostas ínsitas nas políticas públicas, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS, 2006), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS, 2012) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (PNPMF, 2006). É importante, pois, observar como, na prática, estas orientações dialogam e se reconhecem no universo popular e junto aos espaços institucionalizados de produção de saúde no território.

É nesse ambiente que situa o sujeito como coprodutor da saúde no território, que se embasam as análises teóricas e práticas que foram feitas, no intento de refletir o significado das EECC como lugar efetivo de promoção da saúde, uma vez que segundo Mendes (2007), existe a coprodução de sujeitos e coletivos com capacidade de análise e intervenção na realidade, como uma das formas possíveis para a superação dos entraves à mudança nas instituições de saúde.

Ao investigar a promoção da saúde no território do bairro Jardim Guanabara em Fortaleza, a partir da via que elege a espiritualidade como caminho, eu acolho a potência da cultura popular e sua produção de saber como um lugar precioso. Desta forma, acredito que o exercício das EECC, vivenciado centralmente pelas chamadas tradicionalmente rezadeiras e benzedadeiras, permitiram compreensões sobre o cotidiano e suas transformações continuadas, como também de experiências singulares de transcendência, quando lidam com o acervo de saberes sobre espiritualidade das culturas humanas.

O intuito desta dissertação foi de averiguar a produção desses saberes, tendo como pilar a abordagem qualitativa, que na verdade é uma epistemologia, utilizando a história de vida como metodologia, pois, concordando com Portelli (1997, p.17) sobre a importância da história oral, recurso de muitas pesquisas qualitativas, é a subjetividade do expositor que fornece às fontes orais o elemento precioso que nenhuma outra fonte possui em medida igual. Ainda conforme este autor, “A história oral, mais do que sobre eventos, fala sobre significados; nela, a aderência ao fato cede passagem à imaginação, ao simbolismo”.

Desse modo contemplou-se a colaboração das áreas de ciências antropológicas e da ciência espírita, que chama a si o aspecto filosófico e religioso, como acervo de saber espiritual envolvido nas EECC, na busca de desvendar o *fato social total*, como Mauss (1974) conceitua, quando afirma que o objeto real das ciências sociais é o estudo da realidade social, ou seja, um conjunto de fenômenos que se produzem e reproduzem no interior de uma sociedade, designados como fenômenos sociais. Como foi dito, Mauss (1983, p. 142) reconhece o caráter “descontínuo” de sua obra. A unidade desta deriva de um esforço “para

organizar não meramente ideias, mas antes de tudo fatos [...] tomados de civilizações [ainda] não categorizadas” (idem, p. 143).

Ainda segundo o autor, todas as dimensões do real social são peças de encaixe, e, apesar de cada ciência estudar a área que lhe compete, o fenômeno social é total e só é explicado completamente com a junção de todas as dimensões, nunca se esgotando completamente com o estudo de uma só ciência. Daí que possa dizer-se que, separadas as ciências estudam o que lhes compete e juntas complementam-se.

Alude-se que entra neste patamar a ideia de apresentar como as expressões manifestas e os gestos das rezadeiras e benzedoras colaboram com a constituição de um referencial emblemático, potente para proporcionar novo ânimo aos usuários que procuram este procedimento espiritual junto aos saberes das populações dos territórios. Também, pretendo apresentar como ocorre o encontro entre os saberes da esfera espiritual, em sua magnitude com o sagrado, que se revela no ato complexo da EECC.

É sabido que as práticas religiosas não se dão sempre dentro de matrizes espirituais hegemônicas, daí se confrontarem a invisibilidade de seus saberes, na contemporaneidade. Como assegura Santos (2010) em sua ecologia de saberes, proposta ínsita na sociologia das ausências de das emergências, para dar conta de superar as monoculturas dos saberes verifica-se a necessidade de tornar visível essa produção do existente socialmente dito ativamente como inexistente.

É no esforço de trazer essa realidade dos saberes espirituais de cuidado e cura, em um populoso bairro próximo à região de mangue nomeada Vila Velha, na região da Barra do Ceará, que busquei as histórias e os lugares, as práticas e saberes das mulheres que atuam na complexa teia de produção e cuidado e cura do ponto de vista popular em saúde.

Vias de regra quando falamos de religiosidade, subtraímos desta expressão o atributo popular, porque naturalmente cremos que religiosidade, ou no plural, religiosidades, é um vocábulo que se refere, ele próprio, ao que vêm do povo, que pode evocar manifestações ligadas ao sagrado, suas práticas de cura, devoção a santos ou festas de rua, por oposição ao que é oficial, ao que vem da Igreja.

Se falarmos, por contrário, em religião, entendemos que não se trata especificamente do que é popular, mas estaremos falando da hierarquia eclesiástica, dos dogmas e prescrições de uma instituição. Então, não raro, estabelecemos a bipolaridade dos opostos: religião e religiosidade. Já o termo cultura, quando colocado no contexto religioso, dificilmente vem sozinho. Ele vem acompanhado da sua valoração mais usual: popular. E este casamento parece ser bem sucedido para nós: religiosidade e cultura popular. Talvez porque julgemos

que a melhor maneira de compreender a cultura popular seja estudar o religioso, as crenças e as expressões de devoção, sejam elas exteriorizadas ou, ao contrário, contidas.

Segundo Vasconcelos (2007), a Educação Popular em Saúde pode ser compreendida como um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas, o reconhecimento dos seus saberes como válidos e tendo como substrato o corpo teórico da educação popular, formulada por Freire (2005) no Brasil. Por sua vez, Linhares (2007) concebe o diálogo como ato que, partindo da escuta ao outro, nos permite ser transformado por ele.

De acordo com Vasconcelos (2006), a espiritualidade, a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela experiência da transcendência, é fundamental para o fortalecimento dos movimentos sociais. As pessoas do meio popular repetidamente afirmam encontrar em sua religiosidade a fonte do ânimo para se manterem empenhados na busca de uma vida mais digna e feliz apesar das situações profundamente opressivas em que se encontram. E para estranhamente se manterem com encantamento diante da dinâmica da vida.

Para auxiliar na pesquisa, parte primordial do estudo que visa à intensidade de análise do tema e com desígnio de colher os objetivos finais e intermediários, investigou-se e explorou-se autores ligados à área, como Akerman (2007), Alves & Rabelo (2009), Cavalcante (2006), Jacinto (2003), Gomes (2007), Kardec (1983), Koenig (2012), Mendes (2007), Montenegro (2004), Paulics e Piani (2003), Pessine (2007), Pimentel (2009), Saad (2008), Santos (2009), Simão (2010), dentre outros de igual importância, a fim de delimitar a extensão do tema, devido à abrangência e à relevância do mesmo.

O conceito de Promoção de Saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, foi muito importante como referência para o movimento de educação popular em saúde. Promoção de Saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como: Processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, p. 12).

Inúmeras palestras internacionais de Promoção da Saúde foram feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos seguintes, resultando em outras declarações e cartas que resumem suas considerações e recomendações, reforçando o referencial teórico em constituição. A II Conferência Internacional de Adelaide, realizada na Austrália, em 1988, escolheu como tópico central as políticas públicas saudáveis, termo que passou a instituir a reflexão do que na saúde se acha fora do domínio das intervenções médicas ou da saúde

pública tradicional. Assinalam-se, nesse sentido, como políticas públicas o empenho de todos os campos no que diz respeito à saúde e equidade.

De todos os embasamentos da Promoção da Saúde que se aborda aqui, a reflexão sobre a intersetorialidade (MONTEIRO, 2014) é aquela que mais radicalmente nos impele à ação, às transformações no modo de gestão das políticas e conseqüentemente à melhoria da qualidade de vida, a se dar mediante a intervenção nos diversos níveis de deliberação social da saúde. A intersetorialidade vem sendo um exercício social que se tem edificado a partir da insatisfação com limites da organização setorial na abordagem dos fatos complexos de nossa sociedade (MENDES, 1996; AKERMAN, 2007; MONTEIRO, 2014).

Assevera Montenegro (2004), que produzir uma história capaz de apreender as diferentes instâncias da realidade, sem incorrer nos equívocos de uma historiografia convencional, implica a necessidade de inserção na dinâmica cultural da comunidade para compreender a participação dos sujeitos nos processos históricos. Nessa perspectiva, Jacinto já observava que os sujeitos populares não só reproduziam e transmitiam o já sabido, mas reinterpretavam e reelaboravam os saberes intergeracionais, segundo se pode ver:

Para apreender culturalmente modos de vida e meios de sobrevivência de sertanejos, buscou-se compreender os significados de práticas e ofícios realizados por homens e mulheres reconhecidos em suas comunidades como portadores de saberes tradicionais populares: rezadeiras, curandeiros, benzedadeiras, parteiras e profetas. Os agentes destas práticas populares tradicionais apreendem, reelaboram e transmitem seus saberes através de gerações por meio de interações sociedade/natureza/cultura (JACINTO, 2003, p. 146).

Considera-se, também, a inter-relação e o diálogo entre espiritualidade e religião, no âmbito deste estudo (KOENIG, 2001; MOREIRA-ALMEIDA, 2006; LARSON & PANZINI, 1997; PARGAMENT, 1997; SILVA, 2005; LINHARES, 2004). Também no que concerne à aliança espiritualidade e ciência temos KARDEC (1999), DENIS (2002), DELANNE (1995).

É que existe uma associação entre espiritualidade e saúde que resulta na interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; JUNG, 2015).

A espiritualidade e sua relação com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática em saúde. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica, sendo fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (PERES; SIMÃO; NASELLO, 2007).

Entram neste patamar os aspectos da saúde popular, com Alves e Rabelo (2009), Dantas (2009), Walla (2006).

Considerando a sabedoria de Cavalcante (2006), concordamos com a autora quando afirma que “Esse estudo teve a intenção de divulgar a negociação entre gestores, profissionais e as lideranças comunitárias envolvidas com a reza, como um modelo de política pública inclusiva e participativa em saúde”.

Frente à substancial necessidade de diálogo entre saúde e espiritualidade, imposta pela ruptura de antigos paradigmas e a consequente transição para paradigmas emergentes, se elege para pesquisa a necessidade de uma investigação em nível do bairro, tomado como lugar de produção da vida coletiva. Deve-se continuar definindo os contornos desta pesquisa, não sem antes perguntar: como esse objeto de estudo se construiu na minha vida?

1.1 Da história pessoal à construção do objeto de estudo

Objetos de estudo em pesquisa se constroem na história e é preciso que ela evidencie alguns traços do percurso que sugere. Também o lugar do sujeito na história de vida deve ser realçado, uma vez que deve se colocar em pauta o que vai se capturando da pesquisa como aprendizado partilhado e concordando com Velho (1978) quando discute a identificação da antropologia com os métodos qualitativos de pesquisa e reforça que o envolvimento inevitável com o objeto de estudo não constitui defeito ou imperfeição dos métodos utilizados.

Ainda segundo este autor, sendo o pesquisador membro da sociedade, cabe-lhe o cuidado e a capacidade de relativizar o seu próprio lugar ou de transcendê-lo de forma a poder colocar-se no lugar do outro. Mesmo assim, a realidade, familiar ou inusitada, será sempre filtrada por um determinado ponto de vista do observador, o que não invalida seu rigor científico, mas remete à necessidade de percebê-lo enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa. Sublinho então minha presença nesta pesquisa, momento dinâmico de um processo de educação popular, em que, também me sinto sujeito (VELHO, 1978, p. 3).

Minha inserção como profissional de Educação Física, no campo da saúde coletiva, se deu de forma efetiva ao ingressar na primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do município de Fortaleza, no ano de 2009. A Residência Multiprofissional levava-me a uma reflexão no que se refere aos desafios habituais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da própria Educação Física na formulação de

novos métodos e conhecimentos, fazendo parte das configurações do panorama estrutural e circunstancial em que se deliberam as políticas públicas no Brasil e sua efetivação.

Ao relacionarmos o profissional ou professor de educação física neste contexto, concordo com Anderáos (2005), quando diz que envolver-se neste novo cenário, entre profissões já consolidadas no campo da saúde e onde as relações se estabelecem com base em certa hierarquia tradicionalmente posta, não se constitui em tarefa simples. É importante ressaltar que, apenas recentemente, a educação física passou a compor a área da saúde e, no setor público, sua atuação é ainda incipiente.

Ao se definir as Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional da Saúde (RMS), observa-se que elas existem desde 1975, e de acordo com a resolução nº 287/2008 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, tratando-se de uma modalidade de pós-graduação classificada como *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde e afins. Esta Residência Multiprofissional, portanto, é o resultado da união de esforços entre os Ministérios da Educação e da Saúde, com vistas a criar estratégias para formar profissionais aptos para trabalhar no território e comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo é que a busca da integralidade e do cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), resultantes de intensas lutas sociais, constrói-se como necessidade local e regional, abrangendo as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

As RMS se inserem na Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que possui como objeto as necessidades de saúde da população e assinalam como objetivo a educação voltada para o atendimento a essas demandas, utilizando, dessa forma, estratégias de Educação Permanente como eixo transversal e transformador da realidade e a regulação da formação conforme a necessidade do SUS.

Se inserindo na Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que possuem como objeto as necessidades de saúde da população e têm como objetivo a educação voltada para o atendimento a essas demandas, as RMS utilizam-se, dessa forma, de caminhos pedagógicos continuados, de maneira a produzir continuamente a experiência da problematização das demandas do território e, conseqüentemente, a retomada de desafios e respostas a situações-limites (FREIRE, 2005; DANTAS, 2009).

Para o setor da saúde, no qual estou inserido, esta perspectiva política é condição para o desenvolvimento de uma escuta qualificada, onde o cuidado e o fomento do autocuidado se inserem como parte do atendimento às populações. Isto significa uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção ou interferência no andar da vida individual e coletiva, considerando-se o saber das culturas, produzido, porém invisibilizado quase que sistematicamente (SANTOS 2004).

Concordo com Ceccim (2005, p. 3) quando afirma que “aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços; é a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento criativo (disrupturas com o instituído, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade, tocado por ela)”.

Nesse contexto, quando me encontrava no Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), via a premência de acolhermos orientações calçadas em estratégias pedagógicas, capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem como os configurados nas redes de atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como espaço privilegiado.

Desde aí sentia a necessidade da adoção de metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade podiam contribuir muito com a revisão do modelo assistencial, na medida em que possibilitam formar um novo perfil do profissional de saúde, mais humanizado e atento a responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Eu percebia que a produção de saber gerada no diálogo entre profissionais contribuía para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF).

A primeira turma de RMS no município de Fortaleza tivera início no dia 01 de junho de 2009, através do convênio nº 181/2007 firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), mediado pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE). No acordo firmado alinhava-se como objetivo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim foi formado um coletivo composto por sessenta e seis (66) residentes de onze (11) categorias profissionais - Educação Física, Enfermagem,

Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, inseridas na Atenção Básica à saúde do município, através de doze (12) equipes multiprofissionais, em vinte e quatro (24) unidades de saúde, distribuídas, na época, nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza. A diversidade dialógica desse conjunto se pronunciava com bastante ênfase – o que consolidou aspectos de colaboração e valorização do pensamento coletivo, em minha formação permanente. Esta pós-graduação, portanto, se constitui como ensino-aprendizagem em serviço, compondo a política de Educação Permanente em nível municipal, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente (EPS).

A atuação dos profissionais residentes configurava-se em dois formatos: duas categorias profissionais, odontologia e enfermagem deveriam assumir as equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, de acordo com a portaria de 21 de Outubro de 2011, deveria possuir, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

As demais categorias, incluindo a educação física, atuavam na lógica dos Núcleos de Apoio Social à Família (NASF), que foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como afinando a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, as equipes do NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF) - as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, possibilitando que qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

Esta atuação integrada no seio da Residência Multiprofissional permitiu realizar discussões de casos clínicos, proporcionou o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares e possibilitou a construção conjunta de projetos terapêuticos, de forma a ampliar e qualificar as intervenções coletivas e grupais no

território e na saúde de grupos populacionais. Eu me surpreendia ao ver a imensa produção de saber que era gestada em cada perspectiva desta que se efetivava. Crescia em mim o desejo de transformar em questão de estudo acadêmico toda esta experiência singular que eu estava a viver.

As ações de saúde, pode-se dizer que adquiriam também formatos intersetoriais, com foco prioritário na prevenção e promoção da saúde, sendo esta última o acento fundamental de minha atuação.

Nesta estratégia de lotação, minha equipe, composta por dois psicólogos, dois médicos veterinários e um profissional de educação física ficou lotada no Centro de Saúde da Família e Comunidade (CSFC) Doutor Rebouças Macambira, localizado no bairro Jardim Guanabara em Fortaleza, Ceará.

1.2 Saúde e Espiritualidade

Observa-se, atualmente, uma tendência de integrar ciência e espiritualidade até mesmo nos pronunciamentos da Organização Mundial de Saúde: é que desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de ter modificado a primeira proposta de saúde para "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não meramente a ausência de doença" (WHO/MAS/MHP/98.2). (FLECK, 2003).

De acordo com Puchalski (1999), Koenig (2001), Pargament (1995), Moreira-Almeida (2012) a espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

A espiritualidade envolve questões de natureza pessoal e coletiva que impulsiona a busca da compreensão de situações fundamentais da vida; refere-se ao sentido da existência e pode (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos ou compartilhamentos dessa natureza (MOREIRA-ALMEIDA (2012), LOTUFO NETO (2012) & KOENIG,(2001). Já para Hill e Pargament (2003), a espiritualidade está ligada precipuamente a aspectos subjetivos da experiência de busca pelo sagrado. Isso implica, inclusive, atentar para processos através dos quais as pessoas procuram descobrir e, em alguns casos, transformar aquilo que há de sagrado em suas vidas. Segundo Unruh, Versnel e Kerr (2002), duas noções importantes merecem ser destacadas na definição de espiritualidade, uma a transcendência: ligada a uma experiência fora do campo existencial do dia a dia e a outra a conexão: ligação com o plano espiritual.

No que concerne às práticas espirituais de cuidado e cura, comumente chamadas com simplicidade de rezas e benzeções (atos de benzer ou rezar para cuidar ou curar), as mesmas são entendidas enquanto estratégias do saber popular, criadas, desenvolvidas e (re) significadas pela cultura local.

Assim é que se a espiritualidade popular envolve toda uma simbologia espiritual e deísta, e se contempla conhecimentos complexos espirituais, também lida com a concretude dos saberes sobre ervas, banhos, receitas, chás, massagens, escalda-pés, suadouros, garrafadas, medicamentos caseiros e aconselhamentos que se corporificam em concepções terapêuticas que realizam a busca da extirpação das doenças do corpo dos enfermos (OLIVEIRA, 1958) e da alma (SILVA, 2008).

Nesse sentido, me parecia possível perceber a representação do poder dessas mulheres cuidadoras e curadoras, uma vez que a elas são atribuídos o conhecimento necessários para “extirpar o mal” físico, psíquico e espiritual dos indivíduos ou estimular os sujeitos no sentido de ativamente atuarem nesta direção.

Os conhecimentos curativos concediam às rezadeiras a legitimidade representativa necessária para intervir no cotidiano dos indivíduos. Como eles se conectavam com a vida cotidiana e dialogavam com os procedimentos da biomedicina? – eu me perguntava.

Desde muito tempo, crenças, práticas e experiências espirituais têm sido um dos componentes mais prevalentes e influentes da maioria das sociedades. Profissionais de saúde, pesquisadores e a população em geral têm, cada vez mais, reconhecido a importância da dimensão religiosa/espiritual para a saúde (PARGAMENT, 2008; KOENIG, 2006; MOREIRA-ALMEIDA, 2010; CAMELO LEÃO, 2004; SILVA, 2001; ERBERELLI, 2002; MELO, 2007; SAMPAIO, 2005). O número de estudos que investigam a relação entre espiritualidade e saúde tem crescido, é certo, exponencialmente. Contudo, percebo uma importante limitação nesse campo: a ausência de uma consideração do valor dessa questão pelos que atuam com as populações e seus saberes no território, como também pelos teóricos que lidam com promoção da saúde.

Ainda nesse contexto de vivência através da RMSFC, observara, também, através da fala das rezadeiras ou benzedadeiras que a articulação com os serviços de saúde não existia, e que na atualidade elas sofriam preconceito, algumas vezes religiosos, algumas vezes por parte de profissionais ou “doutores”, como elas se referiam. Narravam, ainda, que muitas vezes havia enfrentamento em relação à si e suas atuações, o que levava-me a uma pergunta que foi crescendo como desejo de saber, e que abarcava a reflexão sobre como isso concretamente

acontecias e que mecanismos de resistência elas utilizavam para sua extensa produção de saber perdurar, se desenvolver, camuflar-se, de certa forma, e se comunicar cotidianamente.

Lembrava-me de Touraine (2006) ao afirmar que a subjetivação se dá sob a forma de conflito, de luta contra poderes que limitam a autoconstrução, resistindo ao mundo impessoal e de consumo, à lógica de mercado, e à violência da guerra. Esse processo parecia-me indissociável da luta pela afirmação de direitos universais (igualdade política, jurídica, etc.) e específicos (pela liberdade, pela particularidade). Essa “causa” – a luta por valer o saber de espiritualidade que construíram - seria um conteúdo fundamental da subjetivação dessas mulheres rezadeiras, cuidadoras e curadoras. Como afirmava Touraine: “sente-se sujeito apenas aquele ou aquela que se sente responsável pela humanidade de um outro ser humano” (2006, p. 157).

Nesse campo onde eu busco a justiça cognitiva, ao tentar buscar a produção de saberes populares no território, que me situo. A partir dessa vivência, aqui sumariamente narrada, explico a minha pergunta de pesquisa: - que produção e saberes a experiência de espiritualidade, cuidado e cura, vivida pelos sujeitos populares no território, se tem efetivado como promoção da saúde, no bairro Jardim Guanabara?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender a experiência da espiritualidade, cuidado e cura, ativada pelas chamadas tradicionalmente benzedoras e rezadeiras e que realizam a coprodução da saúde no território do bairro Jardim Guanabara.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ⇒ Relatar a experiência de reconhecimento do território como espaço de produção da saúde pela população;
- ⇒ Analisar os processos envolvidos nas experiências espirituais de cuidado e cura, de modo a desvelar as práticas e o simbolismo que envolve a espiritualidade das pessoas chamadas tradicionalmente de benzedoras e rezadeiras;
- ⇒ Descrever como as rezadeiras constroem seus processos de espiritualização, nos percursos de singularização que vivenciam, autorizando-se para coproduzir saúde no lugar.

A presente pesquisa dividiu-se em seções, tendo seu início na introdução exposta. No primeiro momento abordar-se-á sobre “O conceito de Promoção da Saúde: um dos níveis da prevenção primária”, onde relatar-se-á a experiência de reconhecimento do território como espaço de produção da saúde pela população.

No segundo momento apresentar-se-á sobre “Espiritualidade e Saúde”, identificando e descrevendo os processos de cuidado e promoção da saúde que envolve as práticas e simbolismos de espiritualidade.

No terceiro momento, versar-se-á sobre: “Os primórdios das rezadeiras e suas raízes até os dias atuais”, tecendo como as rezadeiras ou benzedadeiras constroem seus processos de espiritualização, nos percursos de singularização que vivenciam, bem como, a caracterização do Bairro Jardim Guanabara abrangendo políticas públicas, limitações e avanços.

No quarto momento apresentar-se-á a “Metodologia e Análise dos Resultados” onde através de uma entrevista semiestruturada, será possível conhecer as percepções, sentimentos, comportamentos, opiniões e necessidades dos participantes sobre o tema e que contribuíram para o resultado da pesquisa, proporcionando maior ênfase no trabalho realizado. Sendo então, por último as Considerações Finais.

2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Um breve histórico da Promoção da Saúde

Como esta pesquisa se propõe a discutir a promoção da saúde é necessário fazer um resgate da história da promoção da saúde no Brasil e no mundo. Observo que a analogia entre saúde e condições determinantes de vida das populações foi confirmada e especificada na própria origem da medicina contemporânea. Em especial no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, a urbanização e industrialização na Europa, fenômenos históricos complexos, resultantes de inovações tecnológicas e de uma grande multiplicidade de métodos e técnicas, das relações de reprodução do capital promoveu grandes modificações sociais: a degradação das circunstâncias de vida e de trabalho nas cidades seguiu-se de um acréscimo de inúmeros episódios de epidemias.

Historicamente, os médicos comprometidos com o intenso movimento social que surgiu nessa ocasião, ao arrolarem a enfermidade com o ambiente, ponderavam sobre as relações sociais que o determinavam. A medicina fundia-se à política e ampliava-se rumo ao espaço social, como literalmente apregoou Virchow na distinta frase versada por Rosen (1979, p. 80): “A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala”. Os episódios das doenças foram conexos às condições de existência aos formatos de vida dos indivíduos, provocando resultados de processos históricos.

Essa reflexão adaptava-se na época com o ponto de vista anticontagionista, que vinculava a doença a um desequilíbrio de uma série de conjunturas que interferem na vida de um indivíduo ou de uma população, formando uma predisposição adequada ao aparecimento de males. O movimento contagionista, adverso, destacava a precisão de uma razão específica como origem da doença, o que naquele período era tido como conservador e ultrapassado (ACKERKNECHT, 1948).

Contudo o movimento contagionista volveu-se de maneira vitorioso quando ganhou uma qualidade diferenciada com o aparecimento da teoria dos germes (CZERESNIA, 1997). As doenças começaram a serem entendidas como a conexão entre agente etiológico, modificações fisiopatológicas e um conjunto de indícios e sintomas.

O esclarecimento microbiológico para a origem das enfermidades proporcionou à medicina o requisito de interferir no fluxo das doenças transmissíveis, que eram o primordial problema de saúde pública (NUNES, 1998).

O enfermo e o seu ambiente foram para um plano secundário e constitui-se um elo de causa e efeito entre germe e moléstia. A preocupação fundamental do médico passou a ser a doença, e não o enfermo (ROSEN, 1979).

O impacto entre os que indicavam prioridade em causas e intervenções gerais – por exemplo, sobre a fome e a miséria – e os que procuravam prioridade em causas e intervenções específicas continuaram havendo. Mckeown (1979), por exemplo, explanou que a redução da mortalidade na Inglaterra depois de 1840 resultou mais do crescimento econômico, de uma alimentação de qualidade e outras transformações benéficas na condição de vida, do que às influências peculiares da medicina. Porém, a intensa influência da bacteriologia no progresso da medicina influenciou para o privilégio de intervenções características, subjetivas, de cunho predominantemente biológico, situadas no hospital, com progressiva especialização e inclusão de tecnologias. Concretizou-se a posição privilegiada da medicina e dos médicos na descrição dos problemas de saúde e no desígnio das ações precisas ao controle, tratamento e cautela das doenças (TORRES, 2002; CZERESNIA, 2003).

O movimento da medicina preventiva nasceu entre os anos de 1920 e 1950 na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá, em um argumento crucial à medicina curativa. Esse movimento sugeriu uma alteração na prática médica por intermédio da reforma no ensino médico, procurava a formação de profissionais médicos com uma nova posição nos vínculos com os órgãos de atenção à saúde; argumenta a responsabilidade dos médicos com a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças; inseria a epidemiologia dos fatores de risco e imunizava a estatística como critério científico de causalidade (AROUCA, 2003; TORRES, 2002).

Segundo Arouca (2003), o discurso da medicina preventiva surgiu em um campo composto por três discussões: a higiene, que apareceu no século XIX; a vertente dos custos da assistência médica e a redefinição das responsabilidades médicas, que surge no interior da educação médica. A expressão Promoção da Saúde foi usada pela primeira vez por Sigerist, historiador da medicina, quando, em 1945, ele deliberou quatro colocações da medicina: Promoção da Saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação (TERRIS, 1996). Era o movimento da medicina preventiva que aparecia entre os anos de 1920 a 1950, em uma conjuntura crítica à medicina curativa (WESTPHAL, 2006, p. 640).

A fundamentação conceitual do movimento da medicina preventiva foi preceituada no livro de Leavell e Clark, *Medicina Preventiva* (1976), em sua primeira edição publicada em 1958. Esses teóricos debatem em conceitos relevantes no domínio da medicina

preventiva: A “tríade ecológica”, que determina o protótipo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente.

O conceito de narrativa racional das doenças, acentuado como “todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que comprometem a ação global e seu progresso, desde as primeiras demandas que nomeiam o instigação patológica no meio ambiente ou em qualquer lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as modificações que acarretam um defeito, como invalidez, recuperação ou morte (patogênese)” (LEAVELL; CLARK, 1976). O conceito de prevenção, deliberado como “ação antecipada, fundamentada na ciência da história natural na intenção de fazer improvável o crescimento posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976). A prevenção compreende em três fases: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a feita no período de pré-patogênese. O conceito de Promoção da Saúde surge como um dos graus da prevenção primária, determinado como uma gama de demandas que dilatariam uma saúde em excelência. Um segundo nível, o da prevenção primária, seria a proteção específica, com escopo na instituição de entraves que bloqueassem o contato com agentes infectados do meio ambiente e destruíssem agentes patológicos. A fase da prevenção secundária mostra-se em dois níveis: no primeiro, o diagnóstico e terapêutica prematura, e no segundo, a limitação da invalidez. Finalmente, a prevenção terciária, que implica as demandas de reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1976).

O exemplo explicativo e as ações indicadas por Leavell e Clark apresentaram um grande progresso na década de 1960, uma vez que observavam a moléstia sob uma expectativa multicausal e processual. Esses teóricos atraíram a atenção dos profissionais de saúde sobre a plausível demanda sobre o ambiente e sobre os tipos de vida na prevenção de doenças. Inovaram, também, na suposição de medidas preventivas, abrangendo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes – como as laboratoriais, clínicas e terapêuticas – como um pilar e contribuição estratégica. As ações indicadas por Leavell e Clark para a Promoção da Saúde elevaram ações educativas normativas voltadas para pessoas, famílias e grupos (BUSS, 2003).

O ideário da medicina preventiva terminou por criar uma minimização dos aspectos sociais do processo saúde e doença, naturalizando-os ao criar modelos explicativos históricos do adoecer humano (AROUCA, 2003).

Desta forma, as demandas de Promoção da Saúde, mostradas como ferramenta da prevenção primária, estão distantes da intensa ligação entre saúde e sociedade averiguada pela medicina social no século XIX. Porém, é de total importância analisar que a ideia de Leavell e

Clarck, no Brasil, agrupou-se ao discurso da Medicina Comunitária e dirigiu a criação de níveis de atenção nos preceitos e misteres de saúde que regem na atualidade.

Nas décadas de 1970 e 1980, praticamente todos os países do continente europeu e da América do Norte encaravam a crise do Estado de Bem-Estar Social, em decorrência do colapso dos recursos dos Estados e da inaptidão de atenderem às precisões de toda população, que postulava por benfeitorias e amparo. Ficou mais claro para as autoridades sanitárias desses países a significância da influência de outras situações categóricas da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde, como: as políticas globais, nacionais e locais; as mudanças sociais; as diferenças culturais, étnicas e até religiosas. Nesse aspecto, a saúde e a doença não se aludiram mais ao meio ambiente, nem ao sujeito e nem à ação de um sobre o outro isoladamente, mas a uma complicada teia de inter-relações e interdependências em que não se poderia necessitar uma origem última ou uma causalidade linear (LEAVELL; CLARK, 1976).

É nesse nexos da complexidade que, em 1973, Laframboise estabeleceu o exemplo de campo de saúde, que conforme o mesmo a saúde é deliberada por inúmeras variáveis que podem ser aliadas em quatro categorias designadas determinantes de saúde (CARVALHO, 1996; BUSS et al., 2000; CASTRO, 2003).

Esse exemplo será o embasamento da reformulação das políticas de saúde canadenses, as quais ocasionarão alterações neste setor em inúmeros países. Em 1974, a publicação do documento “A New Perspective on the Healthy of Canadians”, pelo governo canadense, introduzia o surgimento de uma nova maneira de determinar as prioridades na produção de saúde, a partir da adoção do conceito de campo de saúde e da construção do movimento de Promoção à Saúde no Canadá (CARVALHO, 2002; CASTRO, 2003). A motivação essencial desse documento, versado como Informe Lalonde (nome do ministro da saúde canadense quando da sua elaboração), era econômica, política e técnica, pois se tentava achar uma direção para encarar o vasto crescimento dos custos com assistência médica e as suas consequências ineficientes (BUSS et al., 2000).

O Informe coloca em jogo os investimentos efetivados em tecnologia de assistência à saúde pelos governos precedentes, a partir dos resultados para fins de melhoria de indicadores de saúde, efetivou investigações sobre a causalidade do método saúde doença no seu país e averiguou que as qualidades de vida e meio ambiental eram os causadores por 80% das origens das doenças e que não estava tendo investimento no domínio dessas origens (ASHTON, 1993; OPAS, 2008; RESTREPO, 2001). Também, o Informe defende que, frente ao envelhecimento da população, a queda da morbimortalidade por males infecciosos e

crescimento dos episódios de patologias crônico-degenerativas, as intervenções no campo da saúde devem olhar à qualidade de vida de forma que as pessoas vivam mais e melhor, usufruindo do crescimento dos níveis de desenvolvimento socioeconômicos (CARVALHO, 2002).

Analisou-se que com esses contextos, Lalonde discutiu, com uma linguagem clara, o papel peculiar da medicina na solução dos problemas de saúde, conferindo ao governo o encargo de deliberar outras normas, dentre elas o controle de determinantes que sublimem o meio ambiente – como a poluição do ar, a banimento dos dejetos humanos, águas servidas etc. O Informe Lalonde, além de acompanhar a deliberação dos provocadores de saúde, apontando uma vasta compreensão da saúde, sugere cinco estratégias para a abordagem dos enigmas nesta esfera, como: promoção da saúde, regulação, eficácia da atenção sanitária, investigação e instituições de metas.

Mesmo assinalando no sentido da complexidade da produção social da saúde, o Relatório Lalonde entra na corrente comportamentalista da Promoção da Saúde, mostrando, essencialmente o tipo de vida e priorizando estratégias como: marketing social, educação para a saúde e estímulo à autoajuda (CARVALHO, 2005). O Relatório defende que as políticas de saúde devem esclarecer, influenciar e assessorar os indivíduos e as instituições a responsabilizarem-se pela adoção de hábitos saudáveis, as quais diminuam sua exposição aos perigos de adoecimento e de óbito (CARVALHO, 2005). Os empenhos de produção de novos componentes teóricos e metodológicos na saúde, que começaram a conquistar legitimidade na publicação do Informe Lalonde, ecoaram expressivamente no momento da convocação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978.

Conclui-se então que a saúde foi, pela primeira vez, agraciada como um direito a ser recebida não só pela melhoria do ingresso aos serviços de saúde, mas, por um trabalho de colaboração com os demais âmbitos da sociedade. A sua tática básica, a Atenção Primária à Saúde, com participação dos usuários no processo, gradativamente, foi comprovando que a meta deliberada por seus participantes – “Saúde para todos no ano 2000” – estaria sujeita a alterações nas relações de poder entre os que proporcionam serviços de saúde e os que os usam, bem como de um investimento nos níveis socioambientais e políticas que comprometem a saúde das populações.

A Conferência de Alma-Ata recomendou que, para alcançar a meta de “Saúde para todos até o ano 2000”, um conjunto de oito estratégias eram essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e

controle, fornecimento de alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico apropriados, atenção materno-infantil e planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças endêmicas, tratamento apropriado de enfermidades comuns e acidentadas, e a distribuição de medicamentos essenciais (BUSS et al., 2000, p. 172).

As recomendações, o objetivo e a centralidade da Atenção Primária em Saúde na organização dos serviços e sistemas de saúde defendidos em Alma-Ata serviram para retomar a perspectiva mais ampla da Promoção da Saúde e fortalecer politicamente seus defensores, tanto na OMS quanto nos diferentes países (CASTRO, 2003, p. 164).

Vale destacar que, ainda entre o fim da década de 1970 e o início dos anos 1980, as pesquisas epidemiológicas de Ratcliffe e o Relatório Black robusteceram a confirmação de que existe uma relação positiva entre injustiça social e adoecimento, ratificando a relevância do vínculo entre a forma de disposição da sociedade e a saúde da população (CARVALHO, 2005).

Quer seja começando da demarcação de saúde como um estado de bem-estar físico, social e espiritual – tal como criado pela OMS, em que sua definição foi acoplada à Carta de Ottawa, como segue, quer seja como aptidão para encarar os infortúnios do viver – tal como desenvolvido por Canguilhem (1995) – a compreensão no que diz respeito a saúde exige a participação dos sujeitos (indivíduos e grupos).

Não obstante o magnífico progresso técnico-científico dos conhecimentos em saúde que o Ocidente, de forma geral, proporcionou nos últimos cinco séculos, especialmente no que diz respeito em relação ao conhecimento de doenças e maneira de confrontá-las, a saúde em ainda sendo compreendida a partir do conhecimento individual e cultural dos sujeitos. É tanto no campo de nossa cultura e sociedade que compreendemos o que é ser saudável, quanto na sabedoria como assevera (CAPONI, 2003).

Contemplar a saúde em uma esfera positiva, como faz a Promoção da Saúde, requer adicionar componentes que ultrapassam o aspecto biológico dos órgãos, tecidos e funções do “corpo vivo”, atingindo aparências relacionadas ao “corpo vivido” (ORTEGA, 2008), ou seja, à experiência dos indivíduos. Nesse conhecimento, estão inseridos fatores estressores e protetores oriundos das várias maneiras que sujeitos e grupos acharam para instituir parcerias entre eles, ou melhor, com todos.

Desta forma, todo o conhecimento técnico-científico em saúde pode não ser o suficiente, mas somente um dos componentes para a criação de um projeto terapêutico eficaz para cada caso específico. Junto a esse componente, deve ser posto ao conhecimento dos indivíduos, e deve ser ponderada sua participação, se o que se almeja é realmente a construção

de projetos de renome prático e próspero (AYRES, 2001), quer dizer, a criação de projetos de vida saudáveis. A expressão Promoção da Saúde, conexo com autonomia e liberdade, começou a ser mais e mais usado por profissionais de saúde descontentes com as investidas verticais e normativas, esquematizadas e implementadas sem a participação dos distintos atores arrolados. Parte desses profissionais foram os responsáveis pela preparação do Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, nomeado “Para além da assistência à saúde”.

Nesse acontecimento, feito para analisar os avanços em relação à saúde da população canadense, depois de dez anos da divulgação do Informe Lalonde, foram consolidadas as diretrizes de uma nova proposta de Promoção da Saúde, dirigida pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por desígnios de pesquisa da equidade, por intermédio de ações intersetoriais. Após desse evento, Leonard Duhl legislou o ideário de “Cidades Saudáveis” como uma utopia a ser atingida, sendo essa tática e as diretrizes de Promoção da Saúde, recém-formulados, adotados e postos em prática em vários lugares canadenses e europeus (DUHL, 1986; ASHTON, 1993)

2.2 As Conferências Internacionais e a Promoção da Saúde

As conferências internacionais proporcionadas pela Organização Mundial de Saúde foram, durante 20 anos, cooperando para que se criassem reflexões sobre a teoria e a prática da Promoção da Saúde, correspondente à vertente explicativa socioambiental do método saúde-doença, no intuito de aperfeiçoá-la e contextualizá-la, proporcionando vida e direção a esse referencial teórico mestre, incluído neste campo de conhecimentos e práticas.

Conforme Ashton (1993), as ações no campo da Promoção da Saúde se orientam, essencialmente, pelo interesse em requerer a igualdade, pela precisão de reorientação dos serviços de saúde e de dilatação da participação comunitária. O autor afirma, ainda, que a Promoção da Saúde se orienta pela precisão do desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado, que, conexos, podem criar ações em que a amplitude possa proporcionar o enfrentamento da multicausalidade do método saúde-doença. Para Restrepo (2001), outro prestígio positivo para a instituição da Promoção da Saúde, nesse aspecto, foram os resultados das pesquisas epidemiológicas avaliativas concretizados sobre a intervenção direcionada a diminuir a influência dos “Fatores de Risco de Doenças Coronarianas”. Essas pesquisas realizaram-se na cidade de Carélia do Norte, na Finlândia,

entre 1970 e 1980, apresentando como uma tática desenvolvida e dilatada, que abrange processos participativos e políticos, proporciona o enfretamento de situações e modos de vida desfavoráveis à saúde e minimizou incidência e as consequências das moléstias na população. Esse célebre projeto comprovou a importância da integração da população na resolução dos agravos na saúde, da advocacia por políticas públicas benéficas, correspondentes à produção de alimentos, à constituição cidadã das crianças em idade escolar, ao controle do tabagismo, entre tantas demandas (PUSKA, 1995 apud RESTREPO, 2001).

A imagem mais ampla de Promoção da Saúde, assim como a criação de novas técnicas conexas com suas bases político-ideológicas, vem ocorrendo (nos últimos 20 anos) particularmente depois da realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. As primeiras discussões aconteceram nos países desenvolvidos, essencialmente no Canadá e nos países da Europa Ocidental e, mais recentemente, vem sendo aceita na América Latina e em vários países em formação de outros continentes, como um movimento que pode cooperar na recuperação do fluxo ético da vida e da saúde.

Em decorrência da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, onde os profissionais concentrados em Ottawa, no Canadá, acataram a Carta de Ottawa, documento considerado o mais relevante marco conceitual da Promoção da Saúde. Essa Carta parte do julgamento dilatado de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde, conforme o qual a saúde é um estado de bem-estar holístico demarcado pela composição de enfoques biológicos, sociais, econômicos, educacionais, culturais e ambientais. O conceito de saúde que permeia a Carta de Ottawa acentua que: Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas (PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000, p. 12).

Nesse olhar positivo do processo, que versa a função das potencialidades subjetivas e socioculturais para a criação social da saúde, esta deixa de ser um desígnio a ser atingido, volvendo-se um recurso para a formação da vida (PILON, 1992). A capacitação dos grupos conferido na Carta de Ottawa deveria ser feita em dois aspectos: (1) mais voltado para a melhoria das qualidades de vida, por intermédio da participação na formulação de políticas públicas salutaras que lhes proporcionassem atingir funcionalidades simples, como alimentar-se, ter abrigo e saúde; e (2) um aspecto mais pessoal, correspondente ao alcance de funcionalidades que abrangem o auto-respeito, as aptidões que beneficiam a integração social, a disposição para participar da vida social e demais ocupações.

A definição do processo de aptidão de que cita a Carta de Ottawa, ao que tudo indica, era o de que ações fossem realizadas para motivar os sujeitos e as

coletividades a refletirem criticamente sobre as condições que interferem na saúde, para que pudessem advogar pelo reconhecimento da saúde como um direito e como uma questão muito importante que deve ser levada em consideração nos processos de tomada de decisão governamentais e não governamentais relacionadas à qualidade de vida. Essa capacitação, somada às ações de ampliação de poder e mobilização da população de modo geral, pode contribuir, inclusive, para que a saúde seja considerada como um critério de governo no processo de tomada de decisões sobre desenvolvimento econômico-social. A partir da concepção de saúde definida na Carta de Ottawa, firmaram-se compromissos para a implementação da promoção de saúde, que extrapolam o setor e exigem parcerias com outros setores do governo e da sociedade. Fazia-se necessário, portanto, convocar outras forças sociais para participarem desse movimento de ampliação da Promoção da Saúde. Era preciso fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social da saúde e na responsabilização sobre ela. O projeto da Promoção da Saúde centra-se, a partir de então, na obtenção da equidade sanitária, assegurando a igualdade de oportunidades e proporcionando os meios que possibilitem a toda a população desenvolver ao máximo sua “saúde potencial” (BUSS et al., 2000, p. 173).

Aconteceu uma importante ênfase para a intersetorialidade e para a criação de alianças e ajustes em torno de impactos positivos para proporcionar a saúde. Para Andrade (2006) “a intersetorialidade se coloca como categoria central no direcionamento de intervenções que fortalecem a gestão pública. Ela representa a articulação de saberes e de experiências para o planejamento, avaliação de políticas, programas e projetos, cujo fim é alcançar resultados cooperativos em situações complexas. A intersetorialidade tenta atender à questão de que os problemas reais cruzam os setores e têm atores que se beneficiam ou são prejudicados por eles. Os problemas de saúde são parte dessa complexa questão, de causalidade múltipla, que afeta as populações, necessitando da articulação de saberes e experiências para seus enfrentamentos”.

Em 1991, quando aconteceu a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Sundsvall, na Suécia, o bloco soviético já estava em declínio e já estava se instalando um novo projeto de sociedade em torno do progresso neoliberal e globalização da economia. Esse congresso teve a grande função de por o tema ambiente na agenda da saúde. O “ambientalismo”, como um movimento social pronunciado pelo acréscimo da consciência arrolado aos problemas, as calamidades e às crises ambientais, estava, então, tornando-se uma nova utopia, passando a movimentar inúmeros padrões da sociedade.

Na Conferência Internacional realizada no Brasil, em 1992, a ECO 92, foi conferida a relevância da criação de espaços de apoio à Promoção da Saúde, a precisão de políticas públicas saudáveis no meio ambiental e, à primordial, o respeito à sustentabilidade nos métodos de desenvolvimento. No período da Conferência Internacional de Jacarta, em 1998, na Indonésia, a globalização da economia como a modernização tecnológica, especialmente

na área da comunicação, já se direcionavam para o crescimento, estabelecendo-se no ápice do método de internacionalização do universo capitalista. A ideologia hegemônica, com valores distintos de outras épocas da história, dá sustentação à nova época do capitalismo e, assim, à economia de mercado global, intervindo na dinâmica da vida e do trabalho. Demarcou-se, então, uma questão que buscou discutir estas demandas compreendendo profissionais de marketing e empresários do setor privado no intuito de lidar com a heterogeneidade e aumentar a inclusão na quantidade de setores.

Conclui-se que as considerações foram que, para a formação das ações, em especial as catalogadas às políticas públicas, seria relevante que os profissionais procurassem criar parcerias e coligações para a solução dos problemas, a partir da discussão em conjunto e de sua causalidade, sem desmerecer o choque de interesses, os pontos éticos, e criando métodos de acordos e ligações para a tomada de decisão.

A Declaração de Jacarta instituiu cinco primazias para a Promoção da Saúde até o século XXI, na intenção de encarar o novo tempo com novas experiências e novas táticas como:

- 1) promover a responsabilidade social pela saúde;
- 2) aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos sujeitos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde;
- 3) expandir e consolidar alianças para a saúde;
- 4) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde; e
- 5) assegurar a infraestrutura para a Promoção da Saúde (Leavell & Clark, 1976).

Na época da V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, acontecida no México, no ano 2000, notou-se que a maioria das obrigações adotadas no período das Conferências anteriores não tinha sido realizada. Uma nova técnica de trabalho foi deliberada proporcionando ênfase a questão com os representantes ministeriais dos países que estavam presentes.

Os ministros assinaram a Declaração Presidencial, conferindo reconhecer a colaboração das táticas de Promoção da Saúde para a conservação das demandas de saúde em rede local, nacional e internacional, e empenhando-se a constituir Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso da incorporação das táticas de Promoção da Saúde na política nacional e local. Os técnicos presentes rediscutiram os temas correspondentes às prioridades decretadas na reunião ministerial, consolidando a estima da Promoção da Saúde, da focalização dos ocasionadores da saúde e da necessidade de se constituir um mundo com mais justiça (ANDRADE; BARRETO, 2002; WESTPHAL, 2007).

Depois de 20 anos da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, aconteceu a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bangkok, em 2005. Na época, contestou-se de forma intensa a questão da globalização, como ampliadora de diferenças e conflitos sociais, mas também de potencialidades que devem ser estimadas pelos partícipes da Promoção da Saúde.

O ciclo tecnológico do conhecimento é uma dessas potencialidades que tem proporcionado e aumentado ininterruptamente a promoção e a troca de mensagens com celeridade, promovendo a universalização e o fortalecimento de novos fluxos sociais, como o feminista, o ecológico, o racial, entre outros, o que contribui e revigora a advocacia por direitos e por políticas públicas saudáveis e equânimes. Inúmeras táticas foram questionadas no intuito de assegurar a sustentabilidade ambiental e das demandas de Promoção da Saúde, sendo que a procura e a instituição de sociedades foram valorizadas como relevantes elementos, dentre eles o setor privado, apesar das controvérsias que esse tipo de ação contém.

A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Nairobi, no Quênia, em outubro de 2009, apresentou táticas chaves e os ajustes precisos para implementar e criar ações de promoção de saúde. Partiu da hipótese que tanto os países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos confrontam-se com situações de saúde que afetam o futuro e o desenvolvimento econômico dos países. Assim, foram elencados encargos a serem admitido sem caráter emergencial pelos governos e tomadores de decisão: fortalecer as lideranças, abarcar a promoção da saúde como política transversal, relacionar comunidades e sujeitos, fortificar os métodos participativos e criar e empregar experiências em torno da procura de destaque sem efetividade da promoção da saúde.

Na intenção de colaborar na prática da ação intersetorial em todas as políticas dos países, aconteceu, em 2013, a VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Helsinque, na Finlândia. Com a designação de Saúde em Todas as Políticas, averiguou o impacto e o progresso da Promoção da Saúde desde a Conferência de Ottawa; enfatizar a função principal da saúde na economia e sua ligação com desenvolvimento humano e social, bem como assinalar uma gama de interconexões que já têm nas seções, e que mostram o choque sobre as situações de vida e saúde dos grupos populacionais. A partir do diagnóstico das Conferências Globais de Promoção da Saúde, organizadas pela OMS, observa-se que, pouco a pouco, foram sendo reforçados e lavrados conceitos fundamentais como a igualdade, a participação social e a intersetorialidade, que requerem o fortalecimento da saúde pública no que tange o compromisso de “saúde para todos” (WESTPHAL, 2007).

Nota-se que as diretrizes deliberadas na Carta de Ottawa, aprofundados e modernizados durante 20 anos, da mesma maneira que as diretrizes do SUS estão orientando políticas e demandas de vários profissionais, como vocês, arrolados no campo de Promoção da Saúde, apesar do obstáculo em encararem as forças hegemônicas, oriundas da fragmentação dos setores técnicos e que têm escopos fundamentais biomédicos, que se opõem a elas.

A proposta preservada a partir da Conferência de Ottawa e dos termos legais do Sistema Único de Saúde aumenta a obrigação do setor saúde, pondo-lhe outras áreas de ação:

- 1) a defesa de políticas públicas saudáveis;
- 2) a articulação para criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros;
- 3) o fortalecimento da ação comunitária;
- 4) o apoio ao desenvolvimento de habilidades e atitudes, especialmente em relação aos estilos de vida saudáveis; e
- 5) a reorientação da gestão dos serviços de saúde.

Também é importante versar a realização da Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável – Rio + 20, que aconteceu no Rio de Janeiro, em outubro de 2012, e que foi antecedida pela Conferência Internacional de Saúde Urbana, pela Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2011, pelos Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e pela Conferência Nacional de Saúde Ambiental.

A Rio+ 20 pôs em relevância as ligações entre Desenvolvimento Sustentável e Saúde na probabilidade da promoção das igualdades, reafirmou os compromissos adotados na Rio 92 e mostrou os percursos para fazer devido aos desafios globais que se mostram à humanidade, tendo como referência as dimensões econômicas, ambientais e sociais (NETTO, 2012).

Ainda Netto (2012) assevera que a obrigação em torno da igualdade social e em saúde focalizou o desempenho sobre os causadores sociais da saúde com uma vasta abordagem intersetorial. A igualdade em saúde foi avaliada como uma responsabilidade participativa que pleiteia o engajamento de todos os domínios governamentais, dos distintos segmentos da sociedade e de todos os envolvidos da comunidade internacional, em uma ação global de “todos pela equidade” e “saúde para todos”.

2.3. Dos Determinantes Sociais de Saúde

Versa-se em corroborar que a saúde é socialmente deliberada e que sua criação abrange diversas áreas de responsabilidade e toda ação humana que concorda deliberada

maneira de viver. No Brasil, há mais de 20 anos, o Movimento da Reforma Sanitária tem confirmado que a saúde de todos nós é decorrente de uma gama de fatores. A Constituição Federal (1988) reza: “a saúde é um direito radicalmente vinculado à existência de políticas econômicas e sociais, que deverão assegurar outros direitos fundamentais como, por exemplo, moradia, alimentação, educação e lazer” (BRASIL/CF, 1988).

O processo de produção da saúde e do adoecimento tem sido objeto de reflexão e análise de forma constante na história da humanidade. Ao longo dos séculos, estabeleceram-se diferentes marcos explicativos para a relação saúde/ doença, suas causas e consequências na vida cotidiana de sujeitos e coletividades. Conforme acompanhamos no módulo 1, a Promoção da Saúde alinha-se à perspectiva de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer, e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

A Lei n. 8.080/1990 ratifica: cuidar da saúde envolve o compromisso de abordar os seus fatores condicionantes e determinantes. Dessa maneira, parece que há uma clara opção em afirmar que, para produzir saúde, é necessário ampliar nosso olhar, nossa atenção para ouvir; para a nossa maneira de pensar e agir e analisar os modos de viver dos indivíduos e coletividades. Para produzir saúde, portanto, é fundamental ter claro o conceito de modos de viver. Os modos de viver – cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de respostas diante das dificuldades cotidianas, cada gesto, palavra, sorriso ou lágrima, enfim, tudo que somos nós é marcado por muitas circunstâncias que podem produzir, mais ou menos, saúde ou adoecimento. As circunstâncias em que vivemos são os determinantes sociais de nossa saúde. Os debates sobre o conceito de determinantes sociais da saúde iniciaram-se nos anos de 1970 e 1980, ou seja, são contemporâneos do desenvolvimento da Promoção da Saúde e compartilhavam com ela o entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida em uma sociedade. Nos últimos anos, o foco nos determinantes sociais de saúde ganhou ainda maior relevância com a criação, em 2005, pela Organização Mundial da Saúde, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de ratificar a importância dos determinantes sociais na situação de saúde da população e a defesa radical da redução e/ ou extinção das iniquidades em saúde (CARVALHO; BUSS, 2008, p 152).

Adotando esse seguimento e guardando conexão com o processo de ampliação do Movimento da Reforma Sanitária, o Brasil instituiu, em 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), arranjada por 16 lideranças sociais de inúmeros domínios do saber. Após um vasto trabalho de revisão do conhecimento originado sobre os determinantes sociais da saúde, a CNDSS tem proposto vários enfoques para a exploração de construções, por intermédio dos quais se praticam demandas sobre os determinantes sociais

com o desígnio de diminuir iniquidades em saúde, como os exemplos de Dahlgren & Whitehead, 1991 e de Solar & Irwin, 2010. Preservadas suas especificidades, esses modelos procuram criar uma hierarquia de deliberações entre fatores ligados com a macroestrutura econômica, social e cultural e aqueles acoplados às condições de vida e trabalho, aos determinantes biológicos, as condutas individuais e aos tipos de vida.

2.4. Dos Modelos Propostos

A amostra criada por Dahlgren e Whitehead (1991) organiza as situações que constroem nossa forma de viver e nosso método saúde-doença em distintas camadas, reunindo perspectivas individuais, sociais e macroestruturais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Desta forma, alude-se que o esquema nos proporciona contemplar didaticamente uma cadeia de fragmentos complementares de nossas vidas e avaliar as relações estreitas e indissociáveis que elas têm. É admirável lembrar que, assim como cada forma de viver é uma constituição de circunstâncias, e cada uma das jurisdições é o termo único da articulação dos causadores sociais da saúde.

No grupo didático sugerido por Dahlgren e Whitehead (1991), os geradores sociais estão arranjados por graus de abrangência em diversas classes: a mais próxima, aludindo-se aos modos subjetivos e a mais remota, aos macrodeterminantes. Na camada imediatamente externa, surgem a conduta e os modos de vida singulares. Esta camada está contida no limite entre os fatores singulares e os Determinantes Sociais da Saúde, já que as condutas dependem não somente de escolhas realizadas pelo livre arbítrio dos sujeitos, mas também de Determinantes Sociais da Saúde, como ingresso a informações, publicidade, pressão de pares, probabilidades de acesso a mantimentos saudáveis e ambientes de lazer, dentre tantos. A classe vindoura apresenta a influência das redes comunitárias e de base, cuja maior ou menor prosperidade mostra o grau de conexão social que é de essencial relevância para a saúde da sociedade como um todo.

No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008, p. 14).

Conforme o Relatório Final da CNDSS (2008), as táticas de intervenção para a promoção da igualdade em saúde necessitam incidir sobre os distintos graus em que Dahlgren e Whitehead (1991) aparelham os determinantes sociais da saúde. Em um sentido compreensivo, a promoção saúde ocorreria pela organização de um sucessivo de demandas aptas para modificar positivamente os componentes que arquitetam os nossos meios de viver, desde um grau de governabilidade mais próximo ao indivíduo até aquele mais remota que abrange às políticas macroeconômicas, culturais e ambientais estruturantes da sociedade.

Nota-se que o projeto de Dahlgren e Whitehead (1991) se expande com a inclusão dos níveis de intervenção sobre os geradores sociais da saúde, remetendo a duas condições imperativas para que as demandas de Promoção da Saúde sejam efetivadas: a participação social e a intersetorialidade.

Carvalho e Buss (2008) arranjam as intervenções em três níveis de inclusão: proximal, intermediário e distal. Na inclusão proximal, estão nossas opções, costumes e rede de relações. Nesse grau, as intervenções abrangem políticas e estratégias que beneficiam opções saudáveis, modificações de condutas para diminuição dos riscos à saúde e a criação e/ou fortalecimento de vínculos de solidariedade e credibilidade. Dessa forma, acontecem programas educativos, projetos de comunicação social, ações de ampliação do acesso a opções saudáveis (alimentação saudável, espaços públicos para prática de atividades físicas etc.), construção de espaços coletivos de diálogo e incentivo a organizações de redes sociais.

No nível intermediário, estão as condições de vida e trabalho que partilhamos em uma determinada organização da sociedade. Nesse nível, as intervenções implicam na formulação e implementação de políticas que melhorem as condições de vida, assegurando acesso à água potável, saneamento básico, moradia adequada, ambientes e condições de trabalho apropriadas, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Aqui, exige-se a promoção de ações sinérgicas e integradas dos diversos níveis da administração pública (idem). No nível distal, identificamos as políticas estruturantes de nossa sociedade. Trata-se de intervir para a consolidação de políticas “macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 162).

Ainda, para os autores supracitados:

Sabe-se, contudo, que a sistematização acima é meramente um recurso didático. Na realidade de cada território e da vida de cada um de nós, todos esses níveis de determinação acontecem e operam ao mesmo tempo e de maneira inseparável. Sempre somos senhor ou senhora X, que mora no bairro Y de uma metrópole ou de um pequeno município rural, trabalha no local Z, vem de uma família B ou C, tem mais ou menos amigos, é religioso ou ateu, entre um milhão de outras possíveis circunstâncias. É com todos os determinantes sociais da saúde que chegamos aos

serviços de saúde, sejamos profissionais, usuários ou gestores! É, então, fundamental que as intervenções nos níveis proximal, intermediário e distal se deem baseadas na intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 162).

A proposta parece ser o de não deixarmos nossa agilidade em observarem sua totalidade aquele indivíduo e/ou comunidade com os quais laboramos, mesmo quando for preciso reconhecer que intervir sobre as “causas das causas” de seu adoecimento está longe de atingir direto nossa demanda, plano ou projeto. Pois, é a partir da prova contínua de não nos prendermos somente às ocupações e aos protocolos diários e automáticos que poderemos efetivar a Promoção da Saúde, uma vez que ela se faz de maneira a que profiramos todos os graus de deliberação da saúde na análise da condição em saúde, na abordagem das precisões dos indivíduos e comunidades, na proposição de projetos terapêuticos únicos e projetos de saúde coletiva de um território, na procura conjunta de resoluções com a população e com outras políticas públicas.

Nota-se que a Promoção da Saúde, realizada como política nacional do SUS, estabelece desafios teóricos e estratégicos na criação de novas estágios e de compromissos públicos em torno da produção da saúde. Desafios que requerem que apreendamos com coerência conceitos que, por várias vezes, usamos de maneira natural, como uma gíria evidente dos profissionais de saúde, mas sem a necessidade e, essencialmente, sem nos aprofundarmos nas implicações metodológicas de sua utilização.

A Conferência Mundial dos Determinantes Sociais de Saúde, acontecida no Rio de Janeiro, em 2011, debateu uma base conceitual de atuação sobre os determinantes de saúde a partir do exemplo de Solar & Irwin (2010; OMS, 2011). Os inúmeros componentes do exemplo, como o contexto socioeconômico e político é um aspecto relevante ao incluir componentes que podem afetar a saúde de maneira mais decisiva: a governança, as políticas macroeconômicas, as políticas sociais e públicas (ou a ausência de tais políticas), a cultura e os valores sociais. Esses componentes darão origem a uma gama de posições socioeconômicas que são estratificadas conforme a renda, educação, ocupação, sexo, raça/etnia e outros determinantes.

Sendo assim, ligados, a situação, os mecanismos estruturais e a posição socioeconômica dos sujeitos são deliberados como determinantes estruturais, ou como os determinantes sociais das desigualdades na saúde. Essas estruturas – que alteram o posicionamento social dos sujeitos é o motivo maior das iniquidades em saúde e, devem ser uma prioridade na opção da intervenção. Esses mecanismos impactam inteiramente sobre os ocasionadores intermediários, como as situações materiais, os fatores em relação a conduta e/ou biológicos, fatores psicossociais e o próprio regulamento de saúde.

As disposições materiais abrangem fatores como condições de moradia e trabalho, disponibilidade de mantimentos; os fatores comportamentais e biológicos compreendem

nutrição, atividade física, ingestão de tabaco e álcool, além dos fatores genéticos, que são disseminados de maneira caracterizada entre os diversos grupos sociais; as situações psicossociais incluem os estilos de vida estressantes, os relacionamentos, os apoios sociais e as maneiras de enfrentamento de problemas. A função do preceito de saúde torna-se relevante ao considerar e priorizar a questão do acesso, ao ligar as diferenças de exposição e de vulnerabilidade das classes sociais, e por dar destaque à ação empregada e intersetorial.

O modelo aponta, ainda, a importância da coesão social e do capital social que articulam os determinantes estruturais e intermediários, e destaca a necessidade de implementação de intervenções coordenadas e coerentes entre si que influenciem os determinantes estruturais e impactem sobre a equidade em saúde e o bem-estar. Hoje, já se reconhece que a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e beneficiam mutuamente (OMS, 2011, p. 07 e 08).

Se refletirmos na técnica de promoção da saúde, percebemos que esses *approaches* aportam subsídios para a captação de estruturas que podem ter um resultado positivo sobre as propriedades de vida e saúde das coletividades. Ao operar sobre uma temática particular, podemos nos indagar: é admissível concretizar projetos de promoção da saúde volvidos a construir uma administração local apropriada à implementação de ações sobre os determinantes sociais? Quais seriam os perfis a serem ponderados nesta abordagem? Que medidas podemos trilhar para politizar as ações dilatadas em nossas experiências, isto é, como integrar os riscos aos categóricos estruturais?

Debater formatos de trabalho, de sentido de ações e de avaliação e monitoramento pode mudar a governança, intervindo, assim, nos determinantes que nutrem as iniquidades?

Podemos, também, procurar diminuir os diferenciais de exposição a contratemplos, tendo como desígnio, por exemplo, as camadas que vivem em níveis de habitação e trabalho insalubres, ou estão sujeitados a carências nutricionais?

Se almejarmos afrontar, por outro lado, diferenciais de vulnerabilidade, quais seriam as interferências mais efetivas para este fim? Como poderíamos intervir no regulamento de saúde de maneira a incluir o acesso, a melhoria da qualidade dos serviços, o amparo a deficientes, a entrada a cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento justos, que evitem o empobrecimento adicional motivado pela enfermidade?

Que articulações ou coerências com outros limites pode conseguir para levar da atenção aos problemas de saúde a uma intervenção positiva de alteração dos contextos causadores destes problemas? Trata-se, assim, de um extenso processo social de constituição

de condições de vida que tem, com certeza, objetivos atrelados ao setor saúde, mas não se sintetizam a ele.

A Organização Mundial de Saúde reafirma que “algumas ações realizadas sobre os determinantes sociais pedem que o governo como um todo e a sociedade estejam envolvidos e que haja uma preocupação explícita de que equidade em saúde seja um objetivo das políticas e leis nacionais. Outras demandam simplesmente que os setores façam um trabalho bem feito (por exemplo, no que tange ao desenvolvimento e à implementação de impostos e à política educacional). Porém, muitas políticas cruciais exigem que haja colaboração entre setores ou ações intersetoriais” (OMS, 2011, p. 15).

Colocam-se em destaque, assim, outros desígnios de natureza intersetorial viabilizados pelas afinidades entre as forças sociais que se consolidam no habitual e que arranjam a vida em sociedade. Um sentido sobre a deliberação social do processo saúde doença, nesta expectativa, traz a comprometimento de alcançar que ações sociais, particulares, institucionais e que direções participativas e em circuitos podem ser ativados, de tal posição que as melhorias das situações de vida e saúde se efetivem.

As atuações por cidades, comunidades e jurisdições saudáveis podem ser apreciadas como bons exemplos para esclarecer a atuação a partir da ampla abordagem de Promoção da Saúde com *approach* nos determinantes sociais da saúde. A precisão de se refletir em projetos de intervenção nas cidades e nos territórios fundamenta-se no fato de que, abonada a distinção e complexidade desses espaços, as dificuldades estão inter-relacionadas uns aos outros. Nessa acepção, a intervenção se torna para o crescimento das potencialidades das cidades, das comunidades e dos territórios – sua aptidão, cultura e história – o que comprova o conhecimento de que as melhores abordagens sobre conveniências e problemas se acham entre os atores que os vivenciam (DUHL, 1986).

As primeiras mostras de cidades saudáveis no Brasil datam do começo da década de 1990, com a contribuição de técnicos do Canadá e, posteriormente, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que começa a estimular, naquela época, projetos em na América Latina.

Nas décadas seguintes, diversos eventos nacionais e regionais aconteceram em nosso país e debateram suas perspectivas conceituais, legais e operacionais. Atualmente, podemos destacar as iniciativas de redes regionais de cidades/municípios, comunidades saudáveis e territórios saudáveis e sustentáveis, como a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, a Rede de Comunidades Saudáveis (RJ) e Territórios Saudáveis e Sustentáveis para o Distrito Federal (MENDES, 2008).

O intento de se trabalhar em redes é ponderado como uma forma de colocar em ação técnicas articulatórias mais horizontalizadas que implicam a identificação de sujeitos coletivos que se acoplam em torno de valores, escopos e projetos frequentes. Fica claro que, conservadas suas especificidades, as coligações trabalham com probabilidades muito próximas que procuram (MENDES, 2008): mover e induzir os sujeitos a colaborar desenvolvendo métodos participativos e soluções por intermédio de ação conjunta; distinguir e valorizar as provas e dar voz aos atores da sociedade civil e dos institutos locais; explorar práticas cada vez mais proferidas e fortalecer a gestão agregada e participativa proporcionando realce à intersetorialidade que brota como uma admirável estratégia e como sinônimo de sinergia, de competência de articulação dos distintos níveis, desde o central, o regional, até o local, em torno de desígnios direcionados à melhoria da qualidade de vida e ao bem-estar das pessoas; cultivar programas participativos e medir permanentemente as ações, de maneira a cogitar sobre a sustentabilidade dos projetos, das atuações e das políticas, convertendo-a em questão constante de pauta para os gestores.

2.5. Promoção da Saúde – Reflexões sobre Alguns Fundamentos

É essencial abordar a importância da autonomia, quando se perfilha cada indivíduo como um cidadão de direitos que deve ser considerado em sua singularidade e ouvido quanto às suas precisões em saúde. Para melhor compreender esse conceito, é notável, primeiramente, repudiar a concepção filosófica meditativa de um indivíduo retraído sobre si mesmo, consagrado a resguardar suas próprias ideias, na utopia de que elas são frutos de um trabalho subjetivo, independente de afirmação de conteúdos internos, livres de qualquer intercessão do meio.

A autonomia é, ao adverso, um estado que se edifica na relação com o outro, ou seja, socialmente, o conceito que cada um de nós se compõe como sujeito (CASTORIADIS, 1991).

Quando raciocinamos sobre autonomia, não estamos fazendo referência a um processo de opções excepcionalmente individuais, a um exercício de ambição puro e simples, uma vez que todo momento estamos mergulhados numa rede de relações que permitem e evitam, libertam e violentam as nossas escolhas e decisões (CAMPOS et al., 2004a).

Ao oposto da independência, a autonomia é, aceita, portanto, como uma questão de “coconstituição”, de “coprodução” (CAMPOS et al., 2006).

Nesse aspecto, trabalhar com o conceito de autonomia insinua reconhecer que os costumes como sujeitos e coletividades nomeiam especificadas alternativas de viver e criam probabilidades para agradar às suas precisões e aos seus negócios abarcam forças políticas,

econômicas, afetivas, culturais e sociais viventes em um território. E, respectivamente, obriga afiançar que cada pessoa na relação com o mundo não é (e não deve ser) passivo, ou seja, todos nós reorganizamos firmemente os recursos, conhecimentos e instrumentos disponíveis, modificando a nós mesmos, as nossas pertinências e ao território em que vivemos (CAMPOS et al., 2004).

A autonomia faz menção, pois, à nossa disposição em lidar com nossas redes de relações e sujeições no mundo (CAMPOS et al., 2006). A promoção da saúde baseia-se na ideia de extensão do controle dos sujeitos sobre suas vidas e sua saúde. Um controle que se dá mediante a informação ativa e os métodos de empoderamento de pessoas e comunidades.

Tal ampliação do controle requer ações autônomas quando o que se visa é a transformação de uma dada realidade e não apenas a substituição de um constrangimento por outro. É nesse sentido que a autonomia diz respeito às “atitudes ou comportamentos de usuários de serviços ou programas de promoção da saúde, mas também [às] práticas dos agentes, profissionais e gestores que os oferecem e desenvolvem”.

(FERNANDEZ, 2012, p. 500)

Frente ao significado da Carta de Ottawa de que requerer saúde é fortalecer e desenvolver a capacidade de sujeitos e agremiações de identificar, avaliar e exercer controle sobre os determinantes sociais da saúde, garantindo a melhoria dos estados e da qualidade de vida, pode-se dizer que nosso trabalho deve empenhar-se com a defesa de crescentes graus de autonomia da população, de corresponsabilização pela atenção consigo, com os outros e com o mundo (CAMPOS et al., 2004).

Com o foco no desenvolvimento da autonomia, as ações de Promoção da Saúde: sancionam que todos os sujeitos são sujeitos do conhecimento, da reflexão e da ação; conhecem que é evidente mais do que um saber técnico, uma veracidade científica ou uma proeminência médica para gerar saúde, investindo em saber dos homens por eles mesmos no tempo e nas situações em que se acham; investem na defesa dos direitos de cidadania, na solidez de acesso ao conhecimento classificado no âmbito da saúde, na extensão da capacidade de indivíduos e coletividades entenderem, aferirem e usarem as informações sobre saúde para diminuição dos riscos e da vulnerabilidade ao ficar doente e para melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento da participação cidadã na peleja por seus direitos (OMS, 2009a).

O ponto de partida para a discussão do empoderamento na promoção da saúde é a ideia de que atores, inclusive aqueles que sempre estiveram à margem de processos

decisórios, são protagonistas da ação social. E para entender o protagonismo desses grupos deve-se considerar seu processo de transformação em sujeitos políticos, sua cultura, seus projetos e práticas e suas relações com o entorno, ou seja, torna-se impossível inserir a ideia de protagonismo da sociedade civil desvinculada de outros valores e princípios, dentre os quais aqueles que reforçam os processos educativos e participativos. O conceito de empoderamento não tem um caráter universal e pode ser interpretado em diversas perspectivas. A ideia de empoderamento “tem suas raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ‘ação social’ presentes nas sociedades dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX” (CARVALHO, 2004, p. 1089).

Nos anos de 1970, torna-se um destaque dos movimentos de autoajuda. Nos anos de 1980, acha lugar na psicologia comunitária e, na década de 1990, acercar-se de movimentos que procuram garantir direitos da cidadania, dentre eles a saúde, como no caso brasileiro. Nesse aspecto, o desenvolvimento de métodos de empoderamento acontecia para encarar os problemas de sujeitos, grupos e coletividades de se arranjam para superar as injustiças sociais, apoderar-se dos bens e serviços da sociedade de que foram desviados e garantir seus direitos.

O empoderamento converteu-se em estratégia para a mudança social ou para uma melhor condição social de fazê-lo. Para a promoção da saúde, o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa e instituinte da ação, ou seja, é por meio dele que “indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais” (BRASIL, 2012, p. 21).

Há, portanto, uma relação estreita entre o empoderamento e a questão da autonomia e, da mesma forma, uma mútua incidência positiva entre empoderamento e participação, isto é, sujeitos empoderados são mais propensos a participar e os canais de participação criam, por sua vez, oportunidades para o empoderamento. Frequentemente, relaciona-se o empoderamento às ações de emancipação e às tentativas de equilibrar diferenças preexistentes entre grupos e segmentos sociais. Nesse sentido, facilitar o desenvolvimento dos processos de empoderamento individual e coletivo é, também, uma forma de se produzir mais equidade. Para trabalhar empiricamente com essa temática, é importante considerar que o empoderamento não é “algo que se tem ou não de forma absoluta. Entre esses dois extremos há uma miríade de possibilidades, enfim, de graus de empoderamento (...), pois todos os que vivem numa sociedade defrontam-se com coerções maiores ou menores” (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007, p. 494).

Isso expede à manutenção da demanda do empoderamento como pauta constante das ações em promoção da saúde. Todos os meios do enfoque territorial trazido até aqui parecem confirmar a necessidade da concepção da complexidade do pleito da participação de distintos atores no ambiente geográfico. Trata-se da participação social, na qual interatuam os atores institucionais, sejam de âmbito público ou privado, atores constituídos em torno de interesses ou entidades e agregações, pessoas e governos, parlamentares e outras autoridades. Os

costumes de participação podem ser: a) institucionalizadas, em Conselhos; e b) não institucionalizadas, em fóruns participativos. Essas participações deverão sempre levar em conta as extensões da negociação, da ciência, da estimativa e do monitoramento. Exemplos destes últimos seria a instituição de Comitês de Saúde ou de Conselhos de Gestão de Políticas Locais. Juntos, esses distintos atores interferem na identificação de precisões e problemas comuns e se atrelam para desenhar e indicar, na prática, as resoluções ou ações, fortalecendo a integração comunidade/instituição e uma gestão participativa.

Os modelos de cogestão, que já são resultados de transformações no papel dos Estados e das sociedades, acabam também por reorientar esses papéis, dinamizando a elaboração das políticas públicas e maximizando seus efeitos por meio do manejo e da resolução dos conflitos via negociação. Como assinalado na política criada para aperfeiçoar a gestão democrática do SUS – Participa SUS – “a participação social é um princípio e diretriz fundamental do SUS” e é, também, “componente estratégico inerente ao processo da Reforma Sanitária brasileira, e sua marca emblemática” (BRASIL, 2005, p. 08).

A Lei nº 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Nestes, as comunidades, por intermédio de seus representantes, podem formular, opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde (BRASIL, 2005, p. 08). A maneira como está implantada, assim, o pleito da participação no âmbito do SUS dirige a que todos os profissionais abrangidos tenham de envidar diligências para torná-la um elemento-chave do sistema e sua ocupação de determinar igualdade.

Como indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011, p. 18), “a participação das comunidades e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e na avaliação de seus resultados é essencial para qualquer conjunto de ações sobre os determinantes sociais”.

Todo processo participativo desencadeado no âmbito do SUS deve conduzir à deliberação informada, comprometida e conjunta. Evidentemente, “deliberar junto significa mais do que realizar o controle social e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa” (BRASIL, 2005, p. 10).

A experiência acumulada nas duas últimas décadas em relação a esses processos participativos no SUS, sobretudo no que diz respeito aos conselhos de saúde, mostra alguns problemas que ainda precisam ser superados. Entre outros, “podem ser destacados o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; (...) a falta de

regularidade de funcionamento; (...) a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde (...)” (BRASIL, 2005, p. 14).

Para confrontar essa problemática é conciso adensar a constituição da consciência subjetiva e coletiva e, também, de novos exemplos de gestão em uma expectativa que promova uma prática social cidadã, um costume inclusivo de regular e o controle das comunidades sobre fatores intervenientes no bem-estar.

Cabe considerar ainda que:

A) À medida que os processos de corresponsabilidade vão sendo delineada, a gestão pública passa a ser considerado um espaço de deliberar e negociar, tornando fundamental o aprendizado do procedimento da negociação. E, aqui, os desafios que se apresentam são inúmeros. A negociação não é um simples evento para se chegar a um acordo. Constitui-se um processo dinâmico em que se expressam a complexidade e a possibilidade de aproveitar a divergência. Não sendo gerados produtos ou resultados, mas o acordo que se estabelece não é estático.

Por isso, este processo renova-se constantemente, assim como devem se renovar permanentemente as capacidades e habilidades de todos os envolvidos. Frequentemente, a participação acaba apenas por referendar as propostas de governo. Daí a responsabilidade do poder público ao criar esses canais de participação, de prever mecanismos e dinâmicas que os transformem em espaços de aprendizagem, de conhecimento e de ampliação da cidadania. Assim, os atores sociais podem se tornar, de fato, protagonistas na definição das políticas públicas. (WESTPHAL, 2007, p. 33).

B) Outra dimensão, colocada na gestão compartilhada, refere-se ao controle, ao acompanhamento e à manutenção dos acordos, que são responsabilidades que devem ser estabelecidas pelos diferentes atores sociais. A continuidade das ações é indispensável para determinar o caminho, identificar os entraves e as soluções para as ações estabelecidas ou mesmo redefini-las para alcançar metas de interesse geral. O preparo das equipes e de membros das comunidades locais em metodologias de monitoramento e avaliação de ações tem sido insuficiente para dar cabo de uma tarefa tão complexa.

Em geral, não se considera que também essa dimensão deve estar incluída no processo de negociação. É preciso que os envolvidos se disponham a fazer uma autoavaliação e se avaliem mutuamente. Reside, aí, um aspecto bastante importante, usualmente relatado em projetos que envolvem parcerias entre o poder público e as organizações da sociedade civil (WESTPHAL, 2007, p. 33).

C) Pode-se afirmar ainda que uns dos desafios do processo de participação na gestão pública são a produção, a organização e o acesso pleno à informação. Esta é a base para se viabilizar a participação efetiva e é indispensável desde o início do processo, visto que torna transparente a interação pretendida entre os diversos atores sociais.

É a informação que possibilita uma visão das realidades locais, das articulações entre as políticas públicas, da destinação de recursos, das decisões de governo, dos direitos, enfim, é ela que permite o estabelecimento dos nexos existentes e deve ser suficiente para subsidiar o processo decisório. Mesmo que se reconheça que os conflitos e as dificuldades podem ser restritivos aos processos de mudança social, não se pode desconsiderar que as experiências aprendidas em relação à participação social nas três últimas décadas trazem elementos para várias reconstruções, entre elas, o conceito de democracia, de cidadania, de sujeito. Com isso, revaloriza-se o princípio de comunidade e, com ele, a ideia de subjetividade, igualdade, autonomia e solidariedade.

Não se pode desconsiderar também que o momento atual parece propício para a proposição de novas práticas e criação de espaços de integração entre diversos atores. Isso implica estabelecer, contudo, compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade frente ao estabelecimento de políticas sociais, definir fóruns participativos e pactuados que sejam expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais (WESTPHAL, 2007, p. 34).

A expressão governança é usada para identificar e delinear um conjunto de artifícios, atores e técnicas configuradas para que uma sociedade apreenda melhor qualidade de vida. O conceito de governança, de acordo com Querol (2004), “é um sistema de regras formais e informais (normas, procedimentos, costumes...) que constituem as pautas de interação entre atores no processo de tomada de decisões (considerando atores relevantes tanto dos poderes públicos como dos atores sociais e econômicos)”. Adotar o conceito de governança constitui investir em processos de transformação que sejam delineados e implementados em uma relação de corresponsabilidade em torno de um limite institucional desenvolvido por preceitos e procedimentos formais e informais, que devem assegurar a democratização das relações, das noções e a articulação entre os distintos setores sociais (BENTO, 2003; CALAME, 2004).

Os requisitos institucionais para a governança apresentados por Querol (2004) parecem demonstrar o estreito vínculo existente entre a discussão sobre a governança e os processos de democratização do espaço público e são:

(1) democratização da informação e dos conhecimentos adequados para participar de maneira informada dos processos de tomada de decisões;

- (2) coordenação intergovernamental no eixo local-global (integração vertical);
- (3) coordenação e integração entre as políticas setoriais, isto é, a intersectorialidade, ou seja, a integração horizontal;
- (4) criação de instrumentos políticos inovadores;
- (5) mudança na cultura administrativa por meio da transparência, prestação de contas, utilização de instrumentos de avaliação;
- (6) valorização de uma cultura política participativa.

Em relação ao requisito institucional de valorização de uma cultura política participativa:

- (7) disponibilidade de certo nível de capital social – a sociedade precisa dispor de capacidades de comunicação, liderança, ter confiança no governo, ser capaz de demonstrar reciprocidade, cooperar, entre outros.

A OMS vincula estrategicamente a discussão da governança ao enfrentamento das iniquidades em saúde ao considerar que “a implantação de respostas políticas dedicadas à redução de iniquidades em saúde demanda uma governança que explicita as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores (...) na melhoria da saúde e do bem-estar enquanto metas coletivas relacionadas a outras prioridades da sociedade” (OMS, 2011, p. 3).

As estruturas formais e informais de governança podem ser relevantes causadoras de injustiças em saúde, daí a obrigação de se recorrer repetidamente à ideia da “boa governança”, para a qual o PNUD aconselha a atenção a cinco princípios, quais sejam: dar legitimidade e voz a todas as partes; assumir uma visão estratégica que se preocupa com a sustentabilidade e que valoriza os processos; buscar a eficiência e eficácia das políticas; promover a co-responsabilização e transparência nas ações; buscar a redução das desigualdades e iniquidades (PNUD, 2010).

Tanto a meta da equidade em saúde como a defesa da ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades implicam o olhar e a escuta atentos às singularidades dos modos de viver, dos modos de fazer a vida andar, isto é, aos territórios, que expressam as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam. Assim, a Promoção da Saúde tem no conceito de território uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para a intervenção (FRAGA, *et.al*, 2013, p. 47).

Há uma grande produção técnica e científica na área de saúde em torno da ideia de considerar o território como ponto de partida para a ação local. As análises empreendidas, em geral, discutem as potencialidades dessa abordagem territorial na

organização de serviços e em práticas locais, como no Programa de Saúde da Família, na vigilância em saúde, nas estratégias de cidades saudáveis, nas escolas promotoras de saúde, nas iniciativas de desenvolvimento local sustentável, na geografia em saúde, e em práticas intersetoriais locais. Devemos destacar que o conceito de território tem sido fundamental para a concepção dos sistemas de saúde desde a primeira metade do século XX, possuindo diferentes leituras e embasando distintas formas de intervenção em saúde. (FRAGA, *et.al.*, 2013, p. 47).

No Brasil do período da República Velha (1889-1930), a partir das descobertas da microbiologia, da inserção do país no capitalismo e da necessidade de combate às epidemias, entre outros fatores, o território era alvo das intervenções normativas do “Higienismo Campanhista”. O território foi compreendido somente como o ambiente onde agente-hospedeiro se encontram (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 250).

Na década de 1960, com o conceito de dano e a proposta de planejamento elaborado pelo CENDES/OPS, recoloca-se a questão do território como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde. Nos anos 1970 e 1980, com a ampliação do conceito de saúde e o acúmulo do conhecimento sobre a produção social da saúde, produz-se a necessidade de compreender os processos de territorialização noutra perspectiva, afirmando o território como espaço geopolítico, espaço em construção e desconstrução contínuas. O território passa de quadro estático, em que a vida ocorre, para espaço em que um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e discursos se organizam e reorganizam de maneira específica. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 250).

Temos, então, o pensamento de um método decidido e ininterrupto de produção dos territórios. Ao fazer alusão ao território, Milton Santos nos estimula a levar em conta a inseparabilidade e interdependência entre a materialidade, que compreende a natureza e o seu uso, e também a ação humana, isto é, o trabalho e a política. Trata-se, pois, de um “território usado” (SANTOS, 2000), em que se anunciam as disparidades culturais e se materializam as políticas públicas.

Ao nos estimular a “fazer falar o território”, Milton Santos nos convida a ponderar alguns aspectos que admitem ampliar o sentido das práticas de promoção da saúde, seu sentido e os efeitos que podem proporcionar. Em outras fórmulas, trata-se de avaliar a realidade social como um argumento a ser abrangido e restaurado também mediante a atribuição de acepções pelos sujeitos.

Conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade de dentro, interrogando os modos de organização da vida nesse espaço (*idem*). Tal processo de apropriação envolverá a articulação de duas estratégias: a elaboração de “mapas” e a “escuta”. Os mapas são: compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico das condições de saúde: distribuição da morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições

religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc.), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 251-252).

A “escuta” é o movimento de acolhimento dos sujeitos e coletividades em todos os aspectos e fatores que constroem suas vidas, movimento que auxilia a reconstruir as correlações que eles estabelecem consigo, entre si e com o mundo (BRASIL, 2009). No processo de escuta, apreendemos a história dos sujeitos e do seu território por meio de seu olhar, saber e sentir, aproximando-nos dos significados da realidade de dentro, como pede Milton Santos.

A integração dos “mapas” e do conteúdo da “escuta” permitirá que organizemos com sujeitos e coletividades estratégias mais efetivas na melhoria da qualidade de vida e na produção da saúde, pois poderemos, simultaneamente, compreender melhor a complexidade do território e participar do seu permanente processo de reconstrução, de redefinição e de transformação (FRAGA, 2013, p. 48).

O debate acerca da equidade centra-se na ideia de que todos devem ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso pudesse ser evitado. A equidade é concebida como o reconhecimento e a efetivação, com igualdade, dos direitos da população, sem restringir o acesso a eles, nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos que a compõem (FRAGA, 2013, p. 49).

O reconhecimento das diferenças que existem na sociedade é um ponto fundamental para a compreensão do conceito da equidade. As diferenças dos segmentos sociais e de suas formas de viver devem ser manifestadas e respeitadas, sem discriminação, e devem ser criadas condições que favoreçam a extinção das práticas de subordinação ou de preconceito em relação às especificidades políticas, étnicas, religiosas, culturais, de opção sexual etc. Nesse sentido, a equidade fortalece a importância do acolhimento da singularidade de cada território e/ou comunidade, afirmando que se deve trabalhar pela extinção de desigualdades injustas e evitáveis no campo da garantia dos direitos fundamentais de cidadania e, ao mesmo tempo, que isso não significa tratar a todos nem a tudo de maneira idêntica. Em uma sociedade como a brasileira, com múltiplos modos de viver e construir a realidade, é fundamental reconhecer que há necessidades distintas e que para respondê-las é preciso oferecer possibilidades de acesso às políticas públicas, às abordagens em saúde e à organização de serviços diferenciados (CAMPOS, 2006, p. 10).

Ou seja, o sentido mais forte de igualdade é o estabelecimento de procedimentos e enfoques que harmonizem “a cada um segundo sua necessidade” [de atendimento da população], reconhecendo que cada pessoa é um cidadão de direitos, com condições de liberdade e autonomia (CAMPOS, 2006).

Como assinalam Paim *et al.* (2011, p. 28), ao referir-se ao constante movimento de transformação do SUS, devir permanente:

“O SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição (...), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde”.

Abordar o tema da equidade no contexto do SUS não é tarefa fácil, porque é exigido um aperfeiçoamento contínuo na identificação das desigualdades e das tarefas de gestão necessárias para reduzi-las.

Na temática da equidade em saúde, destacam-se duas relevantes dimensões: a das diferenças nas condições de vida e saúde e a das diferenças no acesso e consumo de serviços de saúde. Ambas as dimensões têm determinantes intra-setoriais e extra-setoriais, geralmente cumulativos, mas que oferecem mecanismos qualificados para sua superação (ALMEIDA, 2000).

Ambas impetram a implementação de políticas públicas – sociais e de saúde – e o empenho de toda a sociedade no combate as estruturas de reprodução da pobreza e da desigualdade, bem como uma dilatada política social igualitária, que apresente alicerces nos princípios de universalidade, solidariedade e eficiência (ALMEIDA, 2000).

Por outro lado, é exigido que as políticas públicas incorporem elementos flexíveis, capazes de permitir a adaptação de suas estratégias e ferramentas às necessidades da população em cada um dos cenários e/ou territórios em que vivem.

Assim, por exemplo, é fundamental trabalharmos pela alimentação saudável, porém, é necessário conhecermos os hábitos alimentares, as tradições culturais, os alimentos próprios em determinada região e as possibilidades de acesso aos alimentos mais saudáveis de um sujeito ou comunidade a fim de abordar o tema de forma equânime (FRAGA, 2013, p. 50).

Para Whitehead (1990), é mister entender, em cada contexto, quais são as condições sociais ponderadas supérfluas, injustas e evitáveis para que todos os indivíduos possam alcançar seu potencial integral em saúde.

Desta forma, trabalhar as equidades em saúde expressa instituir conveniências iguais para que todos possam saúde, o que está fortemente relacionado com a categorização dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros).

O investimento de diferentes setores da sociedade e das políticas públicas em manter a rigidez da relação problemas complexos/ respostas setoriais/ saberes e práticas

fragmentados tem nos levado ao desperdício de recursos, iatrogenias¹ e baixa efetividade na garantia dos direitos de cidadania. Nesse sentido, a intersetorialidade apresenta-se como a “articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, como saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (MOYSÉS *et al.*, 2004, p. 630).

A eficácia transformadora da maneira intersetorial de trabalhar e de edificar e implementar políticas acha-se, na oportunidade de estabelecer novas sínteses de conhecimento e novas estratégias de ação por intermédio do diálogo (MENDES; AKERMAN, 2007).

No entanto, convém sublinhar que a intersetorialidade não é um fim em si mesmo, nem acontece com a simples reunião de ações setoriais específicas. A intersetorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, co-gestores.

Assim, a ação intersetorial para existir “demanda um amplo processo de inclusão para a apreensão e transformação da realidade, isso necessariamente significa [...] o estabelecimento de relações horizontais”, ou seja, a construção da intersetorialidade implica a explicitação das relações de poder entre os distintos atores e organizações sociais, exigindo processos de concertação / pactuação e não se isentando de conflitos, contradições e problemas (MENDES; AKERMAN, 2007, p. 97).

Nesse processo, cabe aos gestores da administração pública e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas nos diferentes territórios exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores, para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados. A interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão. A totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes (KOGA, 2003, p. 242).

A variação que a gestão intersetorial determina na metodologia de abordagem dos territórios, anuncia por um curso metodológico que faça a leitura crítica do território, a inserção da pluralidade dos atores e o enfrentamento das práticas e dos saberes fragmentados; é a entrada para a melhoria da gestão local. A gestão intersetorial oferece ao gestor local as oportunidades para consolidar sujeitos políticos locais e cooperar para o desenvolvimento de uma cultura política democrática, mediante a implementação de políticas públicas empenhadas com o desenvolvimento humano sustentável (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

¹ Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico. Contudo, o termo deriva do grego *iatros* (médico, curandeiro) e *genia* (origem, causa), pelo que pode aplicar-se tanto a efeitos bons ou maus. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Iatrogenia>>. Acesso em: 17.Mai.2017.

Durante toda a sua história, a medicina esteve intensamente ligada à espiritualidade. Mesmo na modernidade, em que a sua consideração e valorização foram proscritas do debate nos ambientes de pesquisa, exercício profissional e ensino da atenção à saúde, a espiritualidade continua importante na motivação e orientação de grande parte dos profissionais e doentes. Espiritualidade pode ser definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (VASCONCELOS; EYMARD; MOURÃO, 2006, p. 390).

São múltiplos os espaços de articulação desses atores sociais (fóruns, painéis, conselhos, oficinas de trabalho, grupos temáticos, jurados etc., ou mesmo espaços informais de articulação), com assinalados estilos de formalizar sua interação (alianças, consórcios, acordos, convênios, contratos etc.) (MENDES; AKERMAN, 2007). Práticas intersetoriais podem ser constatadas em projetos e ações que propendem agir sobre Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os ODM são um aglomerado de metas condescendidas pelos governos dos 191 países-membros da ONU que advêm em uma série de primazias coletivas volvidas ao desenvolvimento humano (FERNANDEZ; MENDES, 2007, p. 4).

O pacto foi consolidado durante a ‘Cúpula do Milênio’ em setembro de 2000, após uma apreciação dos maiores problemas globais, e pressagia um conjunto de oito macro-objetivos voltados para as áreas de saúde, renda, educação e sustentabilidade a serem alcançados pelas nações até 2015.

2.6 A espiritualidade como caminho

Espiritualidade pode ser definida como um sistema simbólico que enfoca elementos tangíveis e intangíveis, mas de efeitos práticos, que transmitem vitalidade e significado a eventos da vida, buscando o sentido das experiências; implica ou se define também como propósito maior da existência, valores e compartilhamentos solidários, podendo referir-se a Deus, como Criador e a elementos referentes ao mundo espiritual na relação com o corpóreo (KOENIG, 2002; SILVA, 2004).

Os estudos de *coping* (enfrentamento do stress) têm mostrado o importante contributo de reflexões e práticas espirituais. Não se deixa, porém, de avaliar em que situações a religiosidade pode exercer efeitos negativos: quando o fanatismo exclui condutas médicas; quando indivíduos desenvolvem sintomas derivados de uma interpretação distorcida de preceitos religiosos, como geração de culpa; diminuição de auto-estima; repressão de raiva, ansiedade e medo por meio de crenças punitivas; favorecimento de dependência,

conformismo e sugestionabilidade; desenvolvimento de intolerância e hostilidade aos que não seguem a mesma religião (KOENIG, 2001).

É que existe uma associação entre espiritualidade e saúde que urde complexa teia de elementos recursivos, capazes de se influenciarem reciprocamente. Isso concretamente implica que saúde se relaciona com múltiplos fatores e dimensões do ser e da realidade. Sabe-se, pois, que a saúde, bem como sua promoção, prevenção e restabelecimento permanecem como entidades de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica, econômica e espiritual; seria, portanto, fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação, este aspecto é de fundamental importância em meu olhar.

A espiritualidade, também definida, como foi dito, como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos solidários, mas também por aspectos que transcendem o tangível, leva a perguntar pela conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (SAAD *et al.*, 2001; VOLCAN, 2003).

O relacionamento da espiritualidade com a saúde tem se tornado, portanto, um desafio a ser considerado na prática social, embora invisibilizado (SANTOS, 2004).

Como observava Boaventura, em sua sociologia das ausências, há muito da produção de saber da experiência social que é produzido como não existente – pode-se dizer que os acervos de saber sobre espiritualidade o são – e isso resulta em perda da experiência social.

A sociologia das ausências, de Boaventura Santos é, na verdade, uma investigação que visa demonstrar que o que não existe é ativamente produzido como não existente, isto é, como uma alternativa não cedível ao que existe. O objetivo da sociologia das ausências é transformar objetos impossíveis em possíveis, objetos ausentes em presentes. Nas suas palavras:

Há produção de não existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tomada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível. Distingo cinco lógicas ou modos de produção da não existência. A produção da não existência ou destas ausências resulta no desperdício da experiência social.
(SANTOS, 2004, P.14)

Aprofundando um pouco essa questão, temos a ideia de que o que não pertence à ciência hegemônica não é dado como credível. Apontando as monoculturas do saber Santos (2004) mostra que a produção da não existência que invisibiliza saberes é uma lógica que consiste em transformar o que não está como hegemônico como uma forma de ignorância ou

de incultura. E sua proposta, na sociologia das emergências é mostrar, no caso da monocultura de certo saber hegemônico em ciências, que a justiça social necessita da justiça cognitiva.

Em recente levantamento de dados no site de pesquisa para publicações médicas indexadas de maior impacto clínico (sistema MEDLINE) e utilizando as palavras-chave “religion and health”, foram encontrados cerca de 35.828 publicações entre 1982 e 2007; em se modificando para “spirituality”, foram encontrados 4.434 artigos no mesmo período. Nesse contexto, discernir os melhores desenhos de estudo e encontrar as melhores evidências que suportem a associação entre espiritualidade& religião e saúde, sem determo-nos em afastamentos pouco operativos agora, constitui novo, intrigante e profundo paradigma para a medicina moderna.

Os acervos do saber em espiritualidade, que podem dialogar com a religião, historicamente têm sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, mas possuem natureza problemática como, de resto, todas as dimensões humanas, tais como o poder (ADLER, 11930), a sexualidade (FOUCAULT, 1976) e o desejo (FREUD, 1905). Para definirmos o cenário em que religiosidade e espiritualidade se relacionam, vale assinalar que embora coloquemos as duas como possíveis fontes de diálogos (LINHARES, 2010), e isso ser operativo nessa etapa das teorizações em ciências, não significa, contudo, que são exatamente sinônimas, senão vejamos.

A religião envolve predominantemente a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo. Já a espiritualidade está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados (SAAD et al., 2001; POWELL *et al.*, 2003).

Estudos mecanísticos tentam avaliar qual a relação entre redução de mortalidade e práticas religiosas, enfatizando o possível incentivo que essas práticas oferecem a hábitos de vida saudável, suporte social, menores taxas de estresse e depressão. Sabe-se, por exemplo, já que os estudos de *coping*, têm mostrado o importante contributo de reflexões e práticas espirituais (KOENIG, 2001). O *coping* é concebido como o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de manejar situações estressantes (PANZINI e BANDEIRA, 2007).

Pargament e Park (1995), por sua vez, já haviam observado que instituições religiosas poderiam ser vistas, sem preconceito, como capazes de lidarem basicamente com o *coping* religioso, de oportunizar a reflexão sobre metas, valores, justiça social.

Concorda-se com Koenig, McCullough& Larson (Hand book of Religion and Health) quando afirmam que religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e

símbolos: destinados a facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior ou suprema verdade/realidade) e promover entendimento das relações e da responsabilidade por outros que vivem numa mesma comunidade.

Ainda para esses autores, espiritualidade seria, ainda, uma busca pessoal para alcançar respostas para questões essenciais sobre a vida, sobre o seu sentido e sobre as relações com o sagrado e com o transcendente, que pode ou não levar à ou surgir do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de uma comunidade.

Para Guimarães e Avezum (2007, p. 6):

“atitudes assistenciais voluntárias ou participação em congregações têm demonstrado associação com redução de mortalidade, provendo suporte e significado de vida, emotividade de aspecto positivo ou ausência de emoções consideradas de aspecto negativo; educação. Também em contraste com tais evidências, não há clara correlação entre o grau de profundidade ou envolvimento em práticas religiosas e a proteção a eventos, exceto por análises de subgrupos em curva post hoc. O desenvolvimento de conceituações de virtudes religiosas, perdão, altruísmo, esperança, prece e voluntarismo, apesar de soar operacional ou métrico, pode definir a nova direção para conduzir estudos de avaliação de espiritualidade e religiosidade”.

Observa-se, ainda a partir da leitura dos autores supracitados, que há correlações entre saúde física e espiritual/religião:

Há tendência à correlação entre a religiosidade/ espiritualidade e a saúde física, mas por ainda não ser adequadamente robusto em suas provas e correlações, este constitui, sem dúvida, em amplo e promissor campo de investigação. Nesse cenário, a necessidade de maior investigação da relação entre saúde física e espiritualidade, baseada principalmente no impacto de intervenções de base religiosa sobre a saúde, faz-se ainda relevante para a comprovação desse paradigma. A comprovação definitiva de efeitos dessas intervenções poderá, em futuro próximo, permitir sua transposição à prática clínica (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007, p. 6).

O emprego de apropriado método científico e uso dos preceitos da medicina fundamentada em proeminências, para avaliação crítica da literatura e a supervisão de estudos, tem fornecido seguramente caminhos significativos, mas o saber popular possui seu acervo de conhecimentos e produz saúde, (VASCONCELOS, 2006) na intersecção da espiritualidade e saúde.

Atitudes assistenciais voluntárias ou participação em instituições ou grupos de compartilhamento têm demonstrado como essa articulação espiritualidade/religião e saúde tem conseguido redução de mortalidade, provendo suporte e significado de vida, emotividade e compartilhamentos de aspectos positivados no percurso experiencial de procura espiritual. Também, observa-se maior resiliência para lidar com dificuldades existenciais e adoecimentos, incluindo, e, mesmo, objetivando superações e curas, além de aumento na

capacidade dos cuidados em saúde serem otimizados (SAMPAIO, 2008; MELO, 2009; DANTAS, 2013).

Também, existem várias instituições filantrópicas para o tratamento de transtornos mentais que visam a associar práticas médicas a religiosas. Historicamente, organizações religiosas têm fundado e mantido serviços de saúde mental em diversas regiões do planeta (LARSON, 1997).

Segundo uma pesquisa feita pelo Instituto Superior de Estudos da Religião (Iser) em parceria com a Universidade Johns Hopkins, o Brasil tem em torno de 220 mil instituições filantrópicas, agregando 10 milhões de voluntários, atendendo a cerca de 40 milhões de pessoas, isto é, cerca de um quarto da população brasileira. No Brasil, o espiritismo aceita, estimula e valoriza experiências dissociativas, tais como: incorporação espiritual e experiências fora do corpo. Existem várias instituições filantrópicas para o tratamento de transtornos mentais que visam a associar práticas médicas a religiosas. Os procedimentos utilizados são preces, energização e uso de mediunidade, segundo os princípios da doutrina espírita (NEGRO, 1999).

O Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER) do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo que a partir de 2009 passou por reformulações em seu conceito e estrutura e assumiu o nome Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, reúne vários dos pesquisadores nessa área, tais como, Lotufo Neto (2007), Moreira Almeida (2008). Também se ressalta os estudos de Leão (2010) neste mesmo programa e universidade.

Na Unicamp, na área de saúde mental e espiritualidade, Giglio e Giglio (1991) são líderes do grupo de pesquisa em psicologia e religião. Nessa mesma instituição, outro pesquisador nessa linha de investigação é Dalgalarondo (1991), cujas pesquisas associam vivências religiosas, aspectos culturais e psiquiatria. Inúmeros outros estudiosos no Brasil já desenvolvem pesquisas dessa natureza. Cita-se também Moreira Almeida (2006) que aponta em seus estudos como o nível de envolvimento religioso está inversamente associado ao nível de sintomas depressivos, hoje nomeado

O desenvolvimento de conceituações e práticas concernentes a virtudes religiosas como fé, esperança, solidariedade e cultura de paz (GUIMARÃES, 2010; JARES, 2007; 2002; CARVALHO, 2009; BOFF, 2006; SPIEGEL, 1987; BECKER, 2010; BOMFIM & MATOS, 2006; NUNES, 2011, LEFF, 2001; MILANI & JESUS, 2003; FREITAS, 2008), em diversos espaços sociais, bem como a valoração do trabalho voluntário (CESIO, 2013) e da ética associada a estudos ambientais e educacionais (BURSZTYN, 2001; SANTOS, 1994;

INCONTRI, 1997), incluindo as terapias quânticas (ARORA, 2007) tem sido observadas, definindo novas direções de estudo na área. Ainda, estudos em educação e saúde popular mostram como a experiência social tem se debruçado no caráter utópico das crenças (WALLA, 2002).

É importante assinalar, insistimos em dizer, que definimos espiritualidade neste contexto dialógico que traz a religião e seu acervo de saberes como importantes. Parece-nos que nesta fase o diálogo é mais importante que a dessemelhança. Agora se trata de mostrar a importância de considerarmos a variedade das culturas em seus saberes de espiritualidade e religião, como aferia Durkheim (2003), como também a ideia de experiência religiosa, que tomaremos de James (2003) e aqui se definirá a experiência espiritual como uma experiência de transformação do sujeito e produção do saber. É a partir desta conceituação que se construirá o dispositivo nomeado Experiências Espirituais de Cuidado e Cura (EECC), fundamental construto prático desta pesquisa. Veja-se o que ora se anuncia passo a passo.

Historicamente, Durkheim (2003) traz a ideia de religião como sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, que unem uma comunidade ético-moral. Nessa perspectiva sociológica, tem-se o aspecto da crença associado ao compartilhamento e à coesão social. A religião, nessa visada, é tomada como um fenômeno coletivo, respondendo, assim, pela relação com o sagrado deste ponto de vista, o que nos auxilia a pensar as formas elementares da vida religiosa como comuns, em sua variedade, a uma diversidade de culturas. Em nossa proposta de pesquisa, é fundamental partir-se da assertiva da diversidade cultural e da diversidade religiosa como traço comum – o diverso compondo o uno.

Já William James (2003) havia se detido nas variedades da experiência religiosa. Em seu estudo sobre o assunto, James critica o chamado materialismo médico, que atribui às manifestações religiosas uma origem patológica, situando a experiência religiosa como uma forma fundamental de experiência humana e de unificação do eu, facilitando, inclusive, o tratamento de cisões patológicas.

Propondo partir-se das experiências dos sujeitos, ao invés de em premissas lógicas abstratas, os estudos de James (2003) centram-se nas experiências de conversão – “quando a gente vira uma esquina dentro de nós mesmos”, diz o autor - e de superações de cisões patológicas do eu.

Distinguindo juízo existencial de juízo espiritual, James (2003) observa como um dos objetivos das religiões superar o eu interior cindido, por meio de uma inclusão da pessoa em um universo espiritual mais amplo. A ideia de experiência em James nos será importante para nossa construção baseada nesta categoria.

Por sua vez, Rudolf Otto (2007) é autor do livro “O sagrado”, que ressalta, na relação do ser humano com o sagrado, base das religiões, a essência do *sentimento numinoso*, termo que utiliza para referir-se ao que se pode despertar no espírito referente ao objeto da adoração ou ao plano do sagrado no ser. Para ele, o numinoso não pode ser ensinado, mas pode ser provocado, despertado, excitado não por meio de palavras, mas mediante uma participação sentimental ou experiência com o sagrado, que se pode chamar também transcendente.

Jung (2011) retoma esta ideia do numinoso na saúde do sujeito e articula mais estreitamente sua reflexão sobre o assunto em seu livro “Espiritualidade e Transcendência” (2011). O aspecto do sentimento religioso será válido considerar neste estudo.

A compreensão do sujeito da saúde como um ser espiritual de múltiplas dimensões encontra amparo desde Pestalozzi, em sua teoria do amor pedagógico como capaz de centralizar dimensões diversas do sujeito (a natural ou biológica, a dos afetos e ética-moral, bem como a social). Coloca-se, desse modo, novamente a necessidade de pensarmos um ser mais integral, como Yus (2011) retoma e Kardec (1999) já propunha em sua conceituação de Homem Integral, juntamente com DENIS (2001); FLAMMARION (2002); DELLANNE (2001); GIBIER (1976). Traz, também, Pestalozzi, os estados natural e social como camadas do ser em conflito dialético permanente sob a diretriz afetivo moral. O estado moral, nessa diretriz, seria uma meta a ser atingida pela humanidade e resultante da síntese do estado natural e do estado social. No estado natural somos natureza; no social, obra das leis sociais e no estado moral somos obra de nós mesmos, assumindo nossa autonomia e desejo, devir pessoal e civilizatório (INCONTRI, 2001).

A concepção de experiência espiritual, que vem desde James (2001), e que foi retomada recentemente nos estudos sobre espiritualidade (SILVA, 2002), será fundamental para este trabalho de pesquisa. Também, a ideia da variedade da experiência religiosa, advinda do mesmo autor, mas retomada permanentemente pelos estudos em diversas culturas será imprescindível, haja vista a compósita mistura de credos e formas de manifestação da espiritualidade no território do Jardim Guanabara, lócus desta pesquisa.

2.7 Os Primórdios das rezadeiras e suas raízes até os dias atuais e a caracterização do Território Jardim Guanabara

Sem dúvida, o misticismo popular vem desde o Brasil colonial, quando o povo se valia das crendices e fórmulas naturais em busca de melhorias na luta contra as enfermidades, diante da precária assistência à saúde. (ARAÚJO, 2007). Assim, de acordo com os costumes e levado pelo limitado conhecimento científico disponível na época, o homem une os recursos

da natureza à própria fé, dando início a uma variada farmacopéia composta de *mezinhas*², garrafadas, infusões, chás, amuletos e oferendas aos santos para tratamento médico. A essas credices se misturaram os traços culturais e religiosos das três raças que formaram a etnia brasileira, resultando em receitas, habilidades e saberes que se perpetuaram oralmente, passando de pai para filhos de geração a geração.

Ainda hoje, em qualquer parte do Brasil, principalmente no Nordeste rural, e como as rezadeiras do bairro Jardim Guanabara tem suas raízes deste Nordeste, informação adquirida através das entrevistas, é possível encontrarmos pessoas dispostas a exercer seus conhecimentos dando assistência às aflições físicas, existenciais e espirituais (BARROSO, 2012). Essas pessoas carregam consigo uma áurea misteriosa que inspira respeito e confiança aos que as procuram. Dependendo da maneira como são usados esses saberes, numa mistura de dom, solidariedade e ofício, é possível identificar tipos e denominações diferentes em relação as suas características de atuação.

Rezadeiras e benzedeadas são denominações distintas para designar quase o mesmo ofício – e aqui nesta pesquisa utilizaremos em geral, o termo benzedeadas, para estes sujeitos que realizam a saúde de suas comunidades, em particular, pelo caminho da espiritualidade.

Segundo Moreira (2006), porém, a diferença é que benzedeadas são em geral mulheres, sendo mais solicitadas para prestação de serviços e muitas vezes são as únicas parteiras do lugar. Por ser uma função exercida em geral por mulheres, é sempre referida no feminino, como podemos observar no bairro Jardim Guanabara.

Segundo o autor supracitado (MOREIRA, 2006) tais mulheres se diferenciam de outros indivíduos que promovem a cura das doenças e afastamento do mal, pois fazem da oração a principal forma de assistência, embora muitas vezes a rezadeira faça uso de ramos de plantas durante a benzedura. Todo o trabalho da rezadeira, seus gestos, jaculatórias, palavras e expressão corporal dão um clima de misticismo ao ambiente e acabam proporcionando um grande poder de sugestão sobre os presentes. Como podemos observar em Rezende:

Nas rezas são usadas formas modificadas das orações oficializadas pela Igreja Católica, misturadas a palavras resmungadas e incompreensíveis de um latim corrompido. Essas rezas abrangem as mais variadas necessidades, podendo solucionar conflitos familiares, chamar pessoas de volta à responsabilidade, acabar com o poder maléfico de um ambiente, e outros problemas que contribuem para a credibilidade da rezadeira, como a cura do mau-olhado, quebranto, espinhela caída, cobreiro, febre, tristeza, míngua, ar na cabeça, erisipela, dores em geral e outras doenças que muitas vezes variam de nome de acordo com a cultura local (REZENDE, 1986, p.15)

² Qualquer remédio caseiro.

Ainda, segundo Andrade (2013), por serem consideradas portadoras de um dom divino especial, as rezadeiras não costumam cobrar por seus serviços, mesmo porque em geral os usuários desses serviços são pessoas de baixa renda ou com renda mínima e com dificuldades de acesso a serviços formais de saúde. Mas, caso o usuário possa e queira pagar, elas aceitam alguma contribuição, geralmente em algo que a pessoa dá, como ovos de galinha, etc. Como observado nas práticas das mulheres do Jardim Guanabara.

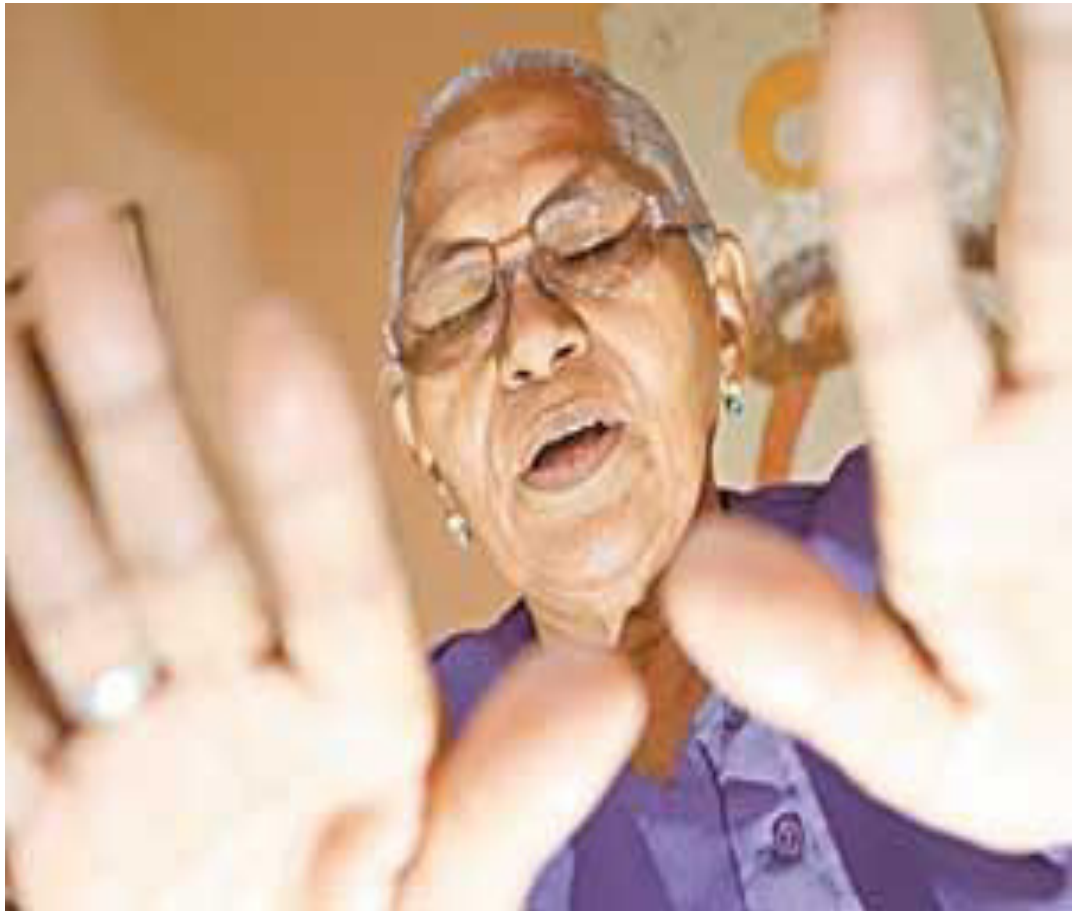


Figura 1: Rezadeira do Jardim Guanabara.

Fonte: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/rezadeiras-promovem-a-cura-pela-fe-nos-postos-de-saude-1.520966>>.

É importante salientar, ainda dialogando com Andrade (2013), que no meio rural as rezadeiras e benzedadeiras comumente têm formação católica, já nos centros urbanos, seus rituais variam seguindo a diversidade religiosa local conforme preceitos que podem ser católico, espírita, adventista, umbandista ou esotérico. Entretanto, mesmo baseadas em cultos ou religiões diferentes, as rezadeiras e benzedadeiras seguem os mesmos princípios de humildade, solidariedade, justiça e contato diário com esse divino.

Senão vejamos na figura abaixo, um exemplo deste procedimento:



Figura 1- Processo de Reza, por imposição demãos. Fonte: Acervo pessoal do pesquisador.

Quando nos referimos ao bairro Jardim Guanabara, bairro que me acolheu e transformou minha vida, pois vivenciado esses dois anos de RMSFC, dentro de uma carga horária de sessenta horas semanais, não tinha como não me sentir pertencente a este lugar, considero-o por vezes como meu segundo território de vida.

Foi uma experiência única essa inserção em um território desconhecido a partir da construção da construção de um processo de trabalho intenso e enriquecedor. Conhecer como profissional e depois retornar a este espaço como pesquisador levanta emoções e recordações

de um tempo feliz. Para se caracterizar este bairro: o Jardim Guanabara, é necessário situá-lo no contexto histórico da construção do município de Fortaleza.

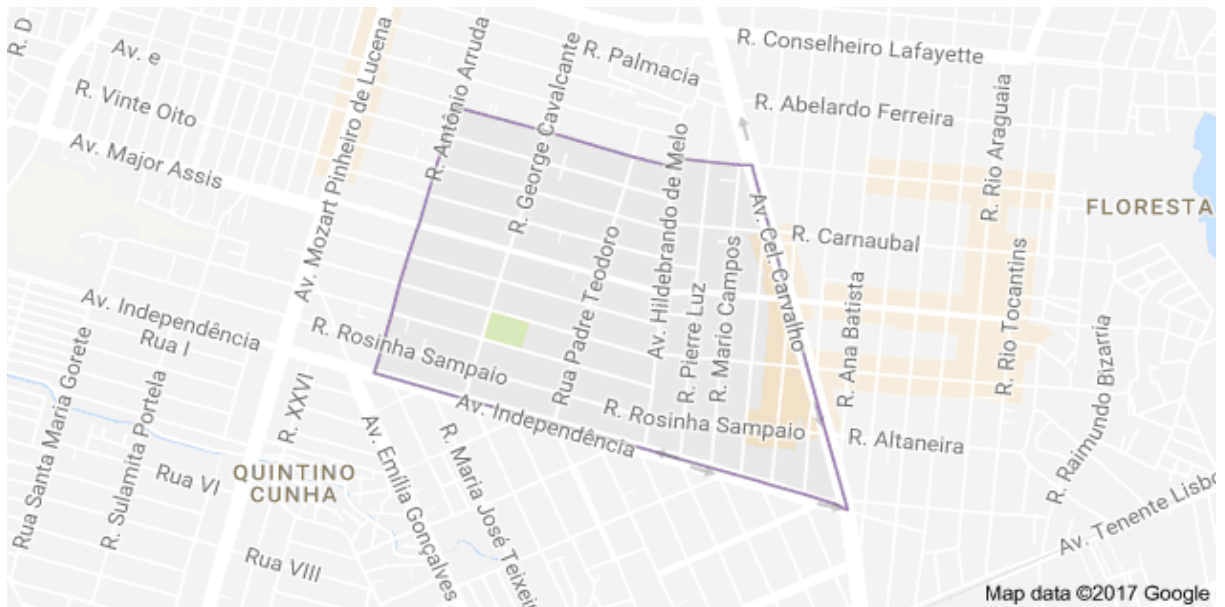


Figura 3: Mapa do Bairro Jardim Guanabara. Fonte: <<https://mapas.guiamais.com.br/fortaleza-ce/jardim-guanabara>>.

Em termos quantitativos em (BRASIL, 2010), Fortaleza atualmente está dividida em 119 bairros e em cinco distritos que historicamente eram vilas isoladas ou mesmo municípios antigos como foram a Parangaba e a Messejana. Desde 1997, durante a gestão do prefeito Juraci Vieira de Magalhães, a administração executiva da prefeitura foi dividida em Secretarias Executivas Regionais (as SERs) que são ao todo 7 (SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V, SER VI e a regional do Centro). As SERs não têm área sobreposta à dos antigos distritos, que hoje não têm função administrativa, mas as sedes das SERs são próximas aos núcleos desses cinco distritos históricos.

Em 1911, o município era constituído por dois distritos, Fortaleza e Patrocínio. Em 1933, a cidade era dividida pelos distritos de Fortaleza, Alto da Balança, Barro Vermelho, Messejana, Mondubim, Porangaba e Pajuçara, não mais figurando o de Patrocínio. No ano de 1936, o distrito de Pajuçara passou a denominar-se Rodolfo Teófilo. Em 1937, o distrito de Barro Vermelho foi renomeado para Antônio Bezerra. Em 1938, foram extintos os distritos de Rodolfo Teófilo, sendo seu território anexado ao de Maracanaú, no município de Maranguape, e Alto da Balança, sendo seu território anexado ao distrito sede de Fortaleza. Em 1943, o distrito de Porangaba passou a denominar-se Parangaba. O município ficou

constituído de cinco distritos desde então: Fortaleza, Antônio Bezerra, Messejana, Mondubim e Parangaba.

Em termos numéricos, segundo o Brasil, 2010, o bairro Jardim Guanabara tem uma população 14919 habitantes A população masculina representa 6937 habitantes E a população feminina 7982 habitantes, ou seja, a população é composta por 53,5% de mulheres e 46,5% de homens. Ainda segundo esse mesmo senso classificando de acordo com a faixa etária temos que 970 habitantes possuem entre 0 e 4 anos representando 6,5% da população 3223 habitantes estão na faixa etária entre 0 e 14 anos representando 21,6% da população Entre 15 e 64 anos 10115 15 e 64 anos temos 10563 habitantes O que representa 70,8% da população E acima de 65 anos temos mil 119 habitantes que importante é que vale a 7,5% da população.

População do bairro Jardim Guanabara			
	População homens	População mulheres	Porcentagem
De 0 á 14 anos	1.650 hab	1.573 hab	22%
De 15 á 24 anos	1.310 hab	1.473 hab	19%
De 25 á 34 anos	1.315 hab	1.432 hab	18%
De 35 á 44 anos	1.001 hab	1.262 hab	15%
De 45 á 54 anos	776 hab	935 hab	11%
De 55 á 64 anos	443 hab		7%
De 65 á 74 anos	289 hab	428 hab	5%
Acima de 75 anos	153 hab	256 hab	3%
<i>Total por genero</i>	<i>6.937 hab</i>	<i>7.982 hab</i>	-
Total 14.919 habitantes			

Figura 4: População do Bairro Jardim Guanabara. Fonte: IBGE 2010.

Fazendo-se uma comparação entre jovens e idosos no bairro Jardim Guanabara em Fortaleza existem mais jovens do que idosos A população composta por 21,6% de jovens e 7,5% de idosos, vê-se que a população do bairro Jardim Guanabara, é de 14.919 habitantes, distribuída entre homens e mulheres. A população masculina representa 6.937 habitantes, e a população feminina, 7.982 habitantes, onde se observa que a população feminina é maior que

a masculina, que em termos percentuais é composta de 53.5% de mulheres e 46.5% de homens.

Como o foco de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde é de base territorial, uma vez que o território para a saúde é o lugar onde se dá o processo de trabalho e a inserção comunitária, adotamos como metodologia inicial a territorialização. Teixeira *et al.* (1998) afirmam que a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações loco regionais, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente e sujeitos, condições de vida e situação de saúde, acesso às ações e serviços.

A territorialização representa, pois, importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN & BARCELOS, 2005).

Sabe-se que a execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, como a Estratégia Saúde da Família, a Vigilância em Saúde Ambiental, a proposta dos municípios/cidades saudáveis e a própria descentralização prevista na Constituição Federal (CAMPOS, 2004).

Sabe-se que a estrutura do serviço público na grande maioria das vezes é de difícil acesso, principalmente para as populações pauperizadas, e essa informação era confirmada pela comunidade do Jardim Guanabara. As rezadeiras e benzedadeiras, portanto, como cuidadoras e curadoras que utilizavam práticas de espiritualidade, geralmente moradoras antigas da comunidade, prestavam atendimentos gratuitos, através de complexo atendimento que envolvia a centralidade da reza, inclusive em horários inusitados, mostrando-se bastante disponíveis e acessíveis. Escutavam a população e oportunizaram a reflexão grupal sobre muitos dilemas da vida e da saúde; e davam aos que as procuravam um papel de sujeito de sua própria saúde. A comunidade demonstrava, então, para com estas promotoras de saúde, uma relação de respeito e valorização de seus saberes. Por sua vez, essas mulheres assumiam papéis de produtoras da saúde no lugar.

Surpreendia-me em minhas idas e vindas, quando então fiz um grupo e jovens para com o objetivo também de promoção da saúde no Jardim Guanabara, com a procura das pessoas para atendimento com as rezadeiras. Tanto na Unidade de Saúde como em suas casas, não tinham hora para socorrer alguém, e mesmo eu muitas vezes, cansado, no fim do dia chegava para conversar com elas.

Na conversa observava que essas mulheres geralmente eram muito sofridas, e haviam se dedicado desde muito cedo ao próximo, dessa forma que achavam ser “

um dom para serviço aos semelhantes”, como elas me diziam. E eu sabia que o que se estudava sobre bioenergia hoje, mostrava o valor desta ação social que faziam no bairro Jardim Guanabara. (Diário de Campo).

Campos (1967) se refere a alguns tipos de agente de cura que estão presentes na realidade sertaneja no Nordeste brasileiro; na sua visão, o curandeiro destaca-se pelo tratamento que fornece aos doentes, empregando *garrafadas*³ preparadas de acordo com receitas especiais que variam de um para outro. *Quase sempre são receitas que contêm plantas locais, conhecidas ancestralmente, colocam estudiosos* (Alves et al. 2008).

As rezadeiras ou benzedeiras, como dissemos, receitam, também, *mezinhas* compostas de raízes e ervas outras medicinais, além de ser conhecido mesmo por suas rezas e práticas com que tratam as enfermidades.

O Raizeiro, também chamado popularmente Doutor Raiz ou Doutor Raizeiro, por sua vez, é bastante conhecedor da nossa farmacopeia local, que ele não raramente planta em seu sítio ou quintal; valoriza os remédios do “mato”, por serem naturais e empregados com toda força a “sustança” da natureza, mas também por ser um saber de sua ancestralidade. Adentra-se na mata para retirar as cascas, raízes e folhas necessárias para as mezinhas. Geralmente, são os fornecedores dos mercados públicos.

Em articulação com os agentes comunitários de saúde (ACS), agendamos visitas a estas senhoras com a intenção de conhecê-las melhor e de conhecer mais especificamente o dialogismo vivido por elas em seus processos de cuidado e cura. Também, eu percebia que elas exerciam uma influência local e percebia que elas definiam com muita simplicidade como se daria a relação delas com o próprio centro de saúde, onde por intermédio dos próprios residentes, houve uma integração com os outros profissionais da Unidade de saúde local.

Dessa história eu trazia já algumas interrogações que agora eu refazia, com um olhar pesquisador.

Eu me perguntava: se essas práticas encontravam algum tipo de resistência para ocorrerem, será que estas rezadeiras não se sentem ameaçadas em seu saber e em sua atuação?

Mas quando elas se referiam aos médicos, sempre traziam uma fala de elogios, e havia sempre alguma figura que as aceitara.

Ao pensar de que tipo era o diálogo que elas travavam com os sujeitos das instituições de saúde, eu via estar diante de um fato social total, como estava a estudar: um fato social que possui diversas determinantes e dimensões em sua ocorrência.

Queria saber, também, o que restara do próprio movimento dialógico instaurado na Residência, e que implantara de modo mais concreto e formalizado, estes atendimentos de co-participação destas rezadeiras no centro de saúde.

³ Garrafada é uma mistura de ervas e também de elementos da natureza que juntos podem ajudar a quem quer engravidar e também tantos outros fatores inclusive problemas de saúde.

(Diário de Campo)

Neste contexto, observava a prática das rezas como um instrumento de promoção da saúde e cuidado, que é feito em bases do saber popular, uma vez que o ato de benzer ultrapassa o tratamento da doença pela qual o usuário acessa o atendimento, adentrando outras dimensões do sujeito, para dialogar com a dimensão espiritual.

O significado da Carta de Ottawa (CAMPOS et al., 2004) de que requerer saúde é fortalecer e desenvolver a capacidade de sujeitos e agremiações de identificar, avaliar e exercer controle sobre os determinantes sociais da saúde, parece poder ser inferido destas práticas populares que utilizam a espiritualidade como caminho.

Garantindo a melhoria dos estados e da qualidade de vida, pode-se dizer que esse trabalho da reza que envolve uma Experiência Espiritual de Cuidado e Cura, parece empenhar-se com a defesa da saúde, oferecendo crescentes graus de autonomia da população. Ao lidar com a corresponsabilização e o desenvolvimentos dialógicos com diversos segmentos da população que atuam com a saúde – como os sujeitos da Unidade de Saúde local -, mostra possuir potencial de co-produção da saúde inegável, sobretudo pelo grau de alteridade desta atenção consigo, com os outros e com o mundo demonstrado pelas rezadeiras ou benzedeadas.

Pareceu que era desafio, para os participantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, garantir a complementaridade entre os saberes “formais” , como os do médico e os tradicionais saberes populares da reza, que se aliam a aconselhamento, escuta, utilização de chás e ervas ancestralmente usadas nas comunidades, bem como Evangelhos e passes, que são modos de reflexão conscientes e de uso da bioenergia, respectivamente.

Já imaginou ir a uma unidade hospitalar básica e, além da receita médica, receber também a indicação de procurar uma rezadeira? Se isso pode parecer estranho para alguns, já fora, no entanto, rotina no Centro de Saúde da Família (CSF) Rebouças Macambira, no Jardim Guanabara, em Fortaleza, quando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade atuara no lugar e circunvizinhanças.

No local, Jardim Guanabara, um grupo de quatro ‘curandeiras’ se revezavam, todas as terças e quintas-feiras, para tentar levar a cura através da imposição das mãos, do poder da fé e das raízes. É era um desafio diário de unir o saber médico “oficial” com a tradição da reza (PIMENTEL, 2012).

Através das conversas com as mulheres responsáveis por ativações EECC (Experiência Espiritual de Cuidado e Cura), comumente chamadas de rezadeiras - nome que

conservamos, mesmo que seu atendimento seja um complexo sistema de cuidado e cura - , confirmei que era grande o contingente de pessoas da comunidade, de várias idades, que as procuravam em busca de tratamento para diversos problemas, tais como: doenças infantis, mal-estar, diarreias, dores no corpo, transtornos mentais, depressão, uso abusivo de drogas, problemas decorrentes de relações familiares e amorosas, entre outros. Ressalta-se que estes sujeitos que acorriam às rezadeiras, e elas próprias viviam, em geral, em contextos, sobretudo, de pobreza material e não raro de abandono social.

Dessa forma é que eu via que a atuação dessas mulheres era vivida de forma tão ampla que se poderia dizer que tentavam aproximações com a materialização do conceito de integralidade do cuidado proposto pelo SUS.

A partir desta experiência adquirida através do processo de territorialização, percebi a dimensão da espiritualidade como agenciadora potencial do processo de saúde neste território. Eu me perguntava, contudo, como as rezadeiras se autorizavam a produzir e lidar com esses saberes relacionados à espiritualidade. E como percorriam caminhos de espiritualidade de modo a ativar e acompanhar uma experiência espiritual de cuidado e cura. Junto a isso, também inquiria como estavam a ser legitimados estes saberes no contexto da saúde coletiva. Isso tudo constituía o que eu passava, então, nesta pesquisa, a nomear de Experiência Espiritual de Cuidado e Cura. Neste momento, como pesquisador, certamente fruto também da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade, que ativara tantas buscas de saber e práticas em mim, agora se configurava um campo gerador de perguntas que delineava um objeto de estudo que trazia a categoria de espiritualidade como caminho.

METODOLOGIA

*No futuro, não se tratará tanto de sobreviver
como de saber viver. Para isso é necessária
uma outra forma de conhecimento
compreensivo e íntimo que não nos separe, e
antes nos una pessoalmente ao que
estudamos.*

(Boaventura de Sousa Santos)

Esta pesquisa surge como uma retomada da experiência vivida na primeira turma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza, quando, durante este processo eu pude observar o cuidado em saúde promovido pelas rezadeiras do bairro Jardim Guanabara, território que é de responsabilidade sanitária da Unidade Básica de Saúde Doutor Rebouças Macambira.

O lócus da pesquisa é, então, o bairro Jardim Guanabara, este território vivo, dinâmico, cheio de potencialidades e fragilidades, onde se constroem relações de carinho, amor e solidariedade, mas também onde se vivem situações de violência, morte, dor e adoecimento.

Os sujeitos da pesquisa são 03 mulheres, apontadas pela comunidade, que, por meio da espiritualidade, promovem saúde no território e são chamadas popularmente de Rezadeiras ou Benzedeiras. Adotamos o termo Rezadeiras para nomeá-las, entendendo que existe na literatura uma clara diferença entre as duas nomenclaturas, mas para termos de compreensão e reproduzindo a fala destas sem notar diferenças vamos generalizar para Rezadeiras. Durante esta caminhada no bairro pude verificar que eram as mesmas mulheres do período da RMSFC que conheci, vivenciei e criei laços que foram para além do profissional, mas também na seara do afeto.

Embora tenha convivido com grupos e pessoas diversas que lidavam com espiritualidade, elejo três rezadeiras, também chamadas benzedeiras – Violeta, Jasmim e Rosa -, para uma visão de profundidade, que permita compreender como são ativadas, por estes sujeitos da população, as experiências espirituais de cuidado e cura. Devo desde já esclarecer que estes nomes – Violeta, Jasmim e Rosa – são pseudônimos ou nomes fictícios, que utilizei na pesquisa. Prosseguindo no que se dizia, ao longo desse percurso, também eu me incluo em minhas Observações Participantes e o Diário de Campo, que são instrumentos da investigação, como já nos referimos.

Como a proposta de estudo é investigar a relação entre Saúde e Espiritualidade no contexto da Promoção e do Cuidado, fomentado através das EECC que inclui um fenômeno espiritual complexo, a abordagem qualitativa delineou-se como metodologia de escolha.

Segundo Bossi; Mercado (2004), sem excluir outros saberes, a abordagem qualitativa pretende ser um pouco mais inclusiva, quanto à complexidade que constitui o objeto saúde. Assim arrematam os autores, “a pesquisa qualitativa tem vocação para análise em profundidade das relações e vivências, trazendo as singularidades do adoecer, da produção dos cuidados e da busca da saúde”. Situação esta percebida por mim, enquanto pesquisador, ao estudar a promoção da saúde e a espiritualidade no bairro Jardim Guanabara.

Buscar conhecer e produzir saber sobre (e com) sujeitos nos territórios do bairro Jardim Guanabara, com, quem trabalhei e, em alguma medida, repartir caminhos e afetos, é tecer o conhecimento em uma tapeçaria fina: a vida. Construir uma pesquisa capaz de tocar o coração da vida, comprometendo-se com a ultrapassagem de limites sociais severos, calcados na exclusão e dificuldades psicossociais e espirituais, como os que vivem os sujeitos deste bairro envolvem um modo outro de conhecer a educação em saúde.

Pode-se dizer que para nos aproximarmos do conhecer em pesquisa é preciso fazer pontes, como as que fazemos quando amamos, para nos aproximar do conhecimento do outro. Que pontes podemos construir agora, para alcançar a compreensão de como instituições da sociedade civil - nucleadas em paradigmas que lidam com a perspectiva da promoção da saúde através da educação popular em saúde (DANTAS, 2009) , propondo o cuidado social junto às pessoas daquele território?

Oliveira (2008) vem enunciar que os sujeitos em relação produzem significados que expressam sua realidade e tornam-se parâmetros aos grupos culturais, podendo ser modificados ou reinterpretados. Assim, diz ela, pode-se observar, na pesquisa qualitativa, que o particular nos permite compreender as totalidades concretas. Ao pesquisar as rezadeiras pude apreender esses significados e perceber a totalidade deste território a partir do significado dado por estas mulheres.

Ainda Oliveira (2008) realizou um estudo sobre os processos de adoecimento e cura, como lugar de experiência espiritual, situando sua pesquisa em uma abordagem transdisciplinar. O conceito de transdisciplinaridade, registrado na Carta da Transdisciplinaridade⁴, enfatiza essa abordagem como: “[...] uma visão aberta, ultrapassando o campo das ciências exatas devido ao seu diálogo e sua reconciliação não

⁴ Documento elaborado no I Congresso Mundial da Transdisciplinaridade realizado em Arrábida, Portugal, em 1994.

apenas com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência espiritual” (SILVA, 2006, p.6)

Conforme descreve Minayo (2010) o método qualitativo procura desvelar processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação final, proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado. Considero que as EECC se enquadram nestes processos, por isso reitero a importância deste método na pesquisa a que me proponho.

Considerando os pressupostos da teoria da subjetividade, a Epistemologia Qualitativa, também proposta por Rey (2013) se mostra pertinente para estudos qualitativos em área da saúde. Essa epistemologia busca compreender a pesquisa como um processo de comunicação e de diálogo, uma vez que o homem se comunica permanentemente nos diversos espaços sociais em que vive. Procura também legitimar o conhecimento por meio da construção contínua de modelos de inteligibilidade sobre um problema, que se permitam estar em constante desenvolvimento e construção (REY, 2003). Este aspecto dialógico da pesquisa da epistemologia qualitativa será de fundamental importância para este trabalho, como também o aspecto construcionista da pesquisa, como supracitado.

Dentro da abordagem qualitativa, elegeu-se a História de Vida como metodologia de investigação, uma vez compreendida entre suas características, mencionadas por Chizotti (1991), quais sejam, a imersão do pesquisador nas circunstâncias e contexto da pesquisa, a saber, o mergulho nos sentidos e emoções; o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto, sentimentos e emoções vivenciados por mim nesta pesquisa.

Portelli (1997), discutindo a importância da história oral como recursos de muitas pesquisas qualitativas, nos diz que é a subjetividade do expositor que fornece às fontes orais o elemento precioso que nenhuma outra fonte possui em medida igual. A história oral, mais do que sobre eventos, fala sobre significados; nela, a aderência ao fato cede passagem à imaginação, ao simbolismo. Quando as rezadeiras contavam suas histórias de vida pude perceber tais significados uma vez que ao falar de sua vida esses significados se mostraram concretos.

Queiroz (1988) coloca a história de vida no quadro amplo da história oral que também inclui depoimentos, entrevistas, biografias, autobiografias, recursos estes utilizados por mim. Considera que toda história de vida encerra um conjunto de depoimentos e, embora tenha sido o pesquisador a escolher o tema, a formular as questões ou a esboçar um roteiro temático, é o narrador que decide o que narrar. A autora vê na história de vida uma ferramenta valiosa exatamente por se colocar justamente no ponto no qual se cruzam vida individual e contexto social, ou seja, quando as rezadeiras contavam sua história de vida elas também descreviam a história de sua comunidade.

Haguette (1987) considera que a História de Vida como capaz de dar sentido à noção de processo em pesquisa. Este “processo em movimento” requer uma compreensão íntima da vida de outros, o que permite que os temas abordados sejam estudados do ponto de vista de quem os vivencia, com suas suposições, seus mundos, suas pressões e constrangimentos.

Camargo (1984) complementa que o uso da história de vida possibilita apreender a cultura “do lado de dentro”; constituindo-se em instrumento valioso, uma vez que se coloca justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e aquilo que ele traz dentro de si. O mesmo pensa Cipriani (1988) quando considera o “livre fluir do discurso”, condição indispensável para que vivências pessoais desponham profundamente entranhadas no social, o processo de “escavação do microcosmo” deixa entrever o “macrocosmo”, o universal mostra-se invariavelmente presente no singular.

Becher (1994) acrescenta que a História de Vida se aproxima mais do “terra a terra” do mundo dos sujeitos; e a história que é valorizada nessa perspectiva é a história própria da pessoa. Nestas histórias de vida os sujeitos são eles próprios narradores, dando forma e conteúdo às suas narrativas, à medida que interpretam suas experiências singulares e o mundo no qual são elas vividas.

A História de Vida, como metodologia, pode ser, desta forma, considerada instrumento privilegiado para análise e interpretação, na medida em que incorpora as experiências subjetivas das rezadeiras mescladas aos contextos sociais existentes no bairro Jardim Guanabara. Ela fornece, portanto, base consistente para o entendimento do componente histórico dos fenômenos individuais, assim como para a compreensão do componente individual junto aos fenômenos sócio históricos.

A História de Vida é, geralmente, extraída de uma ou mais entrevistas denominadas entrevistas prolongadas ou Entrevistas Narrativas, nas quais a interação entre pesquisador e o sujeito pesquisado se dá de forma contínua, situação assim descrita por Thiollent (1982) nos seguintes termos: “o entrevistador se mantém em uma ‘situação flutuante’ que permite

estimular o entrevistado a explorar o seu universo cultural, sem questionamento forçado” (THIOLLENT, 1982, pág.86).

Portelli (1997a) nos lembra que a palavra entrevista, em uma grande diversidade de situações, dá - incorretamente - a ideia de uma perspectiva unilateral. No entanto, “entrevista”, como o próprio nome diz, comporta mais do que uma única perspectiva. Como nos dizem Martins & Bicudo (1989), a entrevista pode ser construída como um “encontro social”, cujas características, entre outras, seriam a empatia, a intuição e a imaginação; ocorre nela uma penetração mútua de percepções, sentimentos, emoções.

De fato, todas as entrevistas são formas especiais de conversação e, neste sentido, interativas, o que situa o pesquisador como sujeito junto a outro sujeito, em relação humana rica e singular. Nesta pesquisa então, foram gravadas entrevistas com as rezadeiras utilizando um gravador de voz depois de acordados os horários para esta coleta de dados.

As narrativas produzidas podem ser limitadas, se resultantes de *surveys* (questionários) com respostas fechadas, ou elaboradas como são os relatos orais de histórias de vida (HOLSTEIN & GUBRIUM, 1997); a diferença se estabelece nos níveis de interação criados. As narrativas então coletadas foram, depois de gravadas, transcritas de forma integral e respeitando todo o conteúdo adquirido.

No âmbito das representações e da produção de sentido, as entrevistas são tratadas como encontros sociais, nos quais conhecimentos e significados são ativamente construídos no próprio processo da entrevista; entrevistador e entrevistado são, naquele momento, coprodutores de conhecimento. Participação, neste nível de interação, envolve todos em um trabalho de produção de sentido, trabalho no qual o processo de produção de sentido é tão importante para a pesquisa como o é o sentido produzido.

Entre as técnicas de tratamento a serem dadas ao material coletado, distinguem-se as técnicas de análise de conteúdo, em particular, a análise da enunciação. De acordo com Bardin (1997), a análise da enunciação parte de uma concepção de discurso como palavra em ato, considera a produção da palavra como um processo.

Outro elemento importante neste tipo de análise é o fato de que cada entrevista é tomada na sua totalidade, compondo um discurso único e singular. Cada entrevista é importante, diz-nos Portelli (1997), por ser diferente de todas as outras.

Cabe ainda uma observação relacionada aos limites da transposição das falas - perpassadas por sentimentos e emoções - nas palavras que as transcrevem. Este limite é apontado por Queiróz (1988) de forma muito clara, quando diz da dificuldade de transformar o “indizível” em “dizível”. Considera a autora que a passagem da “obscuridade dos

sentimentos para a nitidez do vocábulo” é um primeiro enfraquecimento da narrativa, uma vez que a palavra não deixa de ser um “rótulo classificatório” utilizado para descrever uma ação ou uma emoção. Lembra ainda que, assim como o desenho ou a palavra constituem uma reinterpretação do relato oral, o entrevistador, da mesma forma, reinterpreta aquilo que lhe foi narrado.

Na busca dos significados produzidos pelos sujeitos nos seus processos de adoecimento e cura, incluindo a dimensão espiritual, Oliveira (2008) viu-se diante de múltiplas possibilidades de conhecer essa realidade, optando por adotar a perspectiva da multirreferencialidade que se constituem em leitura plural, sob diversos ângulos, partindo de referenciais distintos, os quais não se reduzem uns aos outros (MARTINS, 1998). Para Sérgio da Costa Borba - Doutor em Ciências da Educação e quem primeiro publicou livro, no Brasil, sobre tal perspectiva,

(...) uma leitura plural supõe a quebra de fronteiras disciplinares, a quebra da monorracionalidade na compreensão, análise, explicação, construção do objeto. A Multirreferencialidade é um hino contra o reducionismo. Um hino ao esforço da liberação humana. (BORBA, 1998, p.12 apud CARVALHO; LIUTI, 2011).

Como referido anteriormente, o *locus* da pesquisa será o bairro Jardim Guanabara em Fortaleza, Ceará. E os sujeitos da pesquisa, depois de um novo processo de territorialização, serão as mulheres apontadas pela comunidade como rezadeiras ou benzedadeiras – e utilizaremos em nosso trabalho este nome, como elogio à matriz popular deste tema -, sendo vistas como pessoas que promovem saúde por meio da espiritualidade.

Isso posto, mais uma vez, dialogamos com a sociologia e as ciências da educação, assumindo, aqui, a influência do método autobiográfico ou das histórias de vida em nossa pesquisa, perspectiva que surge no final do século XIX, na Alemanha, como alternativa à sociologia positivista, inaugurada de forma sistemática por sociólogos americanos dos anos 1920 e 1930 (FINGER, 2010).

Apesar de esse método ter desencadeado importantes embates epistemológicos nas ciências sociais, o mesmo não ocorreu nas ciências da educação, menos impregnadas que são por uma atitude positivista em relação às demais ciências sociológicas, tornando-se meio profícuo para o desenvolvimento do método biográfico, o qual pôde revelar-se não apenas um instrumento de investigação, mas, também, de formação (NÓVOA, 2010).

Finger (2010), como também Nóvoa (2010) citam Gaston Pineau para explicar o impacto das autobiografias, quando esta fala de um paradoxo epistemológico fundamental na abordagem – a união do mais pessoal com o mais universal.

Nesse contexto, acreditamos que as histórias de vida, na medida em que vincam o aspecto auto-formador junto aos dispositivos em pesquisa, possibilitam trocas de experiências que abriram oportunidades para que a dimensão relacional da pesquisa se desse a par de uma apropriação individual da formação, que se ergue ao longo do percurso de nossos estudos.

Buscando uma direção para construir esse percurso metodológico sem incorrer em riscos de enviesar seu uso, nos encontramos em contribuições trazidas por Nóvoa (2010), em um balanço inicial sobre a utilização do método biográfico, num projeto de formação de gestores da formação para estabelecimentos e serviços do Ministério da Saúde, denominado PROSALUS 86, quando enfatizou três aspectos importantes para o sucesso da abordagem: as histórias de vida devem construir-se numa perspectiva retroativa (do presente para o passado) e projetar-se no futuro; a formação deve ser entendida como uma tomada de consciência reflexiva (presente) de toda uma trajetória de vida percorrida no passado; e, por fim, é fundamental que a abordagem biográfica não resvale para o favorecimento de atitudes intimistas, dificultando a meta teórica a atingir, isto é, a compreensão do processo formativo a partir da história de vida de cada um.

Entretanto, vale a pena apontar, neste delineamento metodológico, os esclarecimentos de Daniel Bertaux (1981) sobre o sentido de vários termos e expressões que envolvem “histórias de vida”. Bertaux (1981) afirma que não é necessário que se aborde todo o percurso de vida, nem todos os seus aspectos, mas aqueles que são fundamentais para o objeto de investigação, em nosso caso, as experiências espirituais de cuidado e cura, numa perspectiva de refletirmos sobre o trabalho social em saúde, considerando a perspectiva popular.

Desse modo, faz-se importante assinalar que o método biográfico ou histórias de vida comporta, conforme Ferrarotti (2010), dois tipos de materiais: os materiais biográficos primários, qual sejam narrativas autobiográficas colhidas por meio de entrevistas, em geral realizadas face a face por um pesquisador; e materiais autobiográficos secundários, os quais podem ser de todo tipo – correspondências, diários, narrativas diversas, fotografias, documentos oficiais, desenhos, etc. O autor considera que, apesar de haver uma tendência de priorizar os materiais secundários, devido sua maior objetividade, são as narrativas autobiográficas que enfatizam a subjetividade do sujeito. Propõe, assim, uma renovação do método através de uma inversão de tal tendência. Utilizarei essencialmente as narrativas autobiográficas que enfatizam a subjetividade das rezadeiras e benzedadeiras, sem esquecer que esta dimensão subjetiva se situa em um universo social que lhe dá configuração e colorido.

Colocado isto, penso que tentei, a par do relevo da problemática, dar conta de que os

fundamentos epistemológicos que se concretizam na metodologia eleita pudessem, mediante uma prática de pesquisa engajada, valorizar um tipo de saber que se ergue no território a partir dos grupos da sociedade civil: o da ordem do espiritual na produção e promoção da saúde das rezadeiras do bairro Jardim Guanabara.

Aspectos éticos e legais do estudo

Respeitou-se todos os preceitos éticos e legais da pesquisa de acordo com a Resolução nº196/96 (BRASIL, 1996), garantindo a manutenção da eticidade da pesquisa pelo respeito à autonomia dos indivíduos, a ponderação entre riscos e benefícios pelo princípio da beneficência e a garantia de que danos previsíveis serão evitados pelo princípio da não-maleficência.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Plataforma Brasil e aprovada de acordo com o **CAAE**: 56571916.4.0000.5054.

Informa-se a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos desta e a minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária, garantindo os princípios da justiça e da equidade.

Manteve-se a confidencialidade das informações adquiridas, comprometendo-nos a utilizá-las apenas para fins de pesquisa e elaboração de relatório final com os resultados do estudo a serem apresentados para a instituição onde o mesmo foi realizado. A identidade das mulheres que participaram da pesquisa fora preservada.

No decorrer da apresentação dos resultados dessa pesquisa, utilizou-se nomes de flores, no intuito de representar de forma simbólica essas mulheres que se assemelham às flores no jardim que é a vida, bem manter o seu anonimato.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A humanidade vive um momento de grandes transformações; o pensamento cartesiano, que por muito tempo foi predominante, com sua representação tradicional, reduzindo o ser humano tão somente à dimensão material, não responde mais aos anseios da modernidade. À exemplo da descoberta de Copérnico, que abalou as convicções de sua época, retirando a Terra do centro do universo, estamos diante de uma nova era para a homem e no limiar de outra transformação. Trata-se, nesse momento, de desenvolver os elementos de um novo paradigma cuja base é a dimensão espiritual do ser: o Paradigma do Espírito (INCONTRI, 1997; LINHARES, 2006; SANTIAGO, 2016).

Neste contexto, estamos em uma época em que os paradigmas antigos estão em revisão e vê-se os emergentes, que trazem elementos que se poderia dizer serem do âmbito da espiritualidade. E no âmbito da saúde observamos que a valorização da dimensão espiritual se torna cada vez mais necessária para o cuidado integral das pessoas que buscam os serviços de saúde (ERBERELLI, 2013; SALES, 2017; KOENIG, 2001; PARGAMENT, 1997; LARSON, 1997; LEÃO, 2004; OLIVEIRA, 2008; EVERDOSA, 2004).

Nessa perspectiva, situando-me junto a estes autores e estudiosos, devo tentar compreender a espiritualidade como experiência de cuidado e cura, ativada pelos sujeitos que a utilizam como caminho para a saúde, que percorro o Jardim Guanabara para essa busca de saberes.

Já Brandão, o eminente discípulo e cooperador do educador Paulo Freire, observava que talvez a melhor maneira de compreender a cultura popular fosse buscando a religião, que se apresenta multiforme, com seus símbolos de vida e trabalho, lutas e esperanças.

Talvez a melhor maneira de se compreender a *cultura popular* seja estudara *religião*. Ali ela aparece viva e multiforme e, mais do que em outros setores de produção de modos sociais da vida e dos seus símbolos, ela existe em franco estado de luta acesa, ora por sobrevivência, ora por autonomia, em meio a enfrentamentos profanos e sagrados entre o *domínio* erudito dos dominantes e o *domínio* popular dos subalternos (BRANDÃO, 1980, p. 15)

Sigamos em compasso o “domínio do popular”, na captura do saber da espiritualidade como caminho para a saúde, escutando os que foram subalternizados.

AS MULHERES QUE CUIDAM ATRAVÉS DA ESPIRITUALIDADE –

O exercício de alteridade do feminino

Levinas (2004) nos mostra que uma forma de adentrarmos no novo da produção do conhecimento é através do exercício de alteridade. Um exercício de alteridade que eu fazia quando entrava no campo empírico desta pesquisa. Mas penso que também quanto ao universo da pesquisa, quando eu tentava compreender os saberes em saúde, era o universo feminino dos cuidadores em saúde popular que eu contactava. E via como este mundo do feminino aproveita imensamente o manancial de generosidade e acolhimento dos saberes do cotidiano e da ancestralidade das mulheres.

Eu seguia, então, pelo bairro do jardim Guanabara. As tardes traziam suas cores entre o azul, o amarelo e o rosa, eu percorria os espaços, revisitando meu trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, partindo da unidade básica de saúde Dr. Rebouças Macambira, onde durante dois anos de minha vida construí saberes e práticas, como também aprendi muito de um território rico em experiências de vida, de luta, de busca por melhores condições de cuidado e cura em saúde.

Emocionante era reviver esses momentos que modificaram a minha própria história de vida. Ao fazer as visitas às casas de Dona Violeta, Dona Jasmim e Dona Rosa, percorrendo as ruas onde anos atrás eu fora acolhido, quando fazia a territorialização como parte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que voltei a me sentir parte do bairro do Jardim Guanabara.

Munido destas reflexões teóricas e dos embasamentos dos estudos na área, sigo perquirindo as histórias de vida destas mulheres e seus saberes sobre espiritualidade. Como eu dissera anteriormente, o bairro Jardim Guanabara é o lugar de onde falo e pesquiso; tem esse misto de sertão pobre e periferia urbana. As casas têm elevações, reentrâncias e se socorrem umas entre outras.

Nestes dias, contudo, eu vinha em horas que poderia encontrá-las sozinhas, para escutá-las, o que muitas vezes era difícil, pois estavam sempre rodeadas de pessoas as quais elas carinhosamente chamavam de irmãos, amigos ou “gente que precisa de nós”.

Ao buscar enquanto pesquisador o campo empírico, mediante a metodologia de História de Vida, proposta por Josso (2008), eu tinha como centro a narrativa destes sujeitos rezadeiras ou benzedadeiras, em seu universo experiencial.

Josso (2008), como também Momberguer (2011) utilizam o conceito de formação experiencial, destacando a importância da narrativa neste percurso, pois ela permite manifestar a singularidade dos sujeitos, bem como perceber o caráter processual da formação e da vida. Relacionando espaços-tempos e as diferentes dimensões dos sujeitos, em busca de uma sabedoria de vida, a biografia nos devolve uma inteireza que no universo das fragmentações da modernidade, necessita ser superada. Mas também precisa reafirmar o que deve ser conservado.

É importante ressaltar que:

(...), entretanto convém reconhecer, igualmente, que essa estrutura ideológica do Eu biográfico produz realidade, não apenas psicológica e individual, mas também social e política, seja em termos de realização de carreiras, de convivências e de solidariedades de classe ou de grupo, seja em termos de fracassos, de frustrações, de manifestações reivindicatórias e de movimentos sociais (MOMBERGUER-DELLORY, 2011)

A partir desse olhar biográfico, que une o singular com o sócio-político, o novo caminhar neste território do bairro Jardim Guanabara irá apresentando os aspectos que vão sendo discutidos, seguindo a ordem dos resultados da pesquisa, que acumulados e cruzados refletem a essência básica dos fatores que culminam na promoção da saúde tendo a espiritualidade como caminho.

As Histórias de Vida, em sua diversidade, apontam, contudo, a um mesmo destino. Causas primárias e ímpares com o passar do tempo na pesquisa foram delineando um ideal de vida comum: promover saúde dentro de um território.

Quando falo do exercício de alteridade do feminino, é que deriva da história de vida de cada uma das mulheres investigadas, um modo de viver alteridade que muito tem da maternagem vivida pela condição feminina, uma condição que envolve a questão de gênero.

O conceito gênero, uma construção histórico-cultural, se reporta às relações de poder instauradas na codificação sexuada, e refere-se às regras colocadas pela sociedade para mediar, determinados padrões de ação, inscritos nas relações que se dão entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, homens e homens. Tais poderes, que se corporificam em regras e condicionantes sociais expressam as relações desiguais de poder entre homens e mulheres. E, visto que são relações construídas socialmente, podem ser mudadas, embora se observem que se legitimam e se naturalizam, muito particularmente pelos sujeitos sociais que costumeiramente pensam e agem de modo hegemônico.

As mulheres que são eleitas como sujeitos desta pesquisa, mostram trajetórias de vida parecidas, quando se referem ao tempo de ajuda ao outro, e ao costume de atuar com o universo da saúde e cura, com rezas e benzeções.

Acreditam alguns autores, que a familiaridade e a aproximação com os elementos naturais – chás, raízes, ervas, etc. – são em grande parte favorecedores da propagação e utilização de tais práticas de cura, mas também observei que trazem o “dom” da mediunidade ou, para algumas, se familiarizam com energias e experiências transcendentais desde a infância, como se vai ver. Para estas mulheres: “A doença é uma maneira que as forças espirituais têm de aparecer, de se revelar no mundo dos homens. Ela faz parte de um conjunto maior de problemas que têm a ver com a desorganização pessoal, familiar e social do sujeito: desemprego, conflitos familiares, crises, etc.” (MONTERO, 1990, P. 64).

As rezadeiras, como sujeitos das camadas populares, em geral apresentam-se como mulheres que saíram do estereótipo da fragilidade, submissão e passividade que tradicionalmente se conferiu à condição feminina (SOIHET, 2000). No contexto cultural eleito do Jardim Guanabara, as rezadeiras chegaram a uma esfera social em que atuam com o cuidado e a cura, sem deixar a esfera do mundo doméstico, mas acumulando quefazeres, de todo modo não negando a singularidade de produzirem saúde pela via espiritual no mundo popular.

Quando a espiritualidade se configura solidariedade humana - um olhar sobre o cuidado, a promoção e as mulheres prostituídas

DONA JASMIM

Dona Jasmim, sentada na varanda de sua casa, com a porta entreaberta, ficara feliz ao me reencontrar [ela me conhecia de quando eu a visitava por estar na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade] e prontamente me acolheu. Ficou feliz em me reencontrar, felicidade compartilhada por mim, ao constatar como marcamos e somos marcados pelos encontros que a vida proporciona nos encontros e lutas por saúde das populações.

Mais uma vez reforço o meu encantamento em utilizar a História de Vida como metodologia, uma vez que adoto a proposição de Vasconcelos (2004), quando pondera que, no processo de observação, em pesquisa, a relação entre o observador e o campo da pesquisa é algo crítico. E precisa ter suas implicações sistematizadas e incluídas na própria análise do fenômeno: “Todos os possíveis ruídos de informação” conflitos e problemas de

interpretação. (VASCONCELOS, 2004, p. 219 e 220).

Seguia eu, portanto, com a emoção de encontrar a rezadeira Dona Jasmim e, ao iniciar a entrevista com esta senhora que, para mim, representava em sua essência uma das mais belas flores encontradas na natureza, eu era pura alegria. A entrevistada foi conversando e dizendo:

Desde criança minha mãe me contava que quando eu era criança quando eu via um menino doente, eu dizia:

- Vou pegar um raminho.

E rezava, e a pessoa ficava boa de febre...

Rezava com arruda com manjericão.

Fazia a reza de cabeça.

(DONA JASMIM, 2017).

A memória individual não acontece em um vazio absoluto, mas em um meio social em que as pessoas estão situadas e que trazem junto com as lembranças. Este aspecto social da memória não retira dela o modo individual de viver a lembrança, como se pode ver com Dona Jasmim: Ela vai lembrando pouco a pouco sua relação com a reza, e com ela sua forma de ajudar a saúde da comunidade. Sobre a memória coletiva, que não exclui a lembrança individual, Halbwachs afirma:

Não há na memória vazio absoluto (...) Para Bergson, o passado permanece inteiramente dentro de nossa memória, tal como foi para nós; porém alguns obstáculos, em particular o comportamento de nosso cérebro, impedem que evoquemos dele todas as partes (...) não subsistem em alguma galeria subterrânea de nosso pensamento, imagens completamente prontas, mas na sociedade, onde estão todas as indicações necessárias para reconstruir tais partes de nosso passado as quais nos representamos de modo incompleto ou indistinto. (...) na realidade o que tomávamos por um espaço vazio não passava de uma região pouco definida, da qual nosso pensamento se desviava, porque nela encontrava poucos vestígios. Uma vez que nos indiquem com precisão o caminho que temos que seguir, esses traços se evidenciam, os ligamos um ao outro.

(HALBWACHS, 1990: 77)

Desde criança, Dona Jasmim, como vimos de dizer, também chamada benzedeira, manifestava o que chamava de “dom de cura” e percebia o efeito que fazia sua ação social. Também, desde criança tinha devoção a Deus e aprendia que deveria pedir “permissão” para realizar a cura nos outros, por meio de sua reza.

Eu fazia a reza comum mesmo, quando rezava em crianças, quando eu era criança.
 E os meninos ficavam bons. O pessoal dizia que eu tinha o dom de cura.
 E eu até essa idade, chega gente aqui com dor de cabeça e outras doenças... E eu rezo.
 E eles dizem que estão melhor.
 Eu peço permissão a Deus e rezo.
 (DONA JASMIM)

As rezadeiras, como se vê, em qualquer vertente religiosa a que pertençam, admitem uma filiação divina, e se dirigem ao mundo espiritual para lhes pedir permissão.

As pessoas perguntavam onde eu morava. E as pessoas na rua diziam:
 - No Jardim Guanabara.
 Tem gente que vem até de carro, trazendo as crianças.
 Teve um caso de uma criança que estava no hospital, daí a mãe dela veio aqui perguntando se eu podia rezar pra ela da minha casa mesmo. E ela ficou boa, viu?!
 E hoje já está moça.
 Muita gente vem aqui pra eu rezar. Rezo em cobreiro...
 Daí eu pergunto:
 - Você não foi no médico não?
 - Fui, eles dizem. Mas os médicos dizem que só cura com reza. O médico mesmo me mandou eu procurar a senhora.
 Daí me disseram que a senhora reza em cobreiro, daí eu vim.
 (DONA JASMIM, 2017).

Dona Jasmim anuncia, na sua fala, a utilização da reza para *cobreiro*⁵, e menciona que os próprios médicos orientam que seu paciente procurasse a rezadeira, e, especialmente, que a procurasse.

Dona Jasmim, que possui pessoas que lhe procuram enviadas pelo atendimento médico nos serviços públicos de saúde no bairro, também orienta o uso de chás, banhos, infusões e outros produtos provenientes de plantas medicinais. A influência das plantas medicinais na botânica foi tão forte que os primeiros autores da botânica são denominados “Herbalistas”, uma clara ilusão as compilações sobre o uso de ervas. Não é nada fácil separar

⁵ Cobreiro é uma doença de pele cientificamente chamada de herpes zóster. Esta doença é contagiosa e é transmitida através do contato direto com a secreção produzida pela ferida, sempre que esta se manifesta.

estas primeiras obras em essencialmente botânicas ou essencialmente medicinais, já que os interesses se mesclavam intimamente nessa época.

Como se diz acima e como ela vai novamente dizer, mais adiante: “Tem médico que me conhece e indica minha reza também” (DONA JASMIM, 2017). O aprendizado do serviço em saúde, feito da forma como a tradição da reza ou da benzeção, também chamada benzedura traz, alia ao saber advindo de bens simbólicos de longa tradição, e que envolve práticas espirituais, ao saber de uma medicina feita com ervas e que também possui sua sabedoria ancestral.

Era interessante como vinha a mim todo o percurso vivido na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que eu participara. A aprendizagem cooperada que fizera na Residência nos levava a acolher os diversos saberes de pessoas e instituições da comunidade do Jardim Guanabara, que atuavam com saúde.

Pude constatar através desta fala, de partida, que durante minha inserção enquanto Básica de Saúde junto às rezadeiras tinha tido um ponto de diálogo importante. Era uma experiência que agora ela narrava, ao dizer: “tem médico que indica minha reza também”.

Uma especial proximidade, entre os multiprofissionais e a população havia sido conseguida, de uma maneira bem efetiva. (Diário de Campo)

Mas isso nem sempre fora assim: essa tentativa dialógica com a medicina. E a colaboração multiprofissional, que vem com os propósitos e a ação da Residência nos territórios, certamente contribuiu para maior consciência dessa necessidade de trabalho coletivo não só entre os diversos profissionais vinculados à Unidade de Saúde, mas também entre estes e a comunidade.

Minayo (1988), em seu estudo sobre a etiologia de doenças, traz o valor do mundo de saberes populares e mostra que o povo sempre trabalhou juntando essas formas de trabalhar a saúde: a popular e a que os serviços públicos oferecem. Ouçamos a estudiosa:

"Uma coisa", diz uma das mães entrevistadas, eu não consigo entender. Meu filho foi internado com desidratação e no atestado de óbito dele tinha outras três doenças. Não morreu do que foi internado. Ele ficou no hospital e não me deixaram ficar lá. Eu chegava, ele estava tristonho, com os pezinhos frios, as mãozinhas geladas. Eu falava com as enfermeiras, elas diziam que não tinha problema. Acabou ele morrendo... Eu morro de medo de hospital, é lugar que se vai pra morrer. A gente vê lá é o abandono e a solidão." Esse depoimento pungente nos dá a dimensão do hiato que a população encontra entre os serviços de saúde e sua cultura. Não se trata apenas de se proporcionar um bom atendimento no sentido da qualidade do diagnóstico e do tratamento, nem também de melhorar as condições humanas no atendimento. A questão atinge um nível maior de profundidade que é a abrangência da visão de mundo (MINAYO, 1988, p.7)

Aqui vemos que Minayo não reduz o atendimento junto ao saber popular à uma simples constatação da falta de oferta nos serviços públicos, como alguma leitura apressada pode supor. Evidente que há esta pouca oferta, em relação ao contingente da população, mas pode-se inferir que a autora mostra que há uma visão de mundo e saúde que se deve escutar, para pensarmos diálogos. Continuemos com ela:

Ao analisarmos essas críticas, ocorre-nos uma pergunta oportuna: se a população desconfia dos serviços, por que estão sempre cheios nossos serviços ambulatoriais e de pronto atendimento? A resposta a essa questão pode contemplar várias alternativas. A primeira delas é de que o sistema biomédico, para todos os efeitos e para todas as classes é o padrão dominante. Ele cria seus mecanismos de aproximação, de propaganda e de imposição. Segundo Boltanski (1984) toda a sua história nada mais é que a construção de uma legitimação. A segunda, é de que a população reconhece também a eficácia da medicina oficial para muitos casos referentes aos desequilíbrios da saúde e teima em usufruir desse saber socialmente construído e tão desigualmente apropriado. Mas, como já dissemos noutro artigo (Minayo, 1987), os segmentos da classe trabalhadora combinam a seu modo as diferentes fontes de tratamento que lhe são acessíveis. A medicina oficial é uma dentre outras, que ela usa e legitima, mas não de forma incondicional. (MINAYO, 1988, p.9)

Como esse processo de diálogo com a Unidade de Saúde e os trabalhos da população que utiliza da espiritualidade como caminho aconteceu no Jardim Guanabara?

Seguindo pelo bairro, eu pensava: após o processo de territorialização, vivido na Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade, fizemos oficinas de planejamento participativo. Todo o ambiente interprofissional da Unidade, junto aos moradores de representação significativa, participaram deste momento.

(Diário de Campo)

À territorialização sucedeu-se um planejamento participativo, que envolvia os diversos setores das comunidades do jardim Guanabara. O ambiente de diálogo entre os diversos profissionais, portanto, comportava que esta conversação complexa se estendesse para com as populações das comunidades, de diversas formas.

Eu continuava lembrando a abordagem da Residência, ao ver o sorriso de Dona Jasmim insistindo muitas vezes em dizer que o médico a indicava.

Rememorava os passos:

Após a territorialização, e a etapa do planejamento participativo, construímos e pactuamos, então, as ações que a equipe multiprofissional iria realizar, entre nós e junto das comunidades.

Dentro dessas ações, vimos que a população possuía inúmeras formas de produção da saúde. Inclusive, apontaram as rezadeiras e benzedadeiras, para onde se observava grande afluência de gente.

Os médicos e outros profissionais de saúde, alguns mais efetivamente que outros, acolhiam essa ideia: de referenciar esse cuidado. Um dos médicos – haviam apenas depois – foi à própria residência das mulheres que cuidavam da saúde com espiritualidade. Das rezadeiras, como eram chamadas.

Como encaminhamento maior, elaborou-se a construção das agendas de atuação das rezadeiras dentro da própria Unidade Básica de Saúde, sendo a equipe multiprofissional responsável – mais especificamente eu – por esse processo. E isso tudo, nesse tempo, chegou a funcionar (Diário de Campo).

Vejamos: o Planejamento Participativo era um primeiro momento de coletivização do saber multiprofissional e suas visões de mundo.

Para Viana (1986, p. 18): “O Planejamento Participativo constitui uma estratégia de trabalho que propõe uma nova forma de ação cuja força caracteriza-se na interação e participação de muitas pessoas, politicamente agindo em função de necessidades, interesses e objetivos comuns”.

É preciso perceber, contudo, que não só reunir muitas pessoas para planejar a saúde de um território seria o importante, mas a grande discussão teria de fazer dialogar o princípio do Estado (configurado nos serviços de saúde públicos) e o princípio da comunidade.

Também, pelo fato do território ter suas peculiaridades, fazia-se necessário que as ações de saúde coletiva devessem escutar as pessoas do território. Nossa tradição é que as políticas se façam muito verticais e homogeneizadoras e isso estava a ser mudado. Como observa Raupp, deslocar barreiras entre saberes se faz parte importante nas propostas de planejamento participativo:

Nesta perspectiva, uma proposta de planejamento participativo em saúde se constituiria em *locus* para o exercício de uma *práxis* comunicativa por parte dos técnicos e da população. O planejamento se constituiria assim, como um agir baseado num diálogo que buscaria romper fronteiras (...) entre os diferentes saberes e práticas de saúde. (RAUPP, 1999, p.10)

Sair da verticalização excessiva e sem trabalhos de base territorial para elaborar políticas públicas, implica também em entrar nos processos de trabalho concretos e coletivos que dialogam com as comunidades. Implica, também, superar homogeneizações do trabalho em saúde.

Voltando à experiência, a partir desse momento de Planejamento Participativo deu-se a construção das agendas de trabalhos dos profissionais de saúde de responsabilidade sanitária do território Jardim Guanabara. E aqui ressalto como produção de saber deste trabalho, o valor da colaboração interprofissional. Por reforçar as necessidades de articulação do

conhecimento nas equipes, de aprimoramento da interação entre os integrantes e de ação compactuada, bem como pela potência na produção de novos conhecimentos, em particular, faz-se de extremo valor a colaboração interprofissional.

Verticalização, homogeneização e fragmentação excessivas seriam limites a transpor nos trabalhos de saúde no território. E para transpor obstáculos seria importante a colaboração multiprofissional. Para que os conflitos possam ter sua elaboração e transformação para um nível que auxilie a redefinição dos modelos de práticas em saúde coletiva. Matuda observava essa condição:

Uma condição importante para a reorganização dos serviços e a redefinição do modelo de prática iniciada pela Estratégia de Saúde da Família seria o aprendizado para lidar com as dinâmicas relacionais e os processos de interação com o outro, abrangendo não apenas a relação entre as equipes e os usuários, mas também a relação entre os membros das equipes. As formas de interação e de comunicação entre os profissionais podem ser importantes fontes de conflitos ou de colaboração interprofissional. (MATUDA, 2015, p.03)

A partilha de saberes entre profissionais era um desafio para os que faziam a saúde no território do Jardim Guanabara. A Residência Multiprofissional em saúde, pelo que eu vira, oportunizara aos residentes o desenvolvimento de saberes e partilhas dentro do campo de práticas em que se situavam, a partir de compartilhamentos dos conhecimentos e práticas que ultrapassavam o mero fazer técnico. E os frutos dessa visada apareciam agora em minha pesquisa.

Eu lembrava, caminhando no Jardim: havíamos levado as rezadeiras para a Unidade de Saúde. Cada rezadeira ia um dia na semana em um turno, antes pactuado. O carro da Unidade e uma profissional de saúde ia buscar cada uma, no dia combinado, uma vez que as distâncias eram grandes.

O trabalho não era fácil para mim, que assumira essa parte. Primeiro, a barreira física – havia de ter um carro disponível e era frequente não haver carros na Unidade para isso, e eu ir em meu próprio carro fazer essa busca. Depois, questões dentro do próprio movimento reflexivo que a espiritualidade informava.

(Diário de Campo)

Dona Jasmim contava outra vez um atendimento na Unidade pedido pelo médico; e de como a pessoa ficara melhor. Eu continuava observando sua alegria, mas lembrava que agora elas já não mais atendiam na Unidade, como ela dizia: “- Acabou-se aquele tempo bom.” Eu pensava e anotava.

Ali defronte Dona Jasmim, eu via que não era difícil apenas admitir o saber popular, mais complicado era pensar em termos de diálogo inter-religioso: estávamos longe disso. Os profissionais de outra matriz religiosa, demonizavam a mediunidade, e isso causava problemas e sabotagens, mesmo que as profissionais apenas impusessem as mãos, sendo a matriz religiosa não hegemônica, fazia-se discriminações não tão veladas.

Por exemplo: a sala estava reservada para os passes e o profissional cedia para outra coisa. Quando aconteciam coisas assim, as rezadeiras iam para debaixo das mangueiras fazer suas rezas nas pessoas.

Elas não faziam coisas muito diferentes uma da outra: Violeta dava passes; Jasmim utilizava raminhos de plantas para benzer, em crianças; e Rosa utilizava as mãos para benzer adultos e benzia as crianças com raminhos. E a fila era tanta que, como dizia Dona Jasmim: “era muita gente, mas dava para a gente conversar com a pessoa que a gente benzia” (Diário de Campo).

O processo de formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade preconizava a avaliação sistemática dos processos de trabalho construídos a partir da territorialização e do planejamento participativo, em particular. Utilizávamos o que víamos, como estávamos a fazer e o que sentíamos para nossos diálogos. E na construção da agenda em comum era reservado um turno semanal de reunião de equipe para avaliação.

Nas avaliações, eu ouvia os médicos dizerem que os resultados dos trabalhos das rezadeiras era surpreendente; um sucesso mesmo, como Dona Jasmim ali me afirmava: “- As pessoas elogiavam, e gostavam de ver a cura, todo mundo torcendo pela mesma coisa.”

Mas, para minha surpresa, na prática, o diálogo inter-religioso foi mais problemático do que a aprendizagem dos que lidavam com a biomedicina e aprendiam a dialogar com o saber popular em saúde. Como se poderia ler isso? Será que o próximo passo é trabalhar o diálogo inter-religioso como condição primeira para o andamento de toda abordagem que possui essa configuração de espiritualidade e saúde?

Quando Dona Jasmim conta outra vez que pergunta para a moça que lhe procura para rezar:

- “Você não foi resolver isso no médico, não?”

Ao passo que a moça respondia:

- “Fui. Mas o médico mesmo me mandou eu procurar a senhora também”...

E Dona Jasmim arremata:

“- O pessoal do posto aceita reza, tem muita gente lá que aceita reza; e tem gente que mudou: antes não aceitava e agora aceita.”

(Dona Jasmim, 2017)

Dona Jasmim estava dizendo uma verdade que eu vira, no trabalho que fizera na RMSFC, neste bairro, especificamente nesta comunidade. Realmente, houve este ganho de verdade, na relação feita de diálogos, entre a comunidade e os profissionais de saúde pública, entre os quais eu me incluía. Os diálogos mudam as pessoas.

Como dizia Carvalho e Ceccim (2012, p. 157-158): “o diploma em qualquer área de saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional”. Logo, a formação é um processo contínuo que se dá em colaboração entre sujeitos que atuam dialogando. Parecia-me que deveria ter continuado a abordagem que a Residência fizera no lugar; os frutos devem ser consolidados no tempo; e nossa inexperiência democrática nestes casos, é secular, como dizia Freire.

É, como diz o educador Paulo Freire, ao referir-se aos aprendizados da democracia nos contextos de luta social para transformações:

O aprendizado, afinal, de que numa nova prática democrática é possível ir ampliando os espaços para os pactos entre as classes e ir consolidando o diálogo entre diferentes. Vale dizer, ir aprofundando-se as posições radicais e ir superando as sectárias.

Isso não significa, porém, de maneira nenhuma, que numa sociedade que assim viva a democracia, uma história sem classes sociais, sem ideologia, se instaure, como proclama certo discurso pragmaticamente pós-moderno até mesmo nada ou quase nada disto ocorre. Neste sentido, para mim, a pós-modernidade está na forma diferente, substantivamente democrática de se lidar com os conflitos, de se trabalhar a ideologia, de se lutar pela superação constante e crescente da injustiças e de se chegar ao socialismo democrático. (FREIRE, 1992, p. 102)

O diálogo inter-religioso não trabalhado no serviço de saúde pública, quando se lida com espiritualidade, incorre na mesma falta que se observa no que Freire chama de “não reinvenção do poder”.

Há uma pós-modernidade de direita, mas há também uma pós-modernidade de esquerda e não como quase sempre se insinua quando não se insiste que a *pós-modernidade* é um *tempo* demasiado especial que suprimiu classes sociais, ideologias, esquerdas e direitas, sonhos e utopias. E um dos aspectos fundamentais para a pós-modernidade de esquerda é o tema do poder, o tema de sua reinvenção que ultrapassa o da modernidade, o de sua pura conquista. (FREIRE, 1992, p. 102)

As lacunas políticas impelem aos recuos ou silenciamentos dos avanços pedagógicos, embora isso deva ir mudando. Como afirma Freire:

É por isso, inclusive, que um dos aprendizados que a pós-modernidade progressista exige de nós é o de que nem sempre a vitória total da revolução evita que, mais adiante, ela se perca. Às vezes, se perde em pleno gozo de seu poder, que ela simplesmente conquistou, mas não reinventou, não recriou. Se perde pelo arrogante excesso de certeza de suas certezas, pela conseqüente falta de humildade, pelo exercício autoritário de seu poder. Se perde por sua modernidade (FREIRE, 1992, p. 103).

As rezas, acompanhadas de utilização de chás, banhos de ervas e unguentos, lambedores e outras *mezinhas*⁶, como chama o povo, é algo que faz parte da história da nossa cultura e é incorporada por diversas organizações sociais, inclusive religiosas, de diferentes orientações. As plantas medicinais correspondem às mais antigas “armas” empregadas pelo homem no tratamento de enfermidades de todos os tipos, ou seja, a utilização de plantas na prevenção e/ou na cura de doenças é um hábito que sempre existiu na história da humanidade (MORAES; SANTANA, 2001).

Benzeções ou rezas, como também o uso de chás e outras mezinhas, portanto, inserem-se na construção de um universo que permeia a relação sociedade-ambiente em todas as épocas da história, traduzindo muitos dos caminhos das sociedades em busca de bem-estar e da saúde, como também revelando as formas de recorrer a elementos naturais para algum tipo de alívio e/ou cura, do ponto de vista popular. Elementos naturais e elementos do acervo espiritual das culturas. Apesar da existência no país de uma indústria farmacêutica de fitoterápicos e dos muitos estudos experimentais sobre química e farmacologia destas plantas e, no caso da planta medicinal fresca, material terapêutico mais frequentemente utilizado pela parte menos abastada da população, com meio mais acessível para manutenção e recuperação da saúde, o conhecimento de sua eficácia e segurança terapêutica é ainda insuficiente.

O homem primitivo buscou na natureza as soluções para os diversos males que o assolava, fossem esses de ordem espiritual ou física. Aos feiticeiros, considerados intermediários entre os homens e os deuses cabia a tarefa de curar os doentes, unindo-se, desse modo, magia e religião ao saber empírico das práticas de saúde, a exemplo do emprego de plantas medicinais. A era Antiga inaugurou outro enfoque, quando, a partir do pensamento hipocrático, que estabelecia relação entre ambiente e estilo de vida das pessoas; os processos de cura deixaram de ser vistos apenas com enfoque espiritual e místico (ALVIM et al., 2006).

⁶Mezinhas: A expressão *mezinhas* ou *mezinhas*, tendo como origem etimológica o latim, significa medicamentos. São remédios caseiros de simples manipulação e de efeito imediato, cuja base são produtos originados de plantas medicinais ou outros elementos de origem animal e mineral de fácil acesso. As *mezinheiras* são as guardiãs das receitas destes preparos caseiros. Elas aplicam e repassam cotidianamente esses conhecimentos.

O problema dos paradigmas – no caso, o da biomedicina e que, de modo clássico, alija espiritualidade, - é que eles tornam uma referência paradigmática hegemônica e outras fontes de saber são invisibilizadas, uma vez que o que é produzido nas ciências também se faz braço das estruturas de produção capitalistas.

Prosegue Dona Jasmim, agora trazendo recordações de sua infância:

Tudo começou quando eu era criança. Depois fiquei moça, casei e continuava rezando. Rezava muito. Por vista caída de criança, e tantas coisas...

Eu tive dezesseis filhos....

Mas sempre rezei mais por crianças. Tinha pessoas adultas também que vinham para eu rezar. Com vermelhidão na perna pra eu rezar... Todo mundo por aqui vem pra eu rezar. Tem gente que vem desde quando era criança.

(DONA JASMIM, 2017)

Dona Jasmim apresenta-se, então, desde criança, em sua comunidade, como alguém forte, que lidou com dezesseis filhos seus. E que desde criança reza, orienta chás e banhos, relacionando-se com a sua espiritualidade e pondo-a no plano da vida comum.

Vemos na fala de Dona Jasmim, que aqui ocorre, então, uma “individualização” da relação com o plano espiritual e que mostra a ligação de uma pessoa que cura e recorre nesta sua função ao sagrado, mas no seio de uma prática social de serviço ao próximo. Vejamos como se vai desvelando, nas entrevistas, a pouco e pouco, os processos da experiência espiritual de cuidado e cura:

Às vezes alguém vem para eu rezar na criança com diarréia, vomitando, não dorme, vista caída, aí eu rezo. Cozinho arruda com alfavaca, manjeriço, folha de pinhão roxo... em um tanto certo.

Daí a gente banha a criança que está com febre, dor de cabeça, com catarro e aí a criança melhora. (DONA JASMIM, 2017)

Minayo (1988, p. 127), em sua pesquisa sobre (dizer) parte da conceituação de Ngokwey (1988), que, em estudo sobre adoecimentos na população de Feira de Santana-Bahia, aponta vários domínios de causação da doença:

- a) natural;
- b) psicossocial;
- c) sócio-econômico;
- d) sobrenatural.

Mostrando a interrelação entre estes níveis, Minayo afirma o que chama o “Aspecto Holístico” da doença:

Esses quatro níveis de explicação [natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural] apresentam-se com dimensões distintas, vinculadas, intercambiantes e não contraditórias. Eles se unificam na visão da doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. Se em última instância Deus é considerado por esse grupo quem dirige a vida e é nele que encontram a fonte da harmonia, a existência terrena é o palco da dor e da cura: nesse sentido a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio: seu conceito é holístico. (MINAYO, 1988, p. 92).

Vemos aqui como Minayo (1988) mostra o papel questionador da doença e, também, integrador de diversos níveis de atuação da pessoa, que dessa maneira é vista em seu caráter holístico. Observa, porém, que a utilização do que tradicionalmente os antropólogos chamavam de magia parece implicar na crença na magia. É assim que Minayo traz a ideia de eficácia simbólica em Lévy-Strauss:

É Lévy-Strauss quem nos chama atenção sobre o assunto, falando sobre a eficácia dos tratamentos xamanísticos. Segundo ele, a condição de cura está no seguinte axioma: "a eficácia da magia implica na crença em magia". Isso se efetiva em três níveis complementares:

- a) a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas;
- b) a crença do doente no poder mágico;
- c) a fé e as expectativas do grupo que agem como um campo gravitacional no interior do qual se dão as relações entre o cliente e o curandeiro. (L. Strauss: 1963, 168).

Ora, esses princípios antropológicos nos quais se assenta a medicina tradicional, *mutatis mutandi*, regem também as relações entre a biomedicina e a população. Para quem defende os princípios rígidos do "cientificismo" acadêmico, basta lembrar todas as polêmicas que envolvem o uso dos medicamentos e seus efeitos controversos. O chamado "efeito placebo" ⁽¹⁾ é uma prova de que a tese de Lévy-Strauss continua viva em relação à medicina moderna. (Simonton et alii: 1988, 31s) (MINAYO, 1988, p.12)

Também Minayo mostra em seus estudos, a relação que as populações subalternizadas fazem entre biomedicina e medicina tradicional (popular), chamando a atenção para a produção antropológica sobre o assunto. Ela observa que não se pode reduzir o

que não é do “cientificismo” acadêmico chamando tudo de “efeito placebo”⁷, e embora haja a crença como aspecto importante, não se pode negar a produção e saber popular sobre saúde.

Para Vasconcelos (2006), é importante considerar este aspecto, em saúde, o da espiritualidade das populações. Em particular as pessoas do meio popular, menos colonizadas culturalmente pelo referencial da biomedicina, recorrem à espiritualidade. Como observa o autor, recorrem repetidamente e afirmam encontrar em sua relação com o universo espiritual a fonte do ânimo para se manterem empenhadas na busca de uma vida mais digna e feliz, apesar das situações profundamente opressivas e/ou de sofrimento pessoal e social que podem estar vivenciando.

O que Minayo chama de sobrenatural é “o universo dos espíritos e dos seres transcendentais” (e explica mais um pouco: Deus, Santos, Espíritos dos Mortos), e que ela diz ser um âmbito de causação, que se expressa no corpo, segundo a espiritualidade das populações. E segue Minayo falando do pensamento das pessoas que lidam com a espiritualidade, mostrando este aspecto como saber válido, que possui seus efeitos também no corpo.

Observemos como a autora (MINAYO, 1988) se refere à oposição feita pelo “cientificismo acadêmico” entre a biomedicina e as experiências de saber das populações. Quanto à esta questão, critica e acentua a estranheza com que a biomedicina olha essa produção de saber, sem entender como as pessoas recorrem ao tratamento espiritual, junto ao da medicina.

O âmbito sobrenatural circunscreve o universo dos espíritos e dos seres transcendentais: Deus, Santos, Orixás, Espírito dos Mortos. Refere-se a um mundo que só pode ser manipulado por agentes especiais, com mandato especial para atuar naquele domínio. A causação sobrenatural aparece geralmente associada às explicações de caráter psicossocial, e embora se refira à esfera "metafísica", seu lugar de expressão é o corpo. Por isso (e esse fato frequentemente desconcerta os médicos) as pessoas buscam recursos biomédicos e, ao mesmo tempo, fazem tratamento espiritual, com orações, banhos de descarga, penitências, promessas recorrendo à umbanda, ao espiritismo, às igrejas cristãs, pois o domínio sobrenatural como explicação etiológica requer obrigações e práticas para cura do espírito (MINAYO, 1988, p.372).

Em nosso estudo, vemos que os próprios médicos já orientam a procura de pessoas populares que atuam com curas e benzeções. E tem-se produzido uma crítica constante, que vem em surdina, quase, ora se torna mais alta sua voz, quanto à forma como se tem

⁷ Placebo é toda e qualquer substância sem propriedades farmacológicas, administrada a pessoas ou grupo de pessoas como se tivesse propriedades terapêuticas.

negligenciado o saber popular e a potencialidade das pessoas se apropriarem mais de sua espiritualidade para lidar com sua saúde.

Os termos que as pessoas utilizam mostram que há influências espirituais e, observemos, as descrições de Minayo - no estudo que fez nas favelas do Rio de Janeiro, como também se reporta ao feito na Bahia, em termos das doenças mais procuradas para benzer em crianças -, possuem, em geral, certo núcleo comum com as que Dona Jasmim menciona:

Os termos comumente usados para se referir aos transtornos espirituais são: o "mau-olhado", "olho grande" e "encosto". O primeiro, é causado por uma pessoa que tem o poder de transmitir eletricidade ou "maldade" em seu olhar. Afeta com frequência as crianças e pode ser reconhecido por sintomas como febre, irritação, prostração, vômito, desidratação ou diarreia (MINAYO, 1988, p. 4)

Observou-se, também, que a indicação do médico para os seus pacientes irem também fazer o tratamento espiritual ou a buscar a reza, parece se referir a pessoas que certamente ele conhece a procedência, em termos do que utiliza e como, ou seja, a indicação é para os que fazem a saúde popular na comunidade.

Se tem médico que me conhece e indica minha reza, mas tem gente que vai dizendo de uma pessoa para outra. Também, eu gosto de morar aqui. Conheço tudo mundo. Meus netos e bisnetos, todos moram aqui. Eu estou com oitenta e sete anos e tive um AVC. Meu joelho é inchado! Ah, se fosse como antigamente! Eu lavava roupa, andava direito, limpava a casa; cuidei de muita criança, muita mesmo; a mãe ia para as festas ou não tinha com quem deixar daí eu cuidava dessas crianças. Ficavam tudo na minha casa, porque naquela época as coisas eram mais fáceis. E nunca parei de rezar, mesmo quando tive filhos. Isso nunca foi um problema pra mim, rezar. (DONA JASMIM, 2017)

A comunicação é relevante, pois ela é capaz de promover um elo entre usuários e profissionais da saúde, além do mais, o diálogo abre oportunidade de livre expressão para o usuário verbalizar seus anseios e medos, sente-se protegido e compreendido e assim com seus direitos e autonomia preservados.

E continua Dona Jasmim, agora referindo-se a suas rezas propriamente ditas:

Minhas rezas ave Maria, Pai nosso, essa reza mesmo é a que eu rezo, mas com muita fé; quando eu vou deitar eu rezo:

- Obrigado meu senhor por tudo que o senhor faz comigo; obrigado por tudo mesmo;

por curar minhas criancinhas e curar cada uma dando sua saúde ; que eu possa ajudar ainda muitas pessoas.

Essa é minha reza. Rezo também para o Divino Espírito Santo abençoar, porque ele que nos protege e nos dá força para eu ajudar. (DONA JASMIM)

É importante assinalar aqui como é permanente, nos atendimentos de Dona Jasmim, a conexão com o mundo espiritual – Maria, Pai Nosso, Divino Espírito Santo - e vale a anotar que percebe Dona Jasmim que não está só, em seu trabalho com o acolhimento, as energias de cuidado e cura, bem como nos outros momentos em que continua a prece para as pessoas em tratamento.

Abaixo, temos registrada a disponibilidade de Dona Jasmim para a sua comunidade: a toda hora recebe as pessoas que lhe procuram. Para isso, conta com a solidariedade de seus parentes e “comades”, como se pode ver em sua fala:

Minha filha faz o almoço, minha “comade” vem aqui conversar comigo, tem gente que vem de longe, muito longe conversar comigo...

Meus atendimentos sempre foi qualquer hora; é só trazer a criança ou uma peça de roupa e até mesmo um retrato ou alguma coisa que simbolize a criança.

Daí eu rogo pra nossa Senhora Aparecida, o Espírito Santo, e daí eu rezo mas daí eu fico rezando nas horas marcadas: ao meio dia, às cinco da tarde...

Tem reza que dura três dias; tem outras que duram nove meses; tem reza pra juntas; pra pele; pra tristeza funda; depende muito do caso, mas eu gosto muito do que faço.

Minha avó era rezadeira, e também era parteira. (DONA JASMIM, 2017)

Acima exposto, temos de ressaltar o aspecto de *cuidado e de cura enquanto processo e recado da alma*, conforme propõe Linhares (2014, p. 211), quando observa a diferença, emblemática, segundo ela, entre o termo *healing* e *cure*, como se pode ver:

Caminhando nesse sentido, é bom que se retome a questão das práticas espirituais que visam a melhora de males espirituais segundo uma perspectiva que englobe o conceito de evolução [do ser] como processo contínuo. Em inglês há dois termos que, apesar de terem significados semelhantes, guardam diferenças sutis. *Healing* refere-se ao *processo* enquanto tratamento e, nesse sentido, envolve o conceito de melhora; *cure* é mais empregado para se referir a curas pontuais. Seria válido pensar em termos desse paradigma de **processo** de cuidado e cura (*healing*) e considerar, ademais, que toda doença não deixa de ser um “recado da alma”. Temo-lo escutado?

E neste momento da fala de Dona Violeta, sobre ser sua avó e, ela mesma, parteiras, ressalto a sua solidariedade, em particular para com as mulheres que, como dizia ela, viviam no cabaré ao lado, na Cachoeirinha.

E aqui me detenho a mencionar o valor do trabalho popular junto a sujeitos que vivenciam a marginalização, como as mulheres de um cabaré do Jardim Guanabara e que Dona Jasmim auxiliava, em especial nos partos. Na minha vivência no território pude sentir esta situação. E me permito neste momento trazer alguns autores que dialogam com este tema, sempre me reportando ao cuidado e promoção da saúde feito por esta senhora [Dona Jasmim] e que, como relata, passa por situações de vida que também lhe causam sofrimento, porém ela não deixa de exercer seu papel de cuidadora. Vejamos:

Antigamente tinha uns cabarés ali.

Eles me chamavam para minha avó ir lá atender e eu ia com ela e via ela fazer o parto; e as mulheres tinham seus filhos lá mesmo, porque naquela época era muito longe os hospitais e se tinha o preconceito... E era tudo parto normal, viu?

Eu não quis ser rezadeira porque minha avó era. Simplesmente aconteceu. Deus manda, eu rezo.

Mas isso do cabaré era em Cachoeirinha; ali; naquele tempo tinha muito mato, era muita dificuldade.

Lá eu saía pra rezar; para fazer parto como minha avó fazia, a qualquer hora do dia e da noite; e até hoje eu também rezo qualquer hora.

Aí o José, meu marido, dizia:

- Jasmim, e tu vai fazer o parto ali no cabaré?

E eu dizia:

- Vou sim, porque se um dia minhas filhas passassem por essa situação, eu queria que alguém fizesse por elas, o que eu estou fazendo.

E eu fazia o parto e até mesmo cuidava das crianças para as mulheres conseguirem trabalhar. (DONA JASMIS, 2017)

Segundo Barros (2005:6), a despeito das mudanças das formas de prostituição, os estigmas são diversos, e continuam. Alguns são até ativados em nossa comunicação diária, e revelam a associação entre o imaginário social da prostituição e a exploração da mulher pobre, bem como o processo de estigmatização porque passam. É como se elas fossem destituídas da cidadania e dos respectivos direitos que possuem.

E eu sentia isso nos atendimentos da unidade de saúde.

Pode-se dizer que uma parte da sociedade brasileira analisa a prostituição como uma escolha feita por homens e mulheres para ganhar “dinheiro fácil”. O que se questiona então é: será mesmo esta escolha o modo mais fácil de ganhar dinheiro?

Por um lado, a prostituição não oferece barreiras intelectuais, físicas e financeiras, ou seja, não é necessário nenhum pré-requisito para se prostituir. Tudo o que é preciso saber pode-se aprender na prática. Assim como está escrito nas páginas do livro “Meninas da Noite”, de Gilberto Dimenstein (1992:18): “Elas não têm nada para vender. Não sabem ler, cozinhar, escrever. Só podem vender o único bem que possuem: o corpo”.

A partir do último quarto do século XX, assiste-se à emergência de organizações integradas por prostitutas que reivindicam direitos sociais de cidadania, que no caso do Brasil se passou a ter políticas públicas voltadas à prostituição. Isso começou a mudar a partir da década de 1990, inaugurando um período de incorporação de novos elementos, perspectivas e sujeitos no debate sobre a prostituição e os direitos dessas pessoas (ALVAREZ; TEIXEIRA RODRIGUES, 2001). Mas todos os trabalhos associam a prostituição à miséria social, à exclusão. Recentemente se estuda os abusos sexuais e as formas de exploração sexual desde a infância, inclusive na família.

De acordo com Roberts (1998), é no bojo do surgimento dos movimentos sociais de defesa dos direitos das mulheres, com a intensificação, em novas frentes, do movimento feminista, que se construiu agenda em torno da opressão feminina e do questionamento da naturalização da desigualdade entre mulheres e homens. Estes avanços nos direitos e na participação mais variada de diversos sujeitos sociais, ensejaram a formulação de toda uma nova perspectiva epistemológica – os estudos de gênero – e estes foram elementos importantes no processo desencadeado no âmbito da prostituição (ROBERTS, 1998; MARSHALL; MARSHALL, 1993; EDWARDS, 1997).

O processo de redefinição e ressignificação das práticas e comportamentos abertos pela transformação da sexualidade em uma qualidade do eu, abriu caminho à diversidade sexual crescente e promoveu o pluralismo, a partir de meados do século XX. Práticas antes consideradas perversão são ressignificadas e relocalizadas como uma preferência entre outras, enquanto expressões da sexualidade passaram a acolher diversas orientações (LIPOVETSKY, 1994).

A violência masculina continuou, porém, a eclodir em reação e paralelamente à igualização na esfera da vida pessoal, como também na esfera da vida social. Com relação à liberalização dos valores sexuais, assiste-se simultaneamente à uma coisificação do eu, que passa a funcionar dentro da lógica da mercadoria, gerando mercados de sexo, de órgãos, de seres abortados e de pessoas, clandestinos ou não, em diversas partes do mundo..

Mas, voltando à escuta de Dona Jasmim, pode-se perguntar ainda: em que chão biográfico planta-se a semente do saber de cuidado e cura?

Faz vinte anos que sou viúva. Tive dezesseis filhos casei com dezessete anos. Quando eu tinha quinze anos minha mãe morreu. Daí casei. E isso tudo já foi aqui no Jardim Guanabara.

Desde que o pai deles morreu, de meus filhos, eu não quis mais ninguém. Ele bebia demais, daí eu quis viver sozinha. Sozinha não, com Deus.

Tem médicos que vinham aqui, mas nunca mais veio. Lembrei de um caso de uma menina que tinha sopro no coração, daí eu fui rezar nela e ela no mesmo dia ficou curada. Nunca mais teve nada no coração. Até hoje ela me agradece; hoje ela está moça, aliás a maioria que vinha aqui e se valia da reza já está tudo adulto, vi tudo crescer.

Eu morei com meus pais até os quinze anos. Meu pai se separou da minha mãe e nos abandonou. E nós ficamos vivendo em uma casinha de palha. Minha mãe ia lavar roupa pra criar a gente. Depois ela faleceu eu conheci meu falecido marido; foi na época que vim morar aqui no Jardim Guanabara.

Sofri muito gestante, mas teve um irmão meu que me ajudou muito.

Eu passei muita roupa pra criar meus filhos, depois todos cresceram; os que estão vivos estão bem e eu estou aqui, graças a Deus. (DONA JASMIM, 2017)

Percebe-se o discurso de Dona Jasmim, ora entremeado de repetições, ora ela vai lembrando e interditando falas pela emoção. Mas vê-se dificuldades com o marido, o sustento de dezesseis filhos, a gestação difícil. Ao lado disso, a força para o trabalho; para a criação e cuidado dos filhos, para ver o lado bom das pessoas: havia um irmão que lhe ajudara muito.

Com base na fala de D. Jasmim e dentro da contextualização de sua vida, muito mais que predefinições fundamentadas em teses filosóficas e científicas, vemos que seu saber possui um aspecto diferenciado, e que se utiliza mesmo na linguagem popular, de um olhar individual assentado em sua história de vida.

Ao situar-se no território, sendo conhecida por todos dali e procurada em doenças comuns, como também por uma e outra doença mais grave, quem reza percebe outros aspectos do adoecimento. E assim, as pessoas que procuram rezadeiras, buscam a multidimensionalidade do sujeito da saúde (LINHARES, 2006), como também acorrem à espiritualidade como verdadeira essencialidade na ação de cuidado e cura espiritual.

As pessoas que muitas vezes parecem rígidas pelo peso do tempo em suas vidas e corpo, também pelo acúmulo de suas experiências amargas e dificuldades com as experiências vivenciadas, recorrem à espiritualidade (aqui focalizada na reza, desse modo complexo como

a entendemos) e encontram conforto, como afirmava Pilon (1992). Não veem oposição, concretamente, entre a parte espiritual e física.

É percebido que quem reza, como também cada indivíduo que procura a reza, vai interpretar o *processo de cuidado e cura espiritual*, como acima ressaltamos, com Linhares (2014), como multidimensional; o que significa que este processo eclode codificado de acordo com valores, princípios, interesses e procuras do sujeito. Mesmo assim, há a parte física, e daí se utiliza as mezinhas, os chás, banhos e todo o conjunto de formas de usos corporais no restabelecimento das funções orgânicas, sem perder de vista o aspecto psíquicossocial e espiritual.

Minayo afirmava que é como se a população trouxesse a vida religiosa para a vida prática e traz Marilena Chauí para dialogar:

A característica fundamental da visão religiosa da saúde-doença (ou melhor, da vida) é a relação intrínseca entre a fé e a graça. Pede-se a Deus, aos santos, aos orixás, exus, e aos espíritos de luz, a cura de todos os males. A relação religiosa está referenciada nas dificuldades do cotidiano e visa a prática, o resultado concreto: ela traz para perto o milagre e o torna parte do cotidiano, como solução, às vezes única, para as agruras do dia-a-dia. Conforme sugere Chauí:

"elaborando uma justificação transcendente (destino, carma, predestinação, providência) para o que se passa aqui e agora, a religião converte o acontecimento no dever-ser cuja causa se encontra num passado longínquo ou num futuro irrealizável. Ao ampliar a linha do tempo e ao estruturar o espaço em coordenadas reconhecíveis, a religião popular abre os limites do mundo, ao mesmo tempo em que os demarca rigidamente. Por isso o milagre é de estonteante simplicidade para a alma religiosa popular, pois o milagre é o que restaura a ordem premeditada do mundo pelo esforço da imaginação e da vontade." (Chauí: 1987, 84s) (MINAYO, 1988, p. 19)

A história de vida contada por Dona Jasmim mostra episódios de sofrimento e superação, em suas biografias, ricas nos saberes de como conduzir a vida em situações de intenso sofrimento, daí esse “abrir os limites do mundo” como diz Minayo, adquire maior valor.

Algumas coisas afetam-nos por toda a vida, como crescer sem o amor de uma mãe ou de parentes diretos, que de uma forma ou de outra ignoram a nossa presença com humilhações e desprezos, situações que marcam etapas de angústia e tristeza. Mas em meio a esse conjunto de dificuldades, tem-se nesses curadores lições de resistência. São seres humanos muitas vezes silenciados, mas perante tantas transformações que passaram, com o tempo ressurgem se autorizando a trabalhar com a saúde no seu território.

DONA ROSA – o pluralismo religioso em pauta

Continuando a busca por uma outra história de vida, adentrei a casa de Dona Rosa, que como sempre me acolheu e se disponibilizou a contribuir com a pesquisa.

Eu sou bem conhecida aqui como Dona Rosa; todo mundo aqui gosta de mim. Ajudei muita gente e amo ajudar como até hoje, e faço isso desde criança. Hoje ainda vem muita gente aqui, sim. *Acho que é minha missão.*

Conheci meu marido já falecido, muito cedo; e não tivemos filho mas ele foi um bom marido; faleceu muito rápido por conta de uma tuberculose.

Já veio gente se outro estado só pra eu benzer; por aqui chamam rezar benzer; e eu também rezo em animais porque eles são criaturas de Deus. Também rezo mesmo em tudo que for vivo e tiver doente; eu rezo e graças a Deus *tudo em que eu rezo com fé em Nosso Senhor Jesus Cristo, e Nossa Senhora das Dores, todos eles ficam bons e eu sigo minha missão.*

Eu também acho que não tive filhos por conta dessa minha missão, porque eu vivi minha vida toda pra ajudar meu próximo.

(DONA ROSA, 2017) (Grifo meu)

Valla (1999) já apontava que a população pobre, sobretudo, está vivenciando o que ele chama de "sofrimento difuso", expresso por ansiedade, depressão, medo, e demais sintomas de nervosismo, como diz o povo. A lógica da assistência, segundo o autor, parece não dar conta da sede de espiritualidade que as pessoas têm, sobretudo frente a doenças e agravos, daí que quando sujeitos assumem a co-produção da saúde pela via espiritual, alimentam a esperança das pessoas por trazerem a destinação espiritual do ser que na modernidade se tem perdido.

Por minha observação, também se tem perdido o valor do saber ancestral e voluntário, generoso e cuidador das mulheres que na condição de cidadãs se ocupam com a produção da saúde pela via da espiritualidade.

No caso contado por Dona Rosa, se tem estes aspectos qualitativos do atendimento espiritual, feito pelas rezadeiras.

Eu gosto de morar aqui sim, todo mundo me respeita me quer bem. E apesar da minha saúde não estar muito bem, eu vou levando.

Teve sim um caso que me marcou muito.

Foi de uma mulher grávida que veio aqui dizendo que os médicos tinham dito a ela que o bebê dela estava doente e que talvez ele nasceria morto.

Ela veio de outro município pra eu rezar nela.

Nesse caso, eu fiquei bem comovida por que ela estava bem desesperada, mas falei para ela vir durante nove dias toda tarde às seis horas da noite em ponto, que é a

hora das almas e é bom pedir ajuda aos espíritos de luz. E durante esses nove dias eu rezei. Daí ela já foi se sentindo melhor e quando voltou para sua cidade, depois de muito tempo, eu sentada aqui na calçada de casa, de repente para um carro com uma mulher e uma criança.

A criança era bonita, gordinha e descem as duas do carro; essa moça vem chorando ao meu encontro perguntando se eu lembrava dela.

- Eu sou a moça que veio aqui ainda grávida, que a senhora rezou em mim e no meu bebê durante nove dias, lembra?

E ela me disse que os médicos já tinham dito a ela que o bebê dela era quase morto.

E eu vi que ela queria muito essa criança, e isso é uma coisa de Deus.

Mas foi através da minha reza, com ajuda de Deus, claro, que ela teve um bom parto e seu filho nasceu cheio de saúde.

Nesse dia eu me emocionei muito; quase passei mal, porque eu senti um afeto por ela muito grande nos dias em que ela passou aqui, mas já tinha passado tanto tempo que eu já nem lembrava do seu rosto. Eu fiquei bastante comovida com tudo isso.

(DONA ROSA, 2017)

Este é o sujeito que encontro nas narrativas das rezadeiras: aquela mulher que se permite ser “sujeito sofredor, padecente, receptivo, aceitante, interpelado, submetido”, mas não frágil, passivo, podendo “ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo”, porque aquilo de que faz experiência de si se apodera” (LARROSA, 2002, p.25).

Eu sempre fui muito bem atendida aqui no Posto de Saúde; eu e meus sobrinhos, porque eu não tive filho, mas criei dois sobrinhos, praticamente. Aí hoje tem um de 27 e um de 19, e são como meus filhos. E todos nós somos atendidos aqui no Posto que tem uma equipe muito boa.

Trabalho também com banhos e defumações; os banhos são com arruda manjeriço e pinhão roxo; as defumações são com ervas da jurema com arruda e a guiné, o alecrim, o benjoim e a alfazema... O trabalho com defumação tem como afeito tirar olho gordo, quebrante, essas energias ruins...

Também benzer traz espiritualidade, e tanta coisa meu filho... Mas só coisa boa.

Faço garrafadas também: pra o fígado, estômago, doenças dos rins, ... Pra vermes, falta de apetite, essas doenças, e todo mundo gosta, sim! E não é só a parte física, não. Faz bem para o espírito, a reza. (DONA ROSA, 2017)

Nesta fala, de Dona Rosa, percebemos o que Minayo nos aponta, com relação a haver vários domínios de causação das doenças, e que a cultura urbano-industrial ou subproletária, embora transfigure e modifique a dimensão espiritual e suas práticas populares de cuidado e cura, não as extinguem das vidas das pessoas, mas deixam-nas vivas, e em novas formas são integradas a um universo mais amplo.

Assim é que vemos acima que o trabalho com as ervas e a defumação, as garrafadas e os banhos não se dá sem as rezas, que chamam o indivíduo de maneira mais inteiro.

Observa-se que o domínio de causação natural o terreno clássico da medicina erudita passa a ser integrado ao conjunto das outras explicações. O veredicto médico é aceito e relativizado e a crença em sua eficácia se inclui em outros critérios "extracientíficos", tais como a dedicação, a delicadeza de atendimento, a referência a outros parentes e amigos para quem o tratamento médico deu certo.

O campo religioso faz parte da cultura popular. A religião que está presente nas explicações sobre saúde/doença seria um erro pensar seja apenas resquício da origem rural desses segmentos da classe trabalhadora. Tabus de comida, manipulação da natureza, orações fortes, palavras e ritos de cura transfiguram-se, mas não se extinguem na cultura urbano-industrial ou subproletária. Ao contrário do que possa parecer, as crenças tradicionais continuam vivas no meio popular, algumas renascem em novas formas e são integradas num universo mais amplo, mas a sua estrutura contínua a mesma. (MINAYO, 1988, p12)

O caminho percorrido através das narrativas das mulheres rezadeiras permite compreender, pois, que há um itinerário de formação e de transformação dos sujeitos em seu serviço de saúde popular.

Vimos que pelo diálogo com a Unidade de Saúde a população ganha escuta e trabalho de nova perspectiva, a espiritual, e isso permite que se aprofunde a reflexão do sujeito sobre as causas de suas doenças, daí extraindo lições que são compreendidas como aspectos importantes da vida.

Pudemos ver, também, que vem desde criança, e traz referências ancestrais, a experiência formadora dos saberes e das práticas que constituem os modos de ser da identidade curandeira. E que é na experiência, como modo de acumulação de saber que a rezadeira se faz, e presta serviço ao próximo.

Com Dona Rosa se tem claramente a exposição de sua filiação espiritual, pois ela conserva Deus, Maria, Jesus e muitos dos santos católicos, em sua devoção e socorro, como São Francisco de Assis e Nossa Senhora das Dores, alia a estes os espíritos dos Pretos Velhos, figuração que representa os sujeitos que estão no outro plano da vida, o espiritual, e que foram escravos no Brasil. Aprenderam na dor e sofrimento o conhecimento ancestral e raízes e ervas, rezas e outros procedimentos tanto de cura e cuidado físico como espiritual.

Nunca faltou gente pra eu atender; e até hoje eu vejo o mesmo Preto Velho que eu via quando criança; hoje sei que é meu guia espiritual.

É um Preto Velho de Aruanda e vai comigo onde eu for; fala comigo em quase todo momento das minhas rezas e defumações e este é o momento que não falo pra quase ninguém que é o momento que entro como se fosse em um transe.

É o momento que entro em contato com meus guias que não são só o Preto Velho, porque todos nós temos vários guias espirituais, inclusive tenho em muita conta São Francisco de Assis também como um dos meu guias.

É, meu filho, é a primeira vez que falo assim da minha espiritualidade, mas não tenho vergonha; jamais. Somente tem coisas que devemos guardar só pra a gente meu filho.

Sou muito feliz e agradecida a Deus e a Nossa Senhora das Dores por tudo. Meu filho, obrigada também. (DONA, ROSA)

O saber das rezadeiras, pode ser situado, no âmbito da espiritualidade popular. Que, como diz Boff (2009) se alimenta do paralelismo – eu diria diálogo – entre as religiões afro-brasileiras, com as divindades africanas e o imaginário católico – eu diria cristão.

Tradicionalmente, crenças e experiências espirituais têm sido um dos componentes marcantes em diversas sociedades. Nesse contexto, a população em geral, profissionais de saúde e pesquisadores têm reconhecido à importância da dimensão espiritual para a saúde. Entretanto, embora o desenvolvimento de pesquisas que envolvem esse tema tenha avançado, principalmente nas últimas décadas, há, ainda, uma deficiência na consolidação de uma revisão abrangente da literatura, em português, que seja acessível a pesquisadores e a clínicos (MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

Acrescento que é preciso haver maior acordo em termos de diálogos entre os saberes populares e o saber da medicina e das práticas de saúde em geral. O saber que vem dos afrodescendentes e o da cultura popular nordestina, que também traz a herança indígena. Como já Conceição (2010) afirmava:

(...) existiam/em concepções culturais presentes entre as camadas populares favoráveis ao desenvolvimento e aceitação de métodos terapêuticos “tradicionais” para curar certas enfermidades. Trata-se de um legado cultural deixado pelos africanos/as que habitaram esse país, deixando seus descendentes e concepções culturais presentes em seu cotidiano; ademais o apego e a crença na eficácia de ervas, também muito presente entre as populações indígenas, foi de fundamental importância para a formação desses processos curativos alternativos (CONCEIÇÃO, 2010, p.12)

A reza ou a benção, que vem da ancestralidade, pelo viés da cultura afro-brasileira e/ou africana, como pela influência indígena, com os empréstimos culturais feito ao longo dos séculos, em nosso país, está ligada à palavra falada e, acrescento, ao gesto.

Isso não é isento de conflitos:

A preocupação com a identidade tem mobilizado diferentes grupos sociais e étnicos em busca de traçar perfis identitários e marcar territórios comuns para formar unidades mais fechadas dentro da diversidade. Este processo, se de um lado, fortalece os grupos, especialmente os mais fracos como as minorias étnicas, por outro lado, tem provocado reações hostis em relação ao grupo do outro. Assim, se o pluralismo religioso continua se disseminando, cada vez mais ele se defronta com zonas de conflito advindas dos grupos que se fecham em suas adesões identitárias e investem em lutas contra ofertas religiosas concorrentes, dentro de um mercado cada vez mais competitivo. Visando se posicionar dentro desse mercado, teria surgido a necessidade de definir melhor a proposta da religião em oferta, significando a adoção de um discurso da busca de identidade, em consequência de um maior reconhecimento da alteridade. É neste processo que cabe analisar o movimento anti-sincretismo que se instalou na Bahia, após a realização de II Conferência Mundial da Tradição Orixá e Cultura em 1983, do qual resultou um manifesto defendendo esta tese (ANDRADE, 2009, p.111)

Haveria uma dupla via: a tendência de marcar diferenças – porque só podemos dialogar na aceitação da diversidade do outro – e, ao mesmo tempo, o acolhimento ao semelhante na cultura religiosa, tradicionalmente chamado sincretismo.

Câmara Cascudo, o grande folclorista brasileiro, percebe ainda outro duplo, ao analisar a natureza da crença no Brasil. Confere, pois, uma “dupla nacionalidade espiritual” (1974, p.03), por observar como simplicidade e exatidão: “Fácil é saber no que acredita e bem difícil precisar no que não crê. Essa coexistência explica a plasticidade sentimental brasileira, disponível às tentações do *recentismo* sem íntimo abandono às crenças da tradição sem idade.”

Sabe-se, pois, que é novo o fato de as religiões de matriz afrodescendente buscarem marcar seu lugar na diferença, já que antes estas outras matrizes religiosas eram perseguidas. Numa época em que a transcendência se vincula a controles valorativos semelhantes a uma lógica de mercado, na vida social, como diz Andrade (2009), também aí a população se reinventa, ao ultrapassar os nichos religiosos, em certo sentido, e fazer dialogar diversas facetas da sua vida espiritual.

E se há a reza, com sua simplicidade, há os Pretos Velhos e o transe mediúnico, por exemplo, que ocasiona uma identidade plural às rezadeiras, embora os outros extratos populacionais façam “guerras” entre si, conforme mostram os estudiosos (ANDRADE, 2009). Não estamos dizendo que não há tensões, no universo das rezadeiras, mas há muito mais empréstimos, diálogo, e observa-se um cuidado da parte das rezadeiras de não se antagonizar com ninguém.

O entanto, mesmo que haja esse cuidado, os referenciais de identidade delas e o sofrimento vivido nos encontros da vida, as levam a experiências de se colocar ante suas crenças como quem já sabe de sua liberdade e seus direitos de pertença espiritual.

Por outro lado, a tradição oral, segundo Bâ Hampaté (1982), é compreendida como meio de preservar a sabedoria milenar dos povos submetidos, nos processos escravistas e de colonização. E, se isso é verdade, pelo que observei devo acrescentar que tanto a palavra como o gesto carregam energias que o sujeito em prece conjura para o tratamento. Eu acrescentaria, até mesmo, que não é raro que o *transe* como modo de parceria e contato com o mundo invisível, como se observou na fala de Dona Rosa, e ser evidenciado nas narrativas de Dona Violeta.

DONA VIOLETA - O percurso da mediunidade e a construção do saber em espiritualidade

Nos encontros com Dona Violeta, pude lembrar seu carisma, carinho e atenção. Sua casa simples, porém repleta de amor, cuidado e acolhimento me fizeram refletir da importância deste ambiente nos espaços de cuidado e cura, quer sejam institucionalizados ou não.

É, a gente vê que mediunidade é uma coisa que a gente nunca entende, porque a gente é criança e não sabe se tem vidências de ver algumas coisas. Como no meu caso: eu com três anos passei três dias em cima de uma mesa com uma vela na mão. Minha mãe, muito religiosa, fez promessa. Eu creio que com três anos não dá para você lembrar de tanto, mas nessa promessa que a minha mãe fez apareceu um velhinho branquinho que eu via. Aí ele mandou me tirar de cima daquela mesa. Porque eu ouvia todo mundo falar, mas os meus olhos abertos é tanto que eu tenho um problema de lacrimejar por causa disso (DONA VIOLETA, 2017)

A riqueza de detalhes mostrava que tinha sido acalentada, entre memórias e reflexões, a cena narrada agora, na sala de Dona Violeta. Ela trazia, inclusive, a descrição do olhar dos outros para si e para o que lhe acontecia. Pode-se inferir que ela se refere a essa cena como o sinal de um caminho?

Então, as moscas ficavam passando e o povo abanando. Mas eu ouvia tudo. O meu coração fazia desse jeito: não parava. Aí com a promessa, a fé que a minha mãe tinha, apareceu esse velhinho, que mandou eu me deitar numa rede e disse que só ia sair de lá quando eu me sentasse e pedisse comida realmente.

Ele mandou arranjar cebola vermelha, a trança da cebola vermelha, aí ele fez, mandou fazer o chá. E me deu esse chá para eu tomar, certo?

Quando eu tomei esse chá, aí eu me sento; eu sei porque depois que eu pedi comida e minha mãe me alimentou, eu não fiquei mais naquele estado.

Quer dizer, passei três dias em coma espiritual, porque estava quase morta, com três anos de idade. Eu tinha já mediunidade de nascença. (Dona Violeta, 2017).

O primeiro contato com o que seria espiritualidade veio dessa experiência que envolve vidência e intervenção do mundo espiritual no físico, em uma ocasião em que Dona Violeta estava muito doente e a família, em especial sua mãe, praticamente dava-a por morta. Como também à menina lhe pareceu viver mesmo algo grave.

Assim é que D. Violeta coloca de modo derrapante a palavra mediunidade e espiritualidade, senão vejamos: “Quer dizer, passei três dias em *coma espiritual*, porquê estava quase morta com três anos. Eu tinha já *mediunidade* de nascença.”

De onde tomaria Dona Violeta a ideia de um *coma espiritual*? Desde este início de sua história, ela se coloca como ser espiritual, tanto é que alude a um “coma espiritual”. E reportou-se Violeta à aparição do velho branquinho, esta sua vidência sendo um aspecto de sua mediunidade, que ela observava ter “desde nascença”. Temos considerado esta ordem de saber em mediunidade, ao pensarmos espiritualidade em saúde?

Na modernidade houve uma separação entre religião e ciência, e, como observa Vasconcelos (2006, p. 22), “o ateísmo tornou-se uma atitude reveladora de elegância intelectual no meio acadêmico”. Criticando essa postura, Vasconcelos continua mostrando que o paradigma newtoniano-cartesiano, de explicação das doenças do ser humano, tornou hegemônico o modelo da biomedicina. Nele, o corpo é visto como uma máquina, e a doença como um desvio funcional ou problema surgido no funcionamento desse maquinário.

Freud trouxe-nos, contudo, o inconsciente, que não é palpável, mas tem seus efeitos concretos no sintoma. Contudo, ainda admitindo o dinamismo psíquico, estamos atrelados a uma visão que exclui qualquer perspectiva do espiritual como algo que define a natureza do ser humano. Vasconcelos, estudioso de educação popular em saúde, afirma que não é o caso de apenas acreditar que todos têm uma alma, mas fazer com que este saber nos ponha constantemente em contato com a parte espiritual da vida – a alma de qualquer pessoa.

Espiritualidade é o sentimento fundamental de que você é uma parte conectada com todas as coisas, o universo físico inteiro e toda a humanidade. É também a crença de que há um poder maior ou Deus – seja o que for e seja qualquer o nome que chamemos isto – que governa tudo. Espiritualidade não é apenas acreditar que todos têm uma alma, mas saber isto e estar em constante comunicação com a alma de qualquer pessoa. (VASCONCELOS, 2007 p. 118)

Voltando à nossa informante, o mundo espiritual estava sempre referido por ela como parte do mundo físico. O velhinho que lhe aparece, em sua vidência, vem ensinar-lhe um chá: uma intervenção que parece envolver também sua mãe, nesta cena que é trazida na fala de minha informante.

Dona Violeta, já aí se pode considerar uma pessoa diferente, na comunidade, por estas características que ela vai percebendo de modo crescentemente conflituoso, embora ao mesmo tempo, promissor, capaz de lhe ofertar peculiaridades em sua vida, que ela vai apreender e desenvolver. Para compreendermos o valor dessa ruptura de dona Violeta, devemos reflexionar mais sobre paradigmas emergentes.

Reflitamos sobre paradigmas, pois é necessário buscar apreender neste momento, com as rezadeiras que cuidam da espiritualidade, tocam novos quadros de referências, que se abrem para elementos de paradigmas emergentes.

De acordo com Kuhn(1978) as realizações científicas paradigmáticas geram modelos que, por períodos mais ou menos longos e de modo mais ou menos explícitos, orientam o desenvolvimento posterior das pesquisas que abordam a solução para os problemas por elas suscitados e nos mesmos termos que o paradigma comporta. Mas isso por um dado tempo.

Ainda segundo Kuhn (1978, p. 60), uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma e esta "[...] ao adquirir um paradigma, adquire igualmente um critério para a escolha de problemas que, enquanto o paradigma for aceito, poderemos considerar como dotados de uma solução possível". Apresenta, ainda, o autor, a concepção que nos assegura:

(...) um paradigma, é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em pessoas que partilham um paradigma" e ainda define "o estudo dos paradigmas como o que prepara basicamente o estudante para ser membro da comunidade científica na qual atuará mais tarde (KUHN, 1978, p.60)

Observou-se que ao longo da história pesquisas são realizadas e muitas vezes, como se percebe, não se adéquam, produzem contradições ao paradigma vigente e dão origem a *novos paradigmas emergentes*, que se formam quando a comunidade científica renuncia simultaneamente à maioria dos livros e artigos, teorias e experimentos que corporificam o antigo, deixando de considerá-los como objeto adequado como referência ao exame científico.

Fazendo um diálogo com Santos (1988), trago este autor quando afirma que o modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e foi desenvolvido nos séculos seguintes, partindo basicamente no domínio das ciências naturais. Ainda que com alguns prenúncios no século XVIII, é só no século XIX que este modelo de racionalidade se estende às ciências antropossociais emergentes, que por sua vez, busca suas próprias formas de fazer ciência.

Então, vemos que a partir de da modernidade se pode falar de um modelo global de racionalidade científica, que admite variedade interna, mas que se distingue e defende, por via de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento que ainda não raro se conceitua como não-científicos, que trazem saberes potencialmente perturbadores e intrusos: o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos (em que se incluíram, entre outros, os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos). Do outro lado ficavam as ciências exatas e as biológicas.

Ainda segundo Santos:

Na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico; na ciência pós-moderna o salto mais importante é o que é dado do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum. O conhecimento científico pós-moderno só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum (SANTOS, 1988).

A pergunta que fazemos em nossos dias, especialmente no campo da saúde coletiva e mais especificamente no campo da espiritualidade, onde não se lida apenas com a concepção biológica da saúde é: será possível romper com o positivismo e o reducionismo mecanicista que formaram a biomedicina como racionalidade médica? Será possível nos abirmos para outras racionalidades médicas (LUZ, 2008), como ida a outras perspectivas teóricas? Na verdade, não poderíamos pensar em outras racionalidades em saúde, e não só em medicina, como propõe Erberelli (2013)? As duas posições que acabamos de definir podem ser consideradas “realistas”, pois descrevem o mundo que se encontraria para além da capacidade de observação humana. Há, porém, uma posição muito difundida que adota um princípio pragmatista (antirrealista) de que não faz sentido tentar especificar detalhes inacessíveis para o ser humano, e muito menos ficar postulando demônios fantasiosos. Esta visão desemboca num “emergentismo pragmatista” (PESSOA JÚNIOR, 2012, p. 7).

A ciência também tem suas crenças, diz Kuhn (1978), e também não se nega o valor imenso das conquistas tecnológicas da biomedicina. No entanto, desperdiçar todo o saber de outras racionalidades médicas seria oprimir a ampla possibilidade das culturas humanas em suas capacidades de produzir saber válido. A racionalidade biomédica tem seus pressupostos, bastante estreitos, aliás, e o que dela escapa é considerado não científico, não verdadeiro, portanto, não digno de crédito.

Ora, as racionalidades médicas complexas, ocidentais ou orientais (medicina homeopática, medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica),

assim como as Práticas Integrativas ⁸que delas derivam (medicamentos homeopáticos, fitoterápicos, acupuntura, dietética, massoterapia, práticas corporais que trabalham corpo e energia como o ki kung, a yoga e o tai chi chuã, etc.), além das práticas corporais ocidentais, como as ginásticas, as danças e os esportes, visam a restabelecer um equilíbrio permanente, embora instável, no viver dos pacientes. Enquanto isso, as intervenções biomédicas visam, geralmente centradas em medicação ou intervenções cirúrgicas, ao restabelecimento de parâmetros de normalidade, quantitativamente mensuráveis. Este é um grande desafio, se considerarmos apenas a relação de hegemonia paradigmática biomédica nos serviços.

Este “ou isso ou aquilo” nos leva mais a pessimismos e não diálogos, o que seria o contrário do desejado, isto é: otimismo em relação ao futuro e ao exercício contínuo do diálogo entre saberes (SANTOS, 2005; 2006). Frutos de uma socialização de saberes certamente virão daí, tanto nos resultados, como na criação de novos paradigmas, processos talvez de uma mestiçagem teórica e prática já presente, em embrião, entre profissionais da saúde e a produção da saúde popular.

Este é talvez o desafio mais forte, mas também o que mais nos impulsiona a lutar pela permanência das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na rede de atendimento do SUS, que adentrando estas veredas estará caminhando no sentido da justiça cognitiva (SANTOS, 2004). A universalidade dos novos tempos é diversa e mestiça. (LUZ, 2008)

Assim é que admitir novos elementos paradigmáticos é uma contingência de nosso tempo. Em relação aos novos elementos ou aportes para um paradigma espiritual, como esta perspectiva é compreendida ou em qual momento ele sofre uma ruptura com a ciência?

Dialogando com Dellane (2009), vemos esta proposta da insurgência de elementos que devem ser desocultados para pensarmos um paradigma espiritual. Há elementos dessa natureza trazidos pelo pensamento espírita, quando afirma que substituindo a fé cega por uma fé raciocinada, e pensando numa vida futura, pela inquebrantável certeza resultante de constatações científicas, a par com um pensamento filosófico e religioso, traça-se um inestimável serviço que se pode fazer à humanidade (KARDEC, 2013).

Kardec foi um dos pioneiros a propor uma investigação científica, racional e baseada em fatos observáveis, das experiências espirituais. Desenvolveu todo um programa de investigação dessas experiências, ao qual deu o nome de Espiritismo (MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

⁸ O campo das práticas integrativas e complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA).

Situando esse desejo de trazer dessa vertente dos paradigmas emergentes a espiritualidade (MORIN, 1999, 2000, 2014; MOREIRA-ALMEIDA, 2008), desoculto na fala de Dona Violeta as experiências de natureza medianímica⁹ que ela anuncia.

Meu irmão, ele tinha doze anos e eu tinha uns três anos, eu lembro. Ele era tratado por um médico que se chamava Doutor L. Então minha mãe, que ele chamava de Madrinha, ela dava um remédio para ele, para meu irmão, que o médico tinha passado; quando ele foi tomar a medicação, meu irmão disse para ela que não lhe desse mais a medicação porque ele não precisava mais, ele estava morrendo. E na verdade ele morreu.

Não foi da medicação, porque ele tinha problema que o médico talvez não descobriu, não é? E ele morreu quando eu tinha três anos e eu não poderia lembrar de um ato desse. Mas isso ficou na mente de todo mundo lá de casa.

Mas eu lembro do jeito que era minha casa, quer dizer, lembro que tinham espíritos protetores que viviam comigo, né? Na minha casa tinha uma Forquilha assim no meio, a redinha dele, meu irmão, era armada assim, na casinha de palha. A gente morava aqui onde se chamava Coqueirinho. Com tudo isso, tinha tudo isso, mas eu queria viver.

(DONA VIOLETA, 2017).

Aqui vemos uma história eleita por Violeta, que mostra a morte: quando, então, a Medicina queda-se impotente. Haveria, para Violeta, um limite no saber médico – “o médico talvez não descobriu” – que ela desde muito pequena, de modo doloroso, passara a contactar?

Neste patamar, Schramm (2007), afiança que é possível que a consternação da morte esteja ligada à incapacidade que temos de raciocinar sobre a mesma, que é reprimida, e uma prova disso é que sabemos que vamos morrer, mas ainda não aceitarmos, inclusive criando métodos que hoje se discute seu limite de validade. Quando e como ressuscitar e não ressuscitar; até que ponto se diz que a pessoa deve ficar em aparelhos de prolongar a vida, são discussões que nos enviam à questões paradigmáticas que traduzem a pergunta pela possibilidade ou impossibilidade de voltar a qualidade da vida do sujeito.

Percebemos que assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano sendo algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às coisas. Por isso, percebemos que o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas.

⁹ Que tem a qualidade ou a faculdade de médium.

Lembro que meu pai trabalhava; era pedreiro. (...) Não sei se foi passando o tempo, o meu pai foi se mudando para lá e para cá, aí, a gente chegou aí morar ali no local chamado Km 7. Quando ela morreu, minha mãe, passei todo o velório dela ali presenciando tudo. Depois dela se enterrar, com sete dias, vi minha mãe como estou lhe vendo, quer dizer, era uma mediunidade que eu tinha. Um espírito protetor estava ali comigo. Pronto. (DONA VIOLETA, 2017).

Observou-se claramente, na fala de Dona Violeta, a exemplificação de uma experiência de vidência que, com base nos paradigmas materialistas, poderia ser explicados abrindo vertentes que estudam as características intrínsecas a estes fenômenos, da seguinte maneira: fenômenos que compreendem esta categoria são vários, desde os estados alucinatorios, aos estados dissociativos como o da personalidade múltipla e de histeria, os estados hipnóticos, os estados oníricos, as experiências fora do corpo, até o êxtase xamanístico e o transe mediúnico (ZANGARI, 2003, p. 26).

Nesta busca por evidências de sobrevivência da personalidade após a morte corporal, apanágio de várias perspectivas de estudo, se traz à tona a discussão do conceito de identidade pessoal, um tópico bastante controverso, porém explicado quando consideramos novos olhares paradigmáticos, onde se desvela que a identidade corporal não é uma condição redutora ao psicossomático. Pode-se alcançar diferentes critérios para a identidade pessoal, baseados em propriedades não mentais ou psicofisiológicas apenas, mas também espirituais.

Com base na filosofia espírita, em muitas situações, o médium pode proporcionar informações verídicas conhecidas da personalidade falecida, mas desconhecidas do médium. Essas informações podem envolver detalhes sobre a circunstância da morte, apelidos íntimos ou incidentes conhecidos apenas por um ou poucos parentes próximos da alegada personalidade falecida comunicante por meio do médium (MOREIRA-ALMEIDA, 2013, p. 07).

No caso de Dona Violeta, seria episódico, este estado de ver espíritos (que ela até aqui chama de protetores, observando com isso a ajuda recebida do plano espiritual) ou seria permanente? Inicialmente, é preciso buscar, nas orientações de Kardec (1861) em “O Livro dos Médiuns”, sua definição para médiuns videntes (cap. 14 da Segunda Parte, item 167):

Os médiuns videntes são dotados da faculdade de ver os Espíritos. Há os que gozam dessa faculdade em estado normal, perfeitamente acordados, guardando lembrança precisa do que viram. Outros só a possuem em estado sonambúlico ou aproximado do sonambulismo. É raro que esta faculdade seja permanente, sendo quase sempre o resultado de uma crise súbita e passageira.

Há outras perspectivas de explicações, que não desconhecem certas características desse tipo de fenômenos e que colocam como viável e como hipótese certos estados de percepção extra-sensorial, embora Moreira-Almeida mostra em sua tese a incongruência dessa visão, com os já avançados estudos que se possui hoje e que mostram a intervenção de personalidades desencarnadas, ou seja, seres que não possuem mais corpo físico como o nosso:

Vários pesquisadores alegam que informações verídicas proporcionadas por médiuns poderiam ser explicadas por PES - (Percepção extra-sensorial) não necessitando hipotetizar a existência de uma personalidade desencarnada. De acordo com essa posição, os médiuns poderiam, por exemplo, obter essa informação telepaticamente (frequentemente de modo inconsciente) dos parentes que os buscam para uma comunicação mediúnica. Embora aplicável a muitas situações, torna-se mais improvável quando a personalidade comunicante provê informações verídicas desconhecidas pelos consulentes ou mesmo quando não há nenhum consulente com conhecimento da alegada personalidade comunicante. Há casos em que uma personalidade comunicante desconhecida dos médiuns e dos consulentes aparece espontaneamente e fornece detalhes específicos que são verificados posteriormente como precisos. Isso é o que foi chamado de comunicação "*drop-in*" (do inglês, significando uma visita casual, sem aviso prévio) e é considerada por alguns autores como proporcionando forte evidência para a hipótese da sobrevivência, posto que seria mais difícil explicar esse tipo de evento em termos de telepatia ou clarividência (MOREIRA-ALMEIDA, 2013,p. 11).

Sob o ponto de vista sociocultural, há ampla evidência da fragilidade e do poder da memória. Ainda que eventos traumáticos possam produzir amnésia extensa, descrições na literatura focam traumatismos psicológicos isolados produzindo amnésia retrógrada para eventos traumáticos e não-traumáticos, mas não abordam claramente a possibilidade de bloquear experiências traumáticas repetidas e prolongadas (por exemplo, no caso de pacientes com abuso na infância) (NEGRO JÚNIOR *et al*, 2011, p. 6). Vê-se aqui que Dona Violeta reporta-se ao fenômeno de materialização (DELLANE, 2010; FLAMMARIÓN, 2011; BOZZANO, 1997; DE ROCHAS, 2010; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; AKSAKOF, 1990; DENIS, 1987; ANDRADE, 1984). Mas antes de nos determos neste aspecto, pode-se observar o quadro de sua vida, que ela continua a narrar:

Minha mãe já depois de sua morte, se materializa, fala com meu pai e a gente vai deixar minha mãe no quintal e ela sobe, sobe, sobe e quando ela fica emparelhada com as nuvens, acabou. Depois, eu já com trinta e seis anos de idade, sonhei com a minha mãe como que ela tivesse no hospital cuidando de doente; mas ela estava de costas.

Fiquei doente porque eu tinha muita vontade de ver minha mãe. Eu lembrava que com a minha mãe ela ia pra igreja, e me levava, me levava para a igreja São Pedro São Paulo, isso eu bem pequenininha, porque quando minha mãe desencarnou eu tinha quatro anos e onze meses. Ela faleceu dia 21 de Abril e eu completava cinco

anos no dia 27 de maio. Enquanto isso, meu pai fica também paralisado; passou dezessete anos paralítico, mas eu lembro de tudo. (DONA VIOLETA, 2017)

Observou-se, neste trecho do relato de Dona Violeta, que ela cita a materialização de sua mãe. A materialização, segundo muitos espiritualistas, no Ocidente mais notadamente adeptos da Doutrina Espírita, é o fenômeno mediúnico no qual um espírito desencarnado ou um objeto qualquer, não proveniente do mundo físico, torna-se visível e tangível. É, portanto, uma manifestação de efeitos físicos.

É que, segundo o espiritismo, a materialização é um fenômeno mediúnico no qual um espírito desencarnado ou um objeto qualquer, não proveniente do mundo físico, torna-se visível e tangível, sendo, portanto, uma manifestação de efeitos físicos, onde Kardec (1861, 2008) denominada de aparições tangíveis, palpáveis. Já sobre isso Denis assim se pronuncia:

Em certas sessões, na presença de médiuns dotados de considerável força psíquica, vêem-se formar mãos, rostos, bustos e mesmo corpos inteiros, que têm todas as aparências de vida: calor, tangibilidade, movimento. Essas mãos nos tocam, nos acariciam ou batem; mudam de lugar os objetos e fazem vibrar os instrumentos de música; esses rostos se animam e falam; esses corpos se movem e passeiam por entre os assistentes. Pode-se agarrá-los, palpá-los; depois, eles se desvanecem num repente, passando do estado sólido ao fluídico, após efêmera duração (DENIS, 1989, p. 280)

Zimmermann (2011, p. 545) explica que a materialização é o processo de condensação de ectoplasma, possibilitando a visibilidade física e, às vezes, a consistência material, aos Espíritos e, também, a diversas criações mentais.

Explica o autor que por ectoplasma entende-se “uma substância de natureza filamentosa ou fibrosa, que quando visível pode apresentar-se branca, cinzenta ou preta, embora a primeira seja a mais frequente”, que emana através de todos os poros do médium, especialmente através da boca, das narinas, dos ouvidos, do tórax e das extremidades, sendo reabsorvida ou dispersada ao final do processo de doação, que pode se dar conscientemente com a ação da vontade (ZIMMERMANN, 2011).

Afirmam determinadas obras espíritas, que para que um espírito desencarnado materialize o seu perispírito ou um objeto inexistente no mundo físico, ele tem que fazer uso de uma substância semi-material exalada pelos seres vivos em geral e, em maior quantidade, pelos médiuns de efeitos físicos, chamada de ectoplasma, e que seja manipulada pelos seres de outro plano vibratório (FLAMMARION, 2011; DELANNE, 1988; ZIMMERMANN, 2011).

Afirmava-se que Katie King fora a filha de John King, um espírito de controle que se manifestou entre 1850 e 1870 em muitas sessões mediúnicas. Um espírito de controle é um espírito que se comunica inicialmente e que organiza a manifestação de outros espíritos em sessões mediúnicas. John King afirmou ser o espírito de Henry Morgan.



Figura 5: Katie King materializada, segundo pesquisas de Sir William Crookes

Florence Cook, que à época tinha apenas 15 anos de idade, sozinha na casa de Crookes e com a família e amigos dele como testemunhas, materializou o espírito de Katie King, que caminhou na casa, conversou, permitiu ser pesada e medida, e ainda segurou em seus braços o bebê da família. As sessões eram feitas no escuro, pois assim as materializações apresentavam-se melhor, apesar de ocasionalmente ter sido usada luz vermelha para obtenção de fotografias.¹⁰

Como frequentemente constatado em fenômenos desta natureza, o peso e a altura do espírito materializado, variavam. Entretanto, Katie sempre era mais alta que Florence Cook, com um rosto mais largo e diferentes tipos de cabelo e pele. De acordo com testemunhas, ambas eram visíveis no mesmo momento, assim Florence não poderia ter assumido o papel do espírito.

¹⁰ DOYLE, Arthur Conan. *The History of Spiritualism*. New York: G.H. Doran, Co. Volume 1: 1926 Volume 2: 1926. Fonte: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Katie_King_\(esp%C3%ADrito\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Katie_King_(esp%C3%ADrito))>. Acesso em: 17.Mai.2017.



Figura 6: Miss Florence Cook (depois de casada, Mrs. Elgie Corner).



Figura 7: Uma das fotos de Crookes com Katie King alegadamente materializada. (1874)

Tendo as materializações de Katie King sido amplamente divulgadas à época, os médiuns estadunidenses Jennie e Nelson Holmes também declararam tê-la

materializado. Robert Owen, político e espiritualista declarado, presenciou a materialização e escreveu um artigo sobre o fato para o periódico *Atlantic Monthly*, em janeiro de 1875.¹¹

Bozzano (1861) mostrava que o conceito de ectoplasma foi introduzido na parapsicologia pelo fisiologista Charles Richet, que já pensava em termos de uma substância esbranquiçada, a exteriorizar-se para fora do corpo, mais ou menos intensamente. É também supostamente sensível a determinados impulsos, se exterioriza e se torna visível a partir do corpo de determinados indivíduos com características especiais (sensitivo), e permite a materialização de formas de corpos humanos distintos daquele de onde saiu ou de concretizando formas de membros tais como mãos, rostos e bustos, etc. Este fenômeno, que se tem denominado de ectoplasmia –como vimos, formação de apenas partes ou membros do objeto ou coisa materializada devido à ação do ectoplasma - pode ser utilizado inclusive para *curas*. , Para tanto, precisa do contributo, para consumir a materialização, de seres do plano espiritual (ZIMMERMANN,2011).

A palavra ectoplasma nos leva a buscar a obra “Nos Domínios da Mediunidade”, onde Áulus explica-nos o seguinte:

O ectoplasma está situado entre a matéria densa e a matéria perispírita, assim como um produto de emanações da alma pelo filtro do corpo, e é recurso peculiar não somente ao homem, mas a todas as formas da Natureza. Em certas organizações fisiológicas especiais da raça humana, comparece em maiores proporções e em relativa madureza para a manifestação necessária aos efeitos físicos que analisamos. É um elemento amorfo, mas de grande potência e vitalidade. Pode ser comparado a genuína massa protoplásmica, sendo extremamente sensível, animado de princípios criativos que funcionam como condutores de eletricidade e magnetismo, mas que se subordinam, invariavelmente, ao pensamento e à vontade do médium que os exterioriza ou dos Espíritos desencarnados ou não que sintonizam com a mente mediúnica, senhoreando-lhe o modo de ser. —Infinidamente plástico, dá forma parcial ou total às entidades que se fazem visíveis aos olhos dos companheiros terrestres ou diante da objetiva fotográfica, dá consistência aos fios, bastonetes e outros tipos de formações, visíveis ou invisíveis nos fenômenos de levitação, e substancializa as imagens criadas pela imaginação do médium ou dos companheiros que o assistem mentalmente afinados com ele. —Exige-nos, pois, muito cuidado para não sofrer o domínio de inteligências sombrias, de vez que manejado por entidades ainda cativas de paixões deprimentes poderia gerar clamorosas perturbações (LUIZ por XAVIER, 2010, p. 310)

Continuando a explicação, Áulus, personagem do livro *Nos domínios da Mediunidade*, observa ainda:

E, apontando o mediador que despertava sonolento, enunciou: — Nosso amigo, polarizando as energias do nosso plano, funciona como entidade maternal, de cujas possibilidades criativas os Espíritos materializados totalmente, ou não, retiram os

¹¹ DOYLE, Arthur Conan. Op. cit. 1926.

recursos imprescindíveis às suas manifestações, sendo, a prazo curtíssimo, autênticos filhos dele. Assinalando a conceituação, Hilário falou entusiástico: — Isso dá a entender que nas forças geradoras extravasadas do médium e dos cooperadores de nossa esfera poderemos surpreender igualmente os princípios fundamentais da genética humana, em figurações que a ciência terrena ainda não conhece... — Sim, sem dúvida — confirmou o Assistente —, os princípios são os mesmos, embora os aspectos sejam diferentes, O futuro nos reserva admiráveis realizações nesse ponto. Trabalhem e estudemos. Nossas disponibilidades de tempo, contudo, haviam terminado. (LUIZ por XAVIER, 2010, p. 310-311)

E não só a materialização exige fluidos, que acolhem cooperação os dois planos da vida, mas o trabalho de cura. É sabido, pois, que não é o ectoplasma puro que exala do médium que é usado diretamente nas materializações, ou em curas espirituais, em geral, mas é necessário combiná-lo com outros fluidos (espirituais, físicos e da natureza) ou, seja na materialização ou em curas espirituais é utilizado ectoplasma elaborado ou manipulado pelos espíritos que, por sua vez, se somam a nós nessa cessão fluídica, embora estes fluidos sejam diferentes.

Neste estudo, pode-se supor que Dona Violeta possua ectoplasma em abundância.

Observamos, na narrativa acima, também a busca da criança Violeta junto ao credo de sua mãe, o catolicismo, como uma tentativa de suporte, consolo, amparo e espiritualidade. Concordamos com Vasconcelos (2006): as pessoas do meio popular repetidamente afirmam encontrar em sua religiosidade a fonte do ânimo para se manterem empenhados na busca de uma vida mais digna e feliz, apesar das situações profundamente opressivas e/ou de sofrimento em que se encontram.

Continuando, a busca de Dona Violeta segue o aspecto que é trazido, posto por sua mãe, da busca pela igreja como um local de segurança e resguardo, mas também referência espiritual.

Então, eu via pessoas; meu pai às vezes estava deitado, conversando com pessoas, espíritos, né? Muitas vezes eu via uma meninazinha assim do tamanho do Davi [aponta o neto] e meu pai achava que era minha irmã; a meninazinha fazia que sentava na rede dele e ele dizia:

- Maria, vai para tua rede aí.

Eu dizia assim:

- Olhe, pai, não é a Maria; ela já tá deitada ali.

E isso ia me dando medo; eu via pessoas de todas as formas; muitas vezes eu estava lá, pequena, ainda atrás da minha casa esperando a minha mãe voltar.

(DONA VIOLETA, 2017).

Nos diálogos de Dona Violeta se seguem as inúmeras aparições, confirmando sua mediunidade e, de certa forma, alguma convocação que vai se definindo a partir de suas experiências de vida. Não se desconhece, contudo, que problemas com a dimensão espiritual podem ser entendidos como desequilíbrios – o que não é raro acontecer pareado.

Um campo emergente em psiquiatria é o estudo das relações entre espiritualidade e saúde mental. Um tema que foi pouco explorado neste campo refere-se às experiências espirituais. Do ponto de vista clínico, um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto é necessário, pois certas experiências espirituais podem ser confundidas com episódios psicóticos, uma vez que envolvem eventos de natureza visionária ou transcendental que podem ser interpretados como sintomas de esquizofrenia. Por outro lado, pacientes psicóticos podem apresentar sintomas de conteúdo religioso/espiritual (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011, p. 4).

O trauma psíquico é uma experiência “além do princípio do prazer” (FREUD, 1920), e é a experiência traumática que faz o autor da psicanálise se perguntar: por que o indivíduo relembra o trauma, se este não lhe dá prazer? E é daí que constrói a ideia do superego como uma tópica, do inconsciente, que faz o sujeito agradar o ego censor, desse modo ampliando os estudos que traziam o princípio do prazer.

Sabe-se que o inconsciente coloca o sujeito em contato com o que há de mais primordial e originário em sua constituição. O mal-estar produzido pela intensidade do impacto que rompe as defesas do sujeito, nos casos traumáticos, colocam-se de outra forma para além do popularmente chamado estresse urbano. Em estado de anomia catastrófica em suas dimensões, a violência contemporânea aparece como sintoma. Mais do que sintoma de uma anormalidade, que ronda nossas vidas, a violência contemporânea se espreita de nossa própria razão de ser.

Segundo Freud (1920), o que caracteriza o efeito traumático é a surpresa (o susto) e a violência do confronto. Portanto, tal impacto permite uma espécie de fissura na dimensão do recalque primário fazendo o sujeito acessar aspectos primitivos da sua constituição, pois ali não existem representações, mas, sentimentos e interposição de imagens de vivências extremas e dolorosas de aniquilação, fragmentação e transbordamento de desamparo.

O sujeito moderno não se define pelo mundo que se encontra, mas pelo mundo que ele mesmo faz ou transforma. Não se define pelo lar onde nasce, mas por suas aventuras: é o sujeito saído de casa. O que implica uma nova experiência do tempo: a oportunidade, a potencialidade, enfim, o projeto vem fazer parte integral do ser (CALLIGARIS, 1999, p. 18).

A modernidade, para GIDDENS (1998, p. 38), define-se por um estilo, um costume de vida ou organização social que emergiu na Europa a partir do século XVII e depois se espalhou para outros continentes. No século XX o lado sombrio da modernidade, ganhou visibilidade configurando-se como o século das guerras. A crença no progresso perdeu-se, bem como uma expectativa de segurança e na possibilidade de confiança no outro. Para o autor viver tornou-se uma experiência de risco. Risco é um termo que passou a ser utilizado na modernidade.

A vida moderna e seus desencaixes (GIDDENS, 1990), pela velocidade de suas exigências, pelos seus desafios intensos de adaptação, nos quais o sujeito é chamado incessantemente a responder em meio a ameaças, medo constante de acontecimentos diversos, nos atos mais banais do cotidiano, seja ao dirigir-se a um caixa eletrônico ou transitar nos espaços públicos, também induz a pessoa a processos adaptativos que poderiam ser considerados traumáticos. Vive-se sob a expectativa do susto de parar em um semáforo de uma esquina da cidade, onde se pode ser abordado por sujeitos armados ou mesmo sofrer um disparo de uma bala perdida, sendo fortuitamente capturado pela ocorrência de um assalto qualquer. As condições socioeconômicas da vida das classes trabalhadoras, em especial produzem muito das doenças e estão interagindo junto às outras dimensões, como Minayo já observava:

As condições gerais de existência são responsabilizadas de forma muito peculiar pelo "nervoso da vida". Essa doença inespecífica, e meio vaga, ganha de todas as outras nos depoimentos de homens e mulheres. Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, síntese de uma quantidade enorme de queixas, o "nervoso da vida" revela particularmente um sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia. (MINAYO, 1988, p.368).

E se essa ordem de experiências é desafiadora, no nível subjetivos as perdas e a luta pela sobrevivência desde muito cedo, sem as figuras de pais provedores gera uma necessidade de socialização outra para as juventudes, que passam a ter de refazer seus vínculos e toda sua vida afetiva (MOMBERGUER, 2008).

No entanto, se os elementos políticos devem estar presentes na vida das classes trabalhadoras, não se pode reduzir tudo a esse prisma, embora ele deve ser olhado junto às outras dimensões, como advogamos. Como diz Minayo, ao apresentar seu estudo supracitado, afirma:

Desta forma a concepção de saúde-doença dos segmentos da classe trabalhadora ultrapassa os limites de classe e se solidariza com as angústias, os medos, os

sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam o ser humano de nosso tempo. Mais ainda, ela tem raízes no passado e na essência se encontra com problemas formulados por povos primitivos, por diferentes culturas e por variados grupos sociais. Noutras palavras, a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas. É dentro desse referencial que conduzimos a presente reflexão (MINAYO, 1988, p. 121).

Vejamos que isso vai ser exigido de Dona Violeta. E vejamos também a percepção precisa que ela tem do olhar dos outros sobre si e os fenômenos que apresentava desde a infância, e que a qualificavam como pessoa que “dava trabalho”.

Porque eu perguntava meu pai e meu pai dizia que ela ia voltar e quando eu olhava, vi um avião muito grande, maior do que a minha casa, cheio de homem com uma roupa cáqui, uma fita na cintura e eles botavam uma corda e me chamavam. Eu tinha pavor. E queria ver minha mãe, mas tinha medo.
Eu via animais como vaca; às vezes, eu estava dormindo e o quarto ficava cheio de bichos, e eu chorava e gritava. Era o papão – o povo dizia.
O povo vinha me acolher e me levava para o médico; aí o médico dizia:
- Essa daí é melhor do que vocês tudinho.
Mas aquilo não me deixava em paz.
Alguém deitava comigo e eu sempre com problema de doença e pelo que o povo dizia, achavam que eu era uma pessoa que dava trabalho. Mas desde pequena eu era que trabalhava.

Dona Violeta, contudo, percebia o que era seu sentimento real e o que não se coadunava com o que diziam dela. Tanto é que ela diz: diziam que eu dava trabalho, mas *eu trabalhava*. Quer dizer, sua mediunidade e suas carências afetivas não a incapacitavam para a vida social.

Na fase infantil, o desabrochar da mediunidade é, quase sempre, tão natural quanto outros tipos de aprendizagem que vão acontecendo em todas as etapas do desenvolvimento da criança, visto terem estes pequeninos relativa facilidade de perceber a presença dos espíritos e com eles manter um convívio fácil e espontâneo. Por que isso ocorre com tal frequência? No livro "O mundo da criança", as autoras abordam essa questão do amiguinho invisível, mencionando que "cerca de 15 a 30% das crianças, entre 3 a 10 anos têm companheiros imaginários. Eles surgem na vida da criança depois de 2 anos e meio de idade e saem quando a criança vai para a escola. A pessoa imaginária parece real para a criança que fala e brinca com ela." (Diane, E. Papalia, O mundo da criança).

O Espiritismo nos esclarece que o processo reencarnatório prolonga-se até os sete anos de idade. Nesses primeiros anos de vida física, o espírito, na fase infantil, mantém vínculos bastante estreitos e mais ou menos intensos com o mundo espiritual, a sua pátria de origem. A presença de espíritos amigos, do seu espírito protetor é mais próxima, no intuito de sustentá-lo nesse recomeço. Pode-se inferir também que durante o sono, o espírito que está

envergando a nova forma física esteja mais constantemente em contato com o plano espiritual de onde procede.

Dona Violeta vai alcançando pensar em suas faculdades, ao longo de sua vida de trabalho e, mesmo, nos episódios de mudança de emprego:

Todo meu trabalho era trabalhando em casa de família. Era muito correta nos trabalhos, mas tinha esse problema: ninguém podia dormir com a minha presença na casa. Ninguém queria me soltar porque eu era como um amuleto nas casas eu ia. A pessoa estava lá morando de casa alugada ou estava desempregada e depois pegava e comprava uma casa própria; e eles iam me transferindo para a casa dos outros e eu ouvia as conversas:

- A Raimunda dá trabalho, ela não dorme, ela passa a noite dizendo que está vendo gente que a gente fica até com medo; mas ela tem assim uma coisa nela que onde ela chega tudo prospera.

Então eu ficava com medo, aí eu mentalizava Cristo, eu via nosso Senhor ali na minha presença, como também quando eu estava muito afadigada ia lá para a Igreja do Otávio Bonfim. E lá eu ficava; e eu chorava porque eu via: era como que Jesus tivesse olhando para mim. Batendo os olhos. Então isso não é normal para uma pessoa; eu era taxada por todo mundo de doente, o povo achava que eu tinha problema mental. (DONA VIOLETA, 2017).

Atualmente, se tem observado que o tabu da loucura ou doença mental, está vindo a braços com o tabu da morte – a forma derrapante com que se fala dela – denuncia uma oclusão que deve ser desvelada. Ao longo da história se tivera, em diversas culturas, movimentos formas diferentes de lidar com a morte.

O significado da morte e da finitude humana estão bem retratados num escrito de 1915, denominado Considerações atuais sobre a guerra e a morte, principalmente na sua segunda parte: "Nossa atitude diante da morte". Em vários estudos e em reflexões e pesquisas acessados, verificamos ser comum afirmar-se que cabe aos profissionais de saúde curar, e que o sofrimento psíquico desses está intimamente relacionado ao sucesso ou fracasso nas suas intervenções (BRÁS e CRESPO, 2007, p. 5).

Segundo o historiador Philippe Ariès, ao longo dos séculos, nossa atitude diante da morte mudou radicalmente. O evento que era natural, familiar e socialmente abordado na Idade Média passou a ser tomado como ruptura: A antiga atitude diante da morte segundo a qual a morte é ao mesmo tempo familiar e próxima, por um lado, e atenuada e indiferente, por outro, opõe-se acentuadamente à nossa, segundo a qual a morte mais amedronta a ponto de não mais ousarmos dizer seu nome (ÁRIES, 1977, p. 22).

Podemos ser cuidadores, mas sempre... também feridos. Sobre as dificuldades que Violeta vai enfrentando desde criança, vemo-las agravadas novamente devido ao estigma da mediunidade e sua relação com a doença mental.

Passado o tempo, eu não entendia porquê, acontecia. Tudo que eu fazia se uma pessoa tivesse doente e eu chegasse perto dela, aí a pessoa dizia: - Eu tô tão doente!

Eu dizia:

- Você vai ficar boa.

E aquelas vozes falavam na minha mente: tá entendendo?

Aí eu ensinava chás, com doze anos; eu chegava ali naquela praça do mercado São Sebastião e eu não sei como aquelas alunas tudo me arroteava... E pedia para eu rezar para elas passarem nas provas; outras me pediam para eu ensinar remédio...

Eu ficava cercada de gente, todo mundo me pedindo auxílio e eu fui aprendendo a conhecer raízes, ensinando chás; fui trabalhando com raízes e rezas, achando que as raízes curavam mas com o Poder de Deus. Porque todo chá que ainda hoje eu faço, peço que Jesus coloque as mãos nele; faço meus pedidos.

(DONA VIOLETA, 2017)

Neste ponto, podemos identificar a legitimação do trabalho espiritual de Dona Violeta como promotor da saúde, utilizando as ervas, os chás, as raízes, sempre associadas ao poder da reza e a referência à Deus.

Além de procedimentos secretos e simbólicos, os diversos agentes de cura, de igual forma, utilizam recurso de ordem empírica, tais como ervas raízes e folhas medicinais, além de outros meios curativos para solucionar problemas diversos apontados pela comunidade.

O efeito causado por algumas plantas inadvertidamente ingeridas, também contribui para elevar às plantas a categoria de entidades divinas. Plantas com propriedades alucinógenas foram rapidamente incluídas em rituais religiosos, e a elas foram atribuídas propriedades mágicas de colocar os homens em contato direto com os deuses. Populações indígenas de norte a sul nas Américas incluíam o tabaco em seus rituais, por seus efeitos narcóticos, hábito este rapidamente transferido aos colonizadores europeus. Muitas vezes os efeitos estupefacientes de determinadas plantas foram extrapolados para aliviar a dor em doentes agonizantes (CONCEIÇÃO, 2011).

Em todas as épocas e em todas as culturas, o homem aprendeu a tirar proveito dos recursos naturais locais. Ao longo dos anos, argutos observadores perceberam que uma erva capaz de induzir sonolência seria também capaz de acalmar, se usada em dosagens menores. Plantas cujos frutos usualmente tinham efeito laxante poderiam ser usados com parcimônia para regular um intestino preguiçoso. Todo este conhecimento foi passado oralmente ao longo de gerações, que juntamente com mitos e rituais, formavam parte importante das culturas locais.

Ferreira Júnior *et al.* (2015) colocam que existem diversas plantas medicinais conhecidas e utilizadas por comunidades, sendo empregadas em indicações terapêuticas e usos religiosos. A quantidade de plantas encontradas para tratamento de um mesmo alvo terapêutico sugere que existem diferentes formas de tratamento ou que muitas plantas

precisam ser utilizadas em conjunto (como uma mistura de vegetais). No entorno, os rezadores e benzedores também desempenham um papel muito importante nos sistemas locais de saúde. A gama de alvos terapêuticos que necessitam de rezas e orações, em conjunto com o uso de plantas medicinais, é bastante ampla; usam para aliviar dores de cabeça, doenças respiratórias e alguns alvos terapêuticos reconhecidos localmente, como mau olhado, mau-vermelho e cobreiro.

Vivendo essa vida, eu sofri muito; e até que quando o meu pai desencarnou eu fiquei mais de seis meses sem saber qual o meu nome. Quem eu era, não sabia; até que chegou ao ponto que eu falei que eu fui acolhida na casa da Aurenice, na casa da mãe da Aurenice. E lá eles tinham um centro de umbanda. E lá eles me tratavam muito bem. E aí eu passei a conhecer um pouquinho da Umbanda; só que eu não aceitava. Eu achava que aquilo ali não era uma coisa para mim. Quando eu entrava lá, eu chamava Nossa Senhora e mentalizava ela como que se ela tivesse ali na minha frente, pedindo para que ninguém fizesse nada de errado naquele momento que eu estava ali (DONA VIOLETA, 2017).

Aqui observa-se a acolhida de Dona Violeta por Aurenice e o conflito que nela se constrói, quando entra em contato com outra manifestação da religiosidade: a Umbanda. Percebemos na fala o preconceito com o que observa no lugar, um lugar que vem da cultura negra e é neste contexto que a população negra sobreviveu e praticou sua fé, sua crença, seus cultos. Somado a isso, o fato das religiões de matriz africana promoverem seus cultos através de muita música e dança, sempre com muito mistério, provocavam certa repulsa, medo e, também pelo mediunismo, demonização por parte de adeptos de outros segmentos religiosos derivados de religiões oficiais e socialmente hegemônicas. Isso é tanto mais verdade, que a umbanda acredita no Cristo no que chama de santos católicos, que possuem um nome correspondente, na matriz afrodescendente. Se fosse só pela estranheza de não crer em Cristo, não se justificaria a rejeição.

Analisando o ponto de vista cristão ao defender que “o homem foi criado à imagem e semelhança de Deus” verifica-se a importância do valor atribuído a cada ser humano como pessoa humana. A presente definição cristã foi utilizada posteriormente como limites à instituição de valores aplicados a cada ser humano. (SARLET, 2006, p. 115)

Ao passo que o racismo é a crença em uma hierarquia valorativa dos grupos humanos e o estereótipo é um conceito padronizado sobre pessoas, povos, raças, ideologias ou qualquer outro grupo, servindo de base para a formação de preconceitos.

Já a discriminação proporciona tratamento diferenciado a certo grupo, segregando-o mediante a utilização de critérios raciais ou semelhantes, de forma negativa. Enquanto a discriminação se traduz em um ato segregacionista, o preconceito se traduz por meio de uma

postura interna, preconcebida e de ordem psicológica, ou seja, a discriminação é ato exteriorizado, enquanto o preconceito é um pré-juízo ou pré-julgamento. Enquanto este envolve sentimentos adulterados na relação com o outro, aquele envolve a justificação de uma desigualdade cognitiva.

Observou-se, porém, que o que Dona Violeta vivencia é fruto de uma hegemonia religiosa que se mantém viva nos dias de hoje. No entanto, ao longo da história percebemos que as visões teológicas de diferentes religiões que se constituíram a partir da crítica ao projeto hegemônico de dominação social e econômica, como as teologias da libertação, feministas, pluralistas e progressistas, têm elaborado proposições em torno de novas perspectivas para a sociedade, que levem em conta uma visão mais aprofundada, e não apenas formal, da democracia e dos direitos humanos, também no que diz respeito a crenças e espiritualidade. Trata-se de um caminho em busca da promoção dos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais (RIBEIRO, *et al*, 2015, p. 7) e de justiça cognitiva (SANTOS, 2004).

As religiões afrodescendentes, como o próprio nome sugere, surgiram a partir de religiões africanas que foram trazidas por diversos grupos da África que foram escravizados no Brasil. A distribuição aleatória desses grupos pelo país originou diferentes tradições religiosas, como o candomblé nos terreiros baianos, a umbanda, o xangô pernambucano, dentre outros (NOVAIS, 2006). Nas religiões afrodescendentes há diferentes graus de sincretismo com o catolicismo (OLIVEIRA e BARTHOLO, 2008).

Não vou citar, mas eu creio que a minha presença inibia os espíritos impuros de entrar naquele ambiente, mas eu não acreditava na espiritualidade, eu negava. Eu ouvia me chamar, eu ouvia eles conversarem comigo; eles me derrubavam de rede, me empurravam, eu caía; puxavam meu cabelo, mas eu não acreditava que existissem.

Eu só acreditava que existisse Deus e Nossa Maria Santíssima, então isso para mim era um grande sofrimento. E eu ia adoecendo, eu achava que tinha muita coisa de doença na minha vida. E eu sempre pedindo a Deus procurasse me perdoar se eu tinha feito alguma coisa de errado que eles me perdoassem, porque eu sabia que eu sou uma meninazinha que não tive quem me criasse, eu tive que me criar só; o Senhor sabe que o Senhor é quem me cria, nossa mãe Maria Santíssima é quem me guia (DONA VIOLETA, 2017)

Em relação à sua mediunidade, percebemos aqui que Dona Violeta, apesar dos fenômenos que vivenciava, ainda os negava, de certo modo culpando-se em relação a tudo o que lhe acontecia, por não compreender, não haver um campo simbólico que trouxesse formas de leitura de si, nesse aspecto da mediunidade e da espiritualidade. Inclusive as doenças que apareciam em sua vida. E ainda percebemos o conflito religioso que nela se instaurava.

Para muitos, esses relatos de Dona Violeta podem parecer somente um problema de saúde mental. Isso poderia estar associado, mas não é suficiente reduzir o sujeito humano a uma dimensão: a tratada na biomedicina. Não é à toa que em decorrência destes problemas, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-4ª Edição (DSM-IV) introduziu uma nova categoria chamada “Problemas Religiosos ou Espirituais” para direcionar a atenção clínica, justificando a avaliação de experiências religiosas e espirituais como parte integrante da investigação psiquiátrica sem necessariamente julgá-las como psicopatológicas.

Lukoff, Lu e Turner definem problemas religiosos como sendo conflitos relacionados à fé e à doutrina (como perda ou questionamento da fé e conversões religiosas) e problemas espirituais como conflitos envolvendo a relação com questões transcendentais ou derivadas de práticas espirituais (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011, p. 2). Podemos ver em Dona Violeta estes dois âmbitos de problemas?

Com Dona Violeta:

As visões: eu via várias coisas que me atormentavam muito; chegou um ponto que toda noite quando eu dormia eu era transportada para vários lugares. Então eu via ouvia pessoas, geralmente eram três homens que eles me levavam para alguns cantos e falavam né até que estavam me preparando, que eu era uma pessoa que eu ia precisar muito dessa preparação porque eu já não tinha tido pai para poder me criar; já não tinha tido mãe, mas, então, eles tinham que cuidar de mim porque eu ia ser do povo.

Então, eles me levavam para alguns cantos e às vezes me benziavam com uns preparos lá, num sei, e isso aconteceu umas sete vezes. Na última vez eu tive na praia; como que fosse um labirinto grande e os três homens mandavam eu subir; eu subia. Assim tipo uma escada. E eles lavavam a minha cabeça com água do mar e aquela água quando caía era como que fosse muita luz caindo na minha cabeça e eles diziam:

- Pronto agora você está preparada para cuidar de tudo aquilo que Deus mandar para sua vida.

Com relação ao depoimento acima, dentre os acontecimentos mais inesperados encontram-se, sem dúvida, aqueles fenômenos de efeitos físicos, sempre impressionantes, pois afetam diretamente nossos sentidos materiais, afastando eventuais dúvidas a respeito, ressalvados os casos de confundir-se ruídos, odores, luminosidades etc., que podem ocorrer inadvertidamente no ambiente mediúnico.

“Se a visão dos Espíritos é inconveniente, porque é permitida em certos casos? R. É para dar uma prova de que não morre tudo com o corpo, e que a alma conserva a sua individualidade depois da morte. Essa visão passageira basta para dar prova e atestar a

presença de vossos amigos perto de vós; mas não tem os inconvenientes da permanência.” Allan Kardec, O livro dos médiuns, Cap. VI – q. 100;8.

Mais uma vez observou-se o processo de autorização, por parte da espiritualidade, para as práticas desenvolvidas por Dona Violeta e de qualquer forma um acerto aceite, onde existe uma experiência religiosa. A espiritualidade se torna uma experiência religiosa quando o encantamento com a transcendência repercute na pessoa de uma forma tal que a avaliação que se faz é não ser possível tratar-se de uma realidade contida apenas em si. Refere-se também ao sopro de algo que está além da realidade pessoal, mesmo quando esta é entendida de forma que inclui a elaboração inconsciente profunda.

O eu profundo, que se consegue acessar de forma mais sistemática por meio de práticas de relaxamento, meditação e contemplação, como também, preces e em estados alterados de consciência, é o local de conexão com outra realidade.

Nesse sentido, o eu profundo, numa linguagem simbólica, seria o olho que vê algo que está além de si, mas que habita o si mesmo. Nesta perspectiva, essa realidade que se experimenta nestes momentos de conexão é tão fascinante e misteriosa que considera tratar-se de algo divino e se passa a denominá-la de Deus, Olorum, Tao, Javé, Alá, Energia Cósmica e milhares de outros nomes. Nessa perspectiva, o nome Deus está no lugar de realidade última, Criador, de imensurável, de fonte originária, geradora de todo o ser e do universo (VASCONCELOS, 2006, p. 25). Koenig (2001b), destacado pesquisador na área, afirma que existem quatro razões para associação entre religião e saúde: crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência/casamento/morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis.

Nesse tempo, foi que eu comecei a ter uma nova vida; foi o tempo que eu me casei, tive filhos. Passei também uma situação muito difícil, doença, morte do marido... Desacordava, não sabia quem eu era, isso quando eu tive meu terceiro filho; daí teve um tempo que perdi a memória. Do mesmo jeito de quando meu pai desencarnou e teve seis meses que eu não sei o que aconteceu. Dessa vez, a única coisa que eu lembro é que bordava lá na casa das meninas. E eu bordava lá, mas eu não lembro de nada mais; apagou tudo quando eu tive o Alcino, meu terceiro filho; eu tive dois anos de apagamento, né? (DONA VIOLETA, 2017).

O desenvolvimento desta dimensão espiritual não deixa de acontecer ao mesmo tempo em que sua vida social e familiar se desenrola, uma vez que não existe subjetividade que se organize fora do laço social e, sendo uma dimensão humana, a espiritualidade pode ser

mais ou menos exercitada no corpo social. Seu desenvolvimento, inclusive, pode ser aumentado quando realizado mediante afloramento das qualidades do espírito. Segundo o Dalai Lama (2000), a utilização das qualidades do espírito – amor, compaixão, paciência, tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, responsabilidade, harmonia – trazem felicidade tanto para a própria pessoa, quanto para os outros.

Ao distinguir a religião da espiritualidade, Boff (2001a, p. 80) afirma que “as religiões constituem uma construção do ser humano que trabalha com o divino, com o sagrado, mas não são o espiritual. A espiritualidade é uma dimensão de cada ser humano. Esta dimensão espiritual que cada pessoa possui se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, com o próprio coração, traduzindo-se pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental”.

Para cuidar da mente, eu ia para o Doutor Afonso. Doutor Afonso tinha muita paciência comigo; quando eu entrava na sala dele, eu começava a tossir, tossir desesperada. E aquela tosse empatava que ele me consultasse; o meu nome eu não sabia, então, ele tinha que pegar minha identidade porque o meu nome eu não sabia dizer e nem podia falar. Isso não foi uma vez, foram muitas vezes, até que quando foi um dia, ele viu que na Medicina não tinha remédio para mim porque ele dava os remédios controlados e eu não tomava nenhum. Eu não podia melhorar, mas aquilo me dizia:

- Não toma! - e eu não tomava.

Eu não podia ficar uma pessoa dependente de medicação. Até que ele me deu uma coleção de Allan Kardec, mas eu conhecia a casa da Madrinha. E eu, como era muito religiosa, não queria seguir esta espiritualidade.

- Dona Violeta, quando o médico lhe deu as obras do Kardec, a senhora passou a se aproximar mais do espiritismo?

- Foi aí que eu me aproximei. Acho que é até um ponto de vaidade, que Deus me perdoe. Eu digo assim: se Doutor Afonso é médico e é espírita, então não faz mal; eu tinha toda confiança nele, eu tinha ele assim como meu irmão, meu amigo.

- Como então se ele é espírita, ele médico, então não faz mal ser espírita!

Dona Violeta percebe como muitas vezes a medicação pode funcionar como tampão para uma escuta do sujeito a si mesmo, mediante sua própria espiritualidade.

Também, tem-se aqui, claramente, os processos de legitimação dos saberes de Dona Violeta, feito pelo Doutor Afonso, e a autorização que, a partir daí ela vivencia, e que a permite aceitar-se com sua forma de viver sua espiritualidade, mediada pela mediunidade.

Continuemos:

Mas eu dizia:

- Minha Nossa Senhora, mas eu nunca vou te abandonar. Porque você sabe que quando a gente tá em processo de qualquer um aprendizado na vida, porque a

mediunidade também é um aprendizado, você tem muita dificuldade. Você vê: uma criança vai para o colégio e tem muita dificuldade; uns, tem facilidade. Outros, têm dificuldade para aprender e para se aceitar.

Às vezes, o menino não gosta da escola, não gosta do professor; é muitas coisas, então você tem que ajudar a adaptar aquela criança naquele trabalho que ele vai fazer que é o estudo. Porque estudar também é um trabalho e então eu dizia sempre que Doutor Afonso era médico e se ele era espírita eu não ia ser jamais, porque o meu maior defeito era querer que ninguém me acusasse de nada, porque eu não queria ser acusada de nada. (Dona Violeta)

Dona Violeta coloca em pauta a questão da adaptação como importante em educação; e parece inferir da legitimação feita pelo doutor Afonso, que ela poderia vivenciar sua espiritualidade, como a sente, como também suas experiências de natureza mediúnica não seriam nenhum tipo de transtorno psiquiátrico, mas uma faculdade orgânica (KARDEC, 2013).

Em adoecimento mental, evidencia-se um considerável aumento da demanda de uma clientela cujas queixas não constituem propriamente um sofrimento de natureza psicopatológica. Trata-se de um sentimento permanente de insegurança, instabilidade, desintegração social, falta de sentido, incapacidade de lidar com as dificuldades próprias do mal-estar inerentes à vida, como no caso de Dona Violeta. Uma clientela desesperada que procura respostas em Serviços de Saúde Mental, nos “técnicos do sofrimento psíquico”, destinando à técnica um apelo desesperado de resolução para todos os tipos de acontecimentos da vida que não são necessariamente de origem psicopatológica (BENASAYAG, 2004).

Neste momento da narrativa de Dona Violeta, apresenta-se um novo conhecimento, um novo saber, o espiritismo, que como podemos observar, consegue dar sentido à suas questões, pois desde o primeiro momento de sua fala, ela se utiliza dos termos próprios desta doutrina. Ademais, ele põe a mediunidade em um patamar de dignidade que seria importante para Dona Violeta.

(...) Aí eu dia precisei de ir na casa dela [Madrinha], só que eu saí para ir comprar o remédio para ele só com as mãos, porque dinheiro eu não levava. Quando eu cheguei em frente a casa dela, aquilo me prendeu que eu não ia nem para frente nem para trás, como se fosse assim uma cola. Aí eu vejo aquela Senhorinha passando né aí e eu digo:

- Ei, Senhora!

Eu disse para ela:

- Não vou entrar; eu quero que a senhora me dê o remédio do meu filho, porque eu fiz uma promessa para São Francisco e eu cheguei aqui na sua porta e daqui eu não posso sair. A senhora vai ter que me dar o remédio, é preciso...

Como ela era muito espiritualizada, mandou que eu entrasse, conversou um pouco comigo, mandou que eu desse lambedor de eucalipto para o meu filho que ele ia ficar bom. A minha fé não era nela, era em São Francisco.

Então, eu tinha ido lá para adquirir um remédio para o meu filho, então se o remédio era esse, então tinha que ser. Cheguei em casa, dei o lambedor e em questão de meia hora meu filho foi melhorando e ficou bom. Voltei no outro dia para ela aplicar o passe muitas vezes.

Neste momento do relato, observou-se que Dona Violeta introduz a prática do uso do lambedor como remédio para o filho e isso acontece a partir do encontro com uma pessoa da comunidade, que lhe traz um elemento da cultura popular. É como se a mulher que a atendeu se autorizasse para isso. Mas quem autorizou?

As práticas de saúde popular são caracterizadas pelo valor da ancestralidade, mas também estão em constante transformação, encontram-se com diversos conhecimentos contemporâneos e valorizam um saber que tem ficado invisibilizado, na maior parte das vezes.

Os encontros entre pessoas, grupos e culturas, bem como as políticas públicas quando avançam na direção do princípio de comunidade (SANTOS, 2005), vão fortalecendo e acumulando saberes, debates, reivindicações, construindo processos híbridos e dinâmicos de práticas populares de cuidado e cura. “Essas práticas, nascidas no meio de relações entre pessoas com a sociedade, feita por elas e como respostas às suas necessidades, são permanentemente atualizadas. Por serem práticas fecundas e dinâmicas, elas são constantemente (re) inventadas” (OLIVEIRA, 1985, p. 26). Estas práticas são formadas por um conjunto de expressões que se modificam historicamente, mas possuem recursos que é preciso examinar como produção de saber válido.

A pessoa chega aqui e eu não quero rezar de imediato porque a espiritualidade me diz “agora não, converse.” Mas, às vezes, as pessoas ficam não satisfeitas porque eu não rezei. Então, o que eu fiz [aponta para Deus]:

- Senhor, eu conversei. Mas depois eu aplico o passe. O que tiver de ser feito, o Senhor conduz.

Mas aí quando eles querem falar com algum mentor, eu digo que volte no outro dia, porque às vezes a hora não tá propícia para se falar com o mentor; às vezes a gente pode ver espíritos e dizer aquilo que a pessoa não tá capacitada para ouvir. Então tem que preparar aquele espírito daquela pessoa que está encarnada. Os guias trabalhadores preparam a pessoa para poder ela vir falar com aquele mentor e ela ouvir e entender o que eles têm para dizer.

Então, a mediunidade ela é uma coisa muito importante. Principalmente quando essa mediunidade vem com dom de cura, que é determinado por Deus para a gente fazer esse trabalho na Terra. Com as folhas, as raízes, as cascas também...

Elas têm uma grande essência que serve para nos curar tanto tomar medicação como o chá, como você banhar-se naquelas ervas serve para curar. Porque no momento que você tá usando aquela erva, ou aquelas ervas, elas têm a essência divina para lhe curar.

A natureza é a nossa mãe, a mãe natureza; através dela nós somos tudo; apesar de no momento as pessoas só procurar destruir a beleza que tem na mãe natureza.
(Dona Violeta)

Pensando em termos de Experiência Espiritual de Cuidado e Cura, temos que Dona Violeta se refere a vários âmbitos de sua ação, conferindo relevo:

- ao ato de conversar, realizando uma escuta ao Outro que a procura. A escuta sensível, para Barbier (1994, 1998, 2002), além de possuir três tipos diferentes – a científico-clínica, a poético-existencial e a espiritual-filosófica –, realiza-se também através de um eixo de vigilância, sustentado em três tipos de imaginários: o pessoal-pulsional que remete às questões das pulsões, às forças que impelem o indivíduo a buscar a satisfação de seus desejos; o social-institucional que trata das significações imaginárias sociais advindas das importantes transformações que se impõem pelas instituições e organizações; o sacral que chega por forças incontrolláveis, telúricas, ecológicas, cósmicas, pandemias, com a morte, com o não-ser.

O ser humano para se defender das forças da natureza, às quais fica exposto, assume uma dimensão religiosa. A dimensão religiosa é considerada pelo autor como característica determinante da identidade do ser humano. O homem desenvolve o imaginário sacral ao se sentir impotente para controlar as forças imprevisíveis da natureza.

- No “agora não, converse primeiro” do seu guia espiritual ou algum espírito protetor dela, em seu trabalho de cuidado e cura, temos essa importância dada à escuta. Desde aí dona Violeta se coloca a serviço de ajudar e confere ao plano espiritual todo o valor de sua ação (o dom da cura é determinado por Deus), solicitando sua assistência com humildade.

- ao autoconhecimento, feito mediante o estudo do Evangelho segundo o espiritismo;

- ao trabalho mediúnico, pois às vezes a pessoa quer falar com um mentor ou algum espírito protetor que possa lhe orientar em algo; quando não, é feita uma mediúncia que pode atender esse reclamo, mas não somente para a pessoa, pois a mediúncia atende aos espíritos necessitados.

- ao passe, que é uma manipulação da bioenergia, gratuito e misto (se faz com fluidos da pessoa que o aplica e da espiritualidade);

- ao uso de chá e raízes, que são ervas que podem trazer cura de doenças, melhora de estados gerais ou psicofísicos e que deixam a pessoa em condições de reflexão para pensar o sentido desta etapa da vida e da aprendizagem espiritual que deve ser feita naquele momento.

- à utilização de banhos e aromas. O uso de plantas tem um valor pouco estudado nas expressões de religiosidade, cuidado e cura que se faz em educação e saúde. Mas a população tem larga história de utilização desses instrumentais em suas práticas de cuidado e cura.

Há muito tempo os seres humanos buscam alívio para seus males corporais ou espirituais nas plantas, através dos chás, banhos, unguentos, tinturas caseiras ou nas benzeções. No Brasil, é comum a troca de receitas que envolvem plantas na cura de enfermidades. Geralmente tais fórmulas foram elaboradas por pessoas mais idosas que experimentaram, figuras que na ancestralidade desenvolveram saberes, testaram e aprovaram estas receitas. Estas pessoas guardam consigo os segredos da cura através de preparados medicinais, que são tratados por elas como “remédios caseiros” Carneiro (1994), e que detêm um saber social que não se pode contestar.

Campos, Sousa Junior, *et al.*(2015) expõem que muitas plantas também são consideradas alimentícias, isto é, além do valor terapêutico possuem o potencial nutricional, revelando a diversidade no aproveitamento local. Muitas destas práticas são legados dos indígenas que habitaram as regiões do Brasil.

Depois que eu voltei o meu normal, quando eu comecei a frequentar a espiritualidade. Eu tinha doze anos e me levaram por causa desses meus problemas que eu já falei. Fui ali na Princesa Isabel, na Comunhão Espírita e naquela época parece que era irmão Bemvindo.

Eu tinha doze anos, imagina! Era ele, Bemvindo, que tomava conta lá; eu ia para receber passe. Só que como eu era muito ligada no catolicismo, eu nunca levava em consideração como devia a isso, mas estava guardando isso em mim.

Assim, fui em vários centros para receber cura, por causa desse trabalho que eu dava ao povo.

(DONA VIOLETA, 2017).

A constatação de continuar a viver produz certo alívio. No entanto, ao sobreviver apesar do que se considera problemas de saúde, tem-se de dar conta das feridas desse impacto psíquico. A partir de então, o sujeito deverá se ater com o que Freud (1920) conceitualiza de *compulsão à repetição* numa operação em que o psiquismo encontra maneiras de buscar repetir o que foi vivido afetivamente, de certo modo. Mas também o psiquismo tenta ignificações para o irrepresentável que é a morte, no inconsciente. A exposição à cena do

terror da aniquilação lança o sujeito na condição que (LACAN, 1964) chama o encontro com o Real, ou seja, do impossível de ser simbolizado e que insiste em uma re-significação.

Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelos serviços de saúde.

O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida da família. É que é a pessoa que chega a este serviço de cuidado e cura popular, e não o membro ou o pedaço de seu corpo doente. “Aí a pessoa chega e a gente fez isso que você viu. Que eu disse. A gente escuta, conversa; faz o trabalho mediúnico se for preciso; o evangelho, se estuda aqui; dá-se os chás, depois da reza, e até se orienta uns banhos, se for o caso.

E o cuidador cuida dessas famílias em situação de risco, não como prêmio por perceber seus esforços ou a assimilação das orientações da equipe, mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares.

Então, passei lá trinta e seis anos na minha Madrinha, trabalhando a espiritualidade, procurando ensinar o pouco que eu sabia e educando aquelas pessoas que não tinham um entendimento da espiritualidade da forma prática. Mas as pessoas entendiam; então, na minha vida passaram muitas pessoas como ainda hoje passam pessoas que eu amo, que eu nunca esqueci; uns que já desencarnaram ou outros ainda estão na Terra; outros viajaram...

Mas eu estou pedindo a Deus para me dar força, para eu levar em frente o meu trabalho espiritual.

Como eu ia dizendo, então, eu passei a acreditar e fiquei na Madrinha até ter minha casinha, que foi no ano de noventa. Eu sempre trabalhando em prol dos necessitados, tanto como encarnados e desencarnados.

E se digo espiritualidade, é um motivo de elevação a Deus. As pessoas acham que não, mas quem trabalha para o bem caminha para Deus. Devemos trabalhar na espiritualidade com o único interesse de distribuir amor ao irmão e aos necessitados. (DONA VIOLETA, 2017).

No caso de Dona Violeta, os membros de sua família não tiveram coragem para dar suporte a sua vida, por serem pobres e pelo fato de sua mãe haver morrido e seu pai ter ficado com graves limites físicos, logo depois falecendo. E Dona Violeta é acolhida por uma mulher que a deixa dividir a morada, e ainda a orienta no trabalho medianímico. Chama-se Madrinha a esta mestra popular de Dona Violeta. Ouçamos a narração desse processo ensino-aprendizagem

Eu costumo dizer que, na área da espiritualidade, habitualmente predomina uma postura de preconceitos, ou seja, de opiniões preconcebidas e não devidamente refletidas, a favor ou contra. Ou seja, quando se trata de fenômenos espirituais, muitos (desde os cientistas até os religiosos) têm uma opinião para dar, mas habitualmente apenas uma ínfima minoria realmente estudou a fundo o tema e quase ninguém pesquisou diretamente os fenômenos.

E se digo espiritualidade, é um motivo de elevação a Deus. As pessoas acham que não, mas quem trabalha para o bem caminha para Deus. Devemos trabalhar na espiritualidade com o único interesse de distribuir amor ao irmão e aos necessitados. (DONA VIOLETA, 2017).

É lamentável que as pesquisas sobre vivências espirituais, fundamentais para a maioria da população que acorre aos serviços de saúde, sejam tão negligenciadas ou tratadas com tão pouco cuidado científico. Como dizia William James: não há um diálogo entre aqueles que melhor conhecem as experiências religiosas (os religiosos em si) e aqueles outros que são também capacitados para investigá-las (os cientistas) (MOREIRA-ALMEIDA, 2000, p. 194).

Em nossos estudos, estamos a ver que para que não cometa o desperdício da experiência social, seria preciso realizarmos justiça cognitiva, escutando as fontes de saberes populares, em sua capacidade de produzir saúde no território.

Vemos que as rezadeiras populares ampliam suas estratégias de cuidado e cura, trazendo aspectos da espiritualidade que são singulares e apontam paradigmas emergentes para acolhê-los, como é o caso da capacidade medianímica desses sujeitos.

Podemos atentar, também, para a ideia de que por conhecerem o território, supõe-se que auscultam questões que não se tem codificado como saber.

Bem, eu vivi um pouquinho. Antes, aqui não era Padre Andrade [o nome do bairro]. Nesse tempo, vamos dizer que dos sete anos em diante, eu comecei a andar em casas, trabalhava em casas, até que meu pai veio morar aqui; ele morava naquela rua e depois veio morar aqui mais cá. E eu sempre trabalhando, até mesmo quando ele desencarnou.

Depois que ele veio morar aqui eu já tinha vinte e um anos e quando ele desencarnou, depois de várias tentativas de ele ficar bom, aí eu passei um bom tempo em casa. Às vezes, eu ia visitar minhas irmãs, porque meu pai não tinha casa, a casa do meu pai é aí onde é a garagem...

Eu comprei minha casinha aqui em 69 e vivi aqui esse tempo todinho; criei meus filhos com meu marido e foram criados todos aqui. Nunca precisei de muito mais. Eu quero viver mais trezentos anos e multiplicando isso, Deus é muito bom pra mim porque eu morava em uma barraca e hoje eu tenho uma casa.

Graças a Deus hoje eu tenho uma família, tenho seis filhos, tenho noras, tenho genro, netos e eu procuro passar para eles que a espiritualidade é se respeitar a nosso senhor Jesus Cristo, porque o amor constrói quando você ama tudo que você tem e é (DONA VIOLETA, 2017)

Uma experiência de pobreza e de certo modo abandono pessoal e social - embora os vínculos fossem fortes, portanto, a pessoa se organizou afetivamente -, parece ter caracterizado a vida de Dona Violeta. Estamos vendo que há um complexo sociocultural de práticas espirituais e religiosas que não devem ser classificadas dentro dos rótulos habituais, já que guardam suas próprias particularidades. Estamos vendo que não só Dona Violeta ia resolvendo seus problemas com a ajuda explícita da espiritualidade, mas ia auxiliando as outras pessoas de sua comunidade. Façamos uma discussão sobre isso.

Ao falarmos que mediunidade não é doença, isso não significa que o adoecimento mental não possa estar presente. Quando episodicamente o sujeito adocece, a dimensão espiritual está sempre presente e pode sustentar a pessoa, pois ela pode atuar no nível das causas, pondo-se como sujeito de sua história.

A Reforma Psiquiátrica que se fez em nosso país na década de oitenta, implantou um sistema de Rede Psicossocial, que abarca um leque de serviços que se baseiam nos princípios de descentralidade, atendimento integralizado e participação social. A Atenção Psicossocial se firma do seguinte modo:

A Atenção Psicossocial se firma como uma política pública persistente do Ministério da Saúde para o país, a partir das últimas décadas, delimitando um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada, subordinada ideologicamente, mas ainda dominante nas práticas cotidianas. (COSTA-ROSA, 2013, p. 10).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira mostra o valor do apoio psicossocial – que pode ser chamado de *modo psicossocial* – como capaz de sustentar uma perspectiva de cuidado que diminua a exclusividade do tratamento da doença feito em instituições totais. Pois não se exclui o saber da psiquiatria clássica; apenas ele se situa junto aos olhares para a doença mental mais plurais, que passam a ser feitos em liberdade. Como poderia ser a própria atuação com o cuidado junto ao saber popular, e como as Residências Multiprofissionais apontaram (JOCA, 2016; EVANGELISTA, 2016).

Como observa Joca (2016), os autores na área falam em *desejos de manicômio* para mostrar o desejo de controlar, rejeitar, classificar e, até mesmo, oprimir, que caracterizava o cuidado com o adoecimento mental e mostra em seu trabalho com o Teatro do Oprimido como os corpos “duros do sofrimento” ao teatralizar e refletir sobre suas histórias, junto a

outros sujeitos, problematizando questões cristalizadas, se modificam. Na amplificação cênica feita (JOCA, 2016) refletem e falam, escutam e se passam a identificar necessidades de mudar, se pondo como sujeitos de suas mudanças.

Não teria este trajeto psicossocial condições de dialogar com a coprodução de saúde, que se faz no meio popular, e que possui elementos de espiritualidade?

O censo realizado pelo IBGE em 2000 mostrou que 93% da população o brasileira considera-se religiosa (VASCONCELOS, 2011). Além disso, existem outros fatores, como o próprio preconceito dos profissionais de saúde, que ainda percebem o paradigma da espiritualidade como algo separado da ciência e que, portanto, não tem lugar em lógica baseada em “evidências científicas”. Mas de que cientificidade se está falando?

Desta forma, a aceção de humanização direciona as pessoas envolvidas em uma pesquisa nas relações entre profissionais de saúde, equipes, usuários, clientela entre outros, procurando valorizar as relações humanas, proporcionando evidências nas tecnologias relacionais, no que se refere ao acolhimento, comunicação e o cuidado paliativo.

Reparemos. Excluir a espiritualidade da discussão acadêmica pode representar o risco de criarmos um espaço onde a razão não consegue penetrar de forma ampla e incisiva, ampliando as possibilidades de ser habitada por neuroses e preconceitos discriminações e estigmatizações (VASCONCELOS, 2011).

Eu não sei como foi aparecendo gente de todos os lados; como naquele trabalho que a gente fez no Posto de Saúde, e minha casa foi enchendo de gente...

Porque minha casa é um templo.

Eu passei quase três anos fazendo esse trabalho no Posto de Saúde; e eu fiquei tão feliz porque o Dr Pablo, que era médico e o Pedro, que era psicólogo, eles mandavam passar primeiro por mim, para passar remédio caseiro; mas eu não gostava de passar. Hoje em dia aquelas pessoas que passaram por mim hoje são casadas, tiveram filhos, e eu olho assim e elas dizem:

- A Senhora era que rezava no meu filho e estava lá no Posto de Saúde.

E eu digo que era. Porque não vou falar que não lembrava de todas as pessoas que me procuram. Tem criança chorando com dor de cabeça, que está com diarreia, gripada... Então eles me procuram para tudo, porque a reza é um calmante que acalma aquela criança, até os adultos. Porque a criança não tem fé, mas os adultos têm.

Então, quando os pais trazem, vem gente de tanto canto que eu não sei nem de onde é que vem; e geralmente eles vêm depois para agradecer porque o filho está bom.

(DONA VIOLETA, 2017)

Aqui observamos a interação entre o serviço institucionalizado de saúde e a prática de Dona Violeta, onde ela afirma que participava efetivamente do serviço de saúde ofertado

pelo posto. Neste serviço, o médico inclusive fazia encaminhamentos para ela, nos levando a reflexões sobre vivência religiosa e produção de saúde.

Assim, apontava que a saúde no território envolve cultura e sentido para a existência. Na estruturação do sentido e significado de práticas profissionais, o sentido dado pelos sujeitos populares é fundamental na elaboração de saberes sobre cuidado e cura, bem como no trabalho e na orientação ética das condutas que atuam junto ao atendimento cotidiano.

A espiritualidade, também pode-se ver, auxilia os profissionais de saúde a avaliarem impasses pessoais da sua prática profissional, sobretudo quando se distancia da vida popular (VASCONCELOS, 2006, p. 15).

Quando o médico encaminha o usuário e a família, ele reproduz as interpretações de Santana *et.al* (2013) quando afirma que essa administração - que interage entre os profissionais, com a participação de pacientes e familiares, própria da coprodução estabelecida no desempenho em cuidados paliativos -, acontece não só quando se almeja promover a autonomia dos usuários. Acontece também quando comportamentos são feitos mediante escuta e diálogo. Quando no processo de cuidado e cura de um paciente ou de um familiar se acolhe um desabafo, se dialoga ao propor conduta, ou, ainda, se negocia uma decisão.

Tal foi o olhar de Dona Violeta, quando assinalou o encaminhamento ou a pactuação do médico da família, para que ela prestasse atendimento. Ela, dona Violeta, compreendeu como se fosse legitimado seu saber. O que nos leva a propor que estes trabalhos de algum modo possam ser conectados aos serviços, de algum modo, sem que o esforço popular possa sofrer coações desnecessárias.

Dona Violeta se torna uma cuidadora daquela família, que se está a tratar, pelo médico, fazendo parte do projeto singular terapêutico, realizado pela equipe do Posto ou Unidade de Saúde.

Os profissionais ao se tornarem profissionais de saúde da família, em um território cultural específico, falam a respeito da existência de um “tipo ideal” de cuidador ou acompanhante, que é o participativo, tolerante, como é identificado por Menezes (2004), mas também assinalam que existem aqueles profissionais que não entendem o caráter dialógico da co-produção em saúde popular. E ficam irredutíveis para acolher as notificações e estabelecer interações.

Pelo fato de ser um momento de muita agonia e ansiedade, a instauração do trabalho da RMSFC, embora esperançoso, nos trouxe por algumas vezes a incompreensão da família em atendimento pela Unidade de Saúde. É que a procura por atenção ou a cobrança da

população perante a equipe de saúde no território é muito grande e não se tem profissionais para essa larga cobertura. Dona Violeta e os sujeitos que atuam com cuidado e cura no território, por serem espiritualistas, o fazem dentro de uma gratuidade que acaba por preencher este espaço lacunoso dos serviços de saúde. E, ao fazê-lo, nos chama a atenção pelo conjunto de saberes que se constroem ao longo do tempo e transmitidos oralmente.

A pessoa chega e fala um monte de coisa para que você fique calada, faça uma prece para ela ir embora. Não quer ouvir algo diferente do que vinha pensando.

Então eu creio que ser espírita é ser filho de Deus verdadeiro porque quem é filho de Deus não diz nada contra o ser humano.

Geralmente, como eu já vivia na Madrinha, então todo mundo já me conhecia, como o povo já me conhecia; eles sempre iam lá porque sempre rezei.

Porque eu desde a infância gostava de conversar, e a responsabilidade de ser espírita ficou ainda maior depois.

Essa semana, uma moça me ligou me dizendo que estava com dor no pescoço fazia um mês. E ela veio aqui. Quando ela chegou aqui em casa, ela não sentiu mais nada de dor no pescoço, me agradecendo. E eu digo: agradeça a Deus.

(DONA VIOLETA, 2017).

Há uma sequência de conteúdos nas falas, dos quais pode-se inferir: que as pessoas às vezes querem reza sem querer se situar como sujeito capaz de ouvir algo diferente do que vinha pensando; e quando se reza não se deve produzir nada contra o ser humano nem ser conivente com o que está errado. Uma dimensão ética evidente se vê aqui. A *reza* e a função e *rezadeira* é legitimada socialmente pelo meio popular.

Conclui-se que a espiritualidade é experiência que provoca transformação, mas transformação profunda, implicando num movimento dinâmico, interior, que provoca mudança de atitude perante si mesmo e o Outro. Faz-se o si mesmo passar para um novo estado de vida; aquela experiência de cuidado e cura, referência que provoca e traz um novo sentido para a vida. Oferta sentido à aprendizagem experiencial por provocar mudanças cognitivas, afetivas, sociais, chegando a modificar nossa ação no mundo, a ponto do sujeito potencializar uma conduta e prática de vida a partir desta experiência em saúde, entrando em uma nova dinâmica existencial

Em relação à perturbação espiritual, quantas pessoas vieram aqui na casa que não conseguiam nem se sentar em pé andando de um lado pra o outro?!

Não vou longe não. Meu filho, mesmo apesar dele não vir rezar, mas ele passou dez anos fazendo tratamento e o médico disse pra mim:

- Esse aí nunca vai ficar bom; quando ele tiver um surto, ele nunca mais volta.

Mas meu filho ficou bonzinho e ele tem doze anos que ele não toma mais o remédio controlado - e eu não acho meu filho perturbado, eu acho ele normal.

(DONA VIOLETA, 2017).

A importância da relação entre obsessão espiritual e saúde mental tem começado a ser reconhecida por profissionais de saúde. Mas estes frequentemente ainda têm dificuldades para lidar na prática clínica com a obsessão espiritual de seus pacientes. Sabe-se que religiões podem tanto orientar as pessoas de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca por cuidados médicos, quanto podem ajudá-las a integrar-se a uma comunidade e motivá-las para o tratamento (MOREIRA-ALMEIDA, et al, 2006, p. 2).

Ainda, Dona Violeta, passa de uma narração de sua vida pessoal, com o filho que tivera grave adoecimento mental, para uma leitura de seu trabalho de cuidado e cura.

A Sandra sim, passou três meses que não conhecia ninguém; hoje ela tá bem melhor. Mas por que ela está melhor? Por que tanto ela tem problema da espiritualidade como também quando ela tá muito aperreada a primeira coisa que ela pede é pra rezar nela e eu creio que a oração feita de coração é como uma medicação.

Meu trabalho é nas terças feiras: é a cura em um dia de 15 em 15 dias; a gente conversa e tem gente que vem pra conversar. E a partir disso a gente passa a chá os banhos porque as ervas são divinas e as pessoas se curam às vezes de problemas de corporal . Agora mesmo um senhor estava com a perna muito inflamada; ele veio um mês pra rezar e ficou bonzinho. Apesar dele ser do Vale do Amanhecer, um lugar de espiritualidade que ele já frequenta, ele me adotou como mãe porque ele disse que só Deus mesmo pra ter colocado eu no caminho dele. Então o que eu quero dizer é que a cura depende muito do merecer de cada um.

Ainda ressalta,

Dia de sexta feira nós temos leitura do evangelho. Eu vejo às vezes as pessoas chegarem perto de mim, os espíritos. Quando no começo da vida, que eu via essas pessoas todinhas atrás de você, e eu dizia, as pessoas olhavam para mim e saíam correndo com medo de mim; isso foi um tormento na minha vida.

Acho que desde a hora que eu vim pra Terra até quando eu aceitei melhorar eu tive que aceitar, aí pronto, eu passei aí para minha Madrinha evangelho, que é um estudo depois do passe e após o passe a gente faz a desobsessão nos médiuns que estão iniciando. E eu indico, além do médico, as casas espíritas como o Centro Espírita Francisco de Assis que eu vi aquele centro se erguer. Só que eu era muito menina, eu tinha uns 13 anos, então eu sempre adorei São Francisco de Assis por meu pai era devoto dele e eu continuo com aquela mesma devoção; mas eu não cultuo a imagem, mas eu sei que ele é um ser espiritual.

Agora se pode ver a organização do trabalho de cuidado e cura espiritual que Dona Violeta faz: “a gente conversa”; às vezes passa chás e banhos; tem a reza, o evangelho e o encaminhamento para o desenvolvimento mediúnico em casas espíritas, além do médico, como se viu anteriormente.

Para essas mulheres como Dona Violeta, o dom de curar deve ser colocado a serviço da comunidade, que é o lugar onde elas podem pôr em prática o dom recebido, “o dom que se recebe não é para escondê-lo, e nem ficar só com a gente”, assim uma delas me confidenciou.

As vivências e experiências de práticas curandeiras acontecem na comunidade por ser o lugar onde se concentram elementos da cultura, do saber fazer, e por ser esses sujeitos e suas casas, lugar do acolhimento, da fraternidade e das trocas. Nesse atendimento é possível fazer experiência com cuidado e cura como experiência espiritual. E descobri-las como formadoras: “aqui se aprende uns com os outros”, comenta uma delas. Essas aprendizagens das rezadeiras e seu trabalho no ambiente social popular, provoca mudança existencial, pois feita com elementos da vida da pessoa, que se põe refletindo (SENA, 2011, p. 23).

Então, espiritualidade é experiência que provoca transformação, mas transformação profunda, implicando num movimento dinâmico, interior que provoca mudança de atitude, fazendo passar para um novo estado de vida, aquela experiência referência que provoca e traz um novo sentido para a vida que dá sentido a toda e qualquer aprendizagem experiencial por provocar mudanças cognitivas, afetivas, sociais, chegando a modificar nosso comportamento, a ponto do sujeito dinamizar uma conduta e prática de vida a partir dela e por ela, numa nova dinâmica existencial (SENA, 2011, p. 23).

Por outro lado, penso que essa experiência comunitária daria conta dos “territórios da formação” de que fala Josso (2004, p. 172). Que são lugares onde se dá nossa formação de cunho experiencial. As recordações referências são aquelas que constituem um marco na trajetória e servem de parâmetro para o que segue na vida. As experiências formadoras são definidas pela autora como aquelas que implicam “uma articulação conscientemente elaborada entre atividade, sensibilidade, afetividade e ideação” (2004, p. 48).

Continuemos com Dona Violeta:

Todos os dias eu atendo quando precisam de mim. Todos os dias tem gente aqui e eu agradeço a Deus quando chega de tarde por que eu cumpri meu trabalho, apesar da minha missão ser terça e sexta.

Eu me sinto muito feliz por esse trabalho, porque eu não vim aqui pra usar de bens na Terra mas tudo que Deus me dá é bens, tanto material quando espiritual. Porque pra mim não falta nada e eu costumo dizer que nasci no tempo e me criei no vento.

Fui criada por Deus e Nossa Senhora; eles são meus pais; porque eu não pude ser criada pela minha mãe, nem pelo meu pai; porque minha mãe se foi logo para o mundo espiritual e meu pai precisou que eu cuidasse dele.

E isso é a coisa mais importante da minha vida: é ser um filho bom; e eu era assim com meu pai. Tudo que ele me falava eu segui e ele também me seguia em tudo que eu fazia; e eu amo fazer meu trabalho e os meus filhos reclamam que vivo mais pro povo que para eles. Mas eu digo assim: se Deus me fez assim, eu tenho que agradecer.

(DONA VIOLETA)

Dona Violeta volta a mostrar sua organização no trabalho; seu contentamento com ele e retorna à ideia, que ela deixa claro, de ser uma missão que ela tem, este trabalho, insistindo na gratuidade dele e em sua dedicação, a ponto de causar “certa ciúmeira”, pode-se inferir, nos filhos.

Aqui dialogamos com Rios (2009, p. 19), que nos traz a necessidade de humanização no trabalho da saúde:

(...) importantes são as estratégias, metodologias e ferramentas que se destinam ao desenvolvimento do profissional da área da Saúde. Acreditamos que a possibilidade de *promover atendimentos verdadeiramente humanizados* requer, necessariamente, a educação dos profissionais da Saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações institucionais visando ao cuidado e à atenção às situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde. (Grifo nosso.)

Atendimento humanizado, então, pode ser feito pelos sujeitos produtores de saúde no território, em especial os que utilizam, como se está a ver, a espiritualidade como caminho.

Vimos no trabalho desenvolvido por Dona Violeta: um processo de autoformação de cunho experiencial, mas que se utiliza de mestres populares, e da comunidade para lhes autorizar a realizar práticas de cunho marcadamente espirituais em saúde. Mas que pode utilizar chás e banhos, como vimos aqui, dentro do diálogo com o médico e o encaminhamento para atendimentos mediúnicos em casos de necessidade de educação desta faculdade quando muito ostensiva.

Conforme Silva *et.al.* (2008), humanizar é preciso, mas deve ser um movimento pela saúde e qualidade de vida que parta de todas as frentes envolvidas nesse processo, que possui as dimensões da política, ética, da cidadania, e da espiritualidade que devem ser acrescentadas ao trabalho.

As ações do cuidado e cura, o aspecto interprofissional e o diálogo com a sociedade que consome os serviços de saúde, do SUS, dos sistemas gerenciais, dos empregadores, e da coprodução popular em saúde, dentre muitas outras frentes, então, podem ter a espiritualidade

como caminho dialógico. Tais anseios evidenciam que as questões relacionadas à humanização em saúde atingiram grandes dimensões, motivo pelo qual o tema tem sido contemplado nas reformas curriculares que vão sendo implantadas nacionalmente (GARCIA, FERREIRA E FERRONATO, 2012, p. 91)

O conceito de espiritualidade foi desvinculado de religião e espiritualidade foi definida como uma busca pessoal do transcendente, um recurso capaz de atribuir sentido e significado às angústias e dilemas que permeiam a existência humana. “É a forma (não religiosa) de se lidar com as questões mais profundas da subjetividade de cada um. Não importam minhas crenças ou visão de vida, mas se quero propiciar um cuidado adequado a meus pacientes devo estar atento às suas totais necessidades, as quais, muitas vezes, dizem respeito a questões espirituais. O curso Espiritualidade e Saúde atraiu minha atenção para este ponto e foi essencial para minha formação (REGINATO, et al, 2016, p. 12).

Apesar de durante toda a sua história, a saúde estar intensamente ligada à espiritualidade, observa-se, atualmente, uma tendência de integrar ciência e espiritualidade até mesmo nos pronunciamentos da Organização Mundial de Saúde: é que desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão não material ou espiritual de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de ter modificado a primeira proposta de saúde para "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não meramente a ausência de doença" (WHO/MAS/MHP/98.2). (FLECK, 2003).

Espiritualidade pode ser definida como um sistema simbólico que enfoca elementos tangíveis e intangíveis, mas de efeitos práticos, que transmitem vitalidade e significado a eventos da vida, buscando o sentido das experiências; implica ou se define também como propósito maior da existência, valores e compartilhamentos solidários, podendo referir-se a Deus, como Criador e a elementos referentes ao mundo espiritual na relação com o corpóreo (KOENIG, 2002; SILVA, 2004).

Mesmo na modernidade, em que a sua consideração e valorização foram proscritas do debate nos ambientes de pesquisa hegemônicos, do exercício profissional e do ensino na atenção à saúde, a espiritualidade continua importante como saber válido, norteador de pesquisas inovadoras nas ciências e dialogando com as culturas populares na produção da saúde do território. De acordo com Puchalski (1999), Koenig (2001), Pargment (1995), Moreira-Almeida (2012) a espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Neste tocante pudemos compreender a experiência de espiritualidade, cuidado e cura, ativada pelas chamadas tradicionalmente benzedeadas e rezadeiras e que realizam a

coprodução da saúde no território do bairro Jardim Guanabara como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos solidários, mas também por aspectos que transcendem o tangível, levando a perguntar pela conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (SAAD *et al.*, 2001; VOLCAN, 2003).

Observamos também que as experiências espirituais de cuidado e cura são caracterizadas pelo valor da ancestralidade, mas também estão em constante transformação, encontram-se com diversos conhecimentos contemporâneos e valorizam um saber que tem ficado invisibilizado, na maior parte das vezes. Os encontros entre pessoas, grupos e culturas, bem como as políticas públicas quando avançam na direção do princípio de comunidade (SANTOS, 2005), vão fortalecendo e acumulando saberes, debates, reivindicações, construindo processos híbridos e dinâmicos de práticas populares de cuidado e cura. “Essas práticas, nascidas no meio de relações entre pessoas com a sociedade, feita por elas e como respostas às suas necessidades, são permanentemente atualizadas. Por serem práticas fecundas e dinâmicas, elas são constantemente (re) inventadas” (OLIVEIRA, 1985, p. 26). Estas práticas são formadas por um conjunto de expressões que se modificam historicamente, mas possuem recursos que é preciso examinar como produção de saber válido.

Tal amplitude pode mobilizar solidariedades e iniciativas positivadas, como vimos acontecer com as rezadeiras ou benzedadeiras, que atuam com experiências espirituais de cuidado e cura, o diálogo sobre saúde produzida com a população, quando se faz por meio da espiritualidade possui potencial imenso e se efetiva em práticas concretas e ancestrais.

Compreendemos também que as EECC não deixam de acontecer ao mesmo tempo em que sua vida social e familiar se desenrola, uma vez que não existe subjetividade que se organize fora do laço social e, sendo uma dimensão humana, a espiritualidade pode ser mais ou menos exercitada no corpo social. Seu desenvolvimento, inclusive, pode ser aumentado quando realizado mediante afloramento das qualidades do espírito. Segundo o Dalai Lama (2000), a utilização das qualidades do espírito – amor, compaixão, paciência, tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, responsabilidade, harmonia – trazem felicidade tanto para a própria pessoa, quanto para os outros.

Em se referindo a essas experiências concluímos que a técnica da benção colabora, em sua complexidade, utilizando recursos do aconselhamento, da terapia dos chás, da arte e da fenomênica mediúnica, delineando uma experiência que associa a cura física com a saúde psíquica e espiritual.

Ferreira Júnior *et al.* (2015) colocam que existem diversas plantas medicinais conhecidas e utilizadas por comunidades, sendo empregadas em indicações terapêuticas e

usos religiosos. A quantidade de plantas encontradas para tratamento de um mesmo alvo terapêutico sugere que existem diferentes formas de tratamento ou que muitas plantas precisam ser utilizadas em conjunto (como uma mistura de vegetais). No entorno, os rezadores e benzedores também desempenham um papel muito importante nos sistemas locais de saúde. A gama de alvos terapêuticos que necessitam de rezas e orações, em conjunto com o uso de plantas medicinais, é bastante ampla.

As vivências e experiências de práticas curandeiras acontecem na comunidade por ser o lugar onde se concentram elementos da cultura, do saber fazer, e por ser esses sujeitos e suas casas, lugar do acolhimento, da fraternidade e das trocas. Nesse atendimento é possível fazer experiência com cuidado e cura como experiência espiritual. E descobri-las como formadoras: “aqui se aprende uns com os outros”, comenta uma delas. Essas aprendizagens das rezadeiras e seu trabalho no ambiente social popular, provoca mudança existencial, pois feita com elementos da vida da pessoa, que se põe refletindo (SENA, 2011, p. 23).

Dentre os elementos de entendimento das EECC vimos:

- importância dada à escuta. A rezadeira se coloca a serviço de ajudar e confere ao plano espiritual todo o valor de sua ação (o dom da cura é determinado por Deus), solicitando sua assistência com humildade.

- ao autoconhecimento, feito mediante o estudo do Evangelho segundo o espiritismo;

- ao trabalho mediúnico, pois às vezes a pessoa quer falar com um mentor ou algum espírito protetor que possa lhe orientar em algo; quando não, é feita uma mediúncia que pode atender esse reclamo, mas não somente para a pessoa, pois a mediúncia atende aos espíritos necessitados.

- ao passe, que é uma manipulação da bioenergia, gratuito e misto (se faz com fluidos da pessoa que o aplica e da espiritualidade);

- ao uso de chá e raízes, que são ervas que podem trazer cura de doenças, melhora de estados gerais ou psicofísicos e que deixam a pessoa em condições de reflexão para pensar o sentido desta etapa da vida e da aprendizagem espiritual que deve ser feita naquele momento.

- à utilização de banhos e aromas. O uso de plantas tem um valor pouco estudado nas expressões de religiosidade, cuidado e cura que se faz em educação e saúde. Mas a população tem larga história de utilização desses instrumentais em suas práticas de cuidado e cura.

Podemos apreender também a experiência de reconhecimento do território do bairro Jardim Guanabara como espaço de produção da saúde pela população uma vez que o território

passa de quadro estático, em que a vida ocorre, para espaço em que um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e discursos se organizam e reorganizam de maneira específica (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 250).

O processo de espiritualização e autorização para as práticas desenvolvidas pelas rezadeiras, surge a partir de uma experiência religiosa, quando o encantamento com a transcendência repercute na pessoa de uma forma tal que a avaliação que se faz é não ser possível tratar-se de uma realidade contida apenas em si. Refere-se também ao sopro de algo que está além da realidade pessoal, mesmo quando esta é entendida de forma que inclui a elaboração inconsciente profunda.

O eu profundo, que se consegue acessar de forma mais sistemática por meio de práticas de relaxamento, meditação e contemplação, como também, preces e em estados alterados de consciência, é o local de conexão com outra realidade. Nesse sentido, o eu profundo, numa linguagem simbólica, seria o olho que vê algo que está além de si, mas que habita o si mesmo. Nesta perspectiva, essa realidade que se experimenta nestes momentos de conexão é tão fascinante e misteriosa que considera tratar-se de algo divino e se passa a denominá-la de Deus, Olorum, Tao, Javé, Alá, Energia Cósmica e milhares de outros nomes. Nessa perspectiva, o nome Deus está no lugar de realidade última, Criador, de imensurável, de fonte originária, geradora de todo o ser e do universo (VASCONCELOS, 2006, p. 25).

Percebemos que quando o diálogo acontece – entre os serviços de saúde e a produção de saúde feita pelas rezadeiras e benzedadeiras -, alcança-se novas possibilidades de atuação junto às comunidades e se vai modificando a compreensão dos problemas de saúde e de seus sujeitos concretos no lugar. A dificuldade com o diálogo inter-religioso, porém, atravança muito mais este campo de diálogos que a própria postura da biomedicina. Embora os estudos tenham situados como proeminentes os aspectos positivados da espiritualidade, menciona-se os limites no diálogo inter-religioso como problema a ser trabalhado em saúde popular.

Observando a fala das rezadeiras em relação à população, viu-se que esta sempre procurou por outras formas de cuidado e cura e que, tradicionalmente, como até hoje, a busca da espiritualidade como via nesse aspecto é uma constante. E, o que se confirma é que não há oposições entre as várias compreensões da doença, mas o que acontece é que se chama dimensões que costumam ser sonegadas, como a espiritual, em trabalhos com saúde.

No tocante à promoção da saúde por meio da espiritualidade é essencial abordar a importância da autonomia, quando se perfilha cada indivíduo como um cidadão de direitos

que deve ser considerado em sua singularidade e ouvido quanto às suas precisões em saúde. Para melhor compreender esse conceito, é notável, primeiramente, repudiar a concepção filosófica meditativa de um indivíduo retraído sobre si mesmo, consagrado a resguardar suas próprias ideias, na utopia de que elas são frutos de um trabalho subjetivo, independente de afirmação de conteúdos internos, livres de qualquer intercessão do meio.

A autonomia é, ao adverso, um estado que se edifica na relação com o outro, ou seja, socialmente, o conceito que cada um de nós se compõe como sujeito (CASTORIADIS, 1991).

Quando raciocinamos sobre autonomia, não estamos fazendo referência a um processo de opções excepcionalmente individuais, a um exercício de ambição puro e simples, uma vez que todo momento estamos mergulhados numa rede de relações que permitem e evitam, libertam e violentam as nossas escolhas e decisões (CAMPOS et al., 2004a). Escolhas essas observadas quando a população escolhe a forma de cuidado da sua própria saúde.

Observamos também que a utilização de aspectos distintos da espiritualidade e da religião que, na prática da reza se misturam, comparece dando suporte, orientando terapêuticas e determinando desfechos positivados, quando o sujeito procura o nível causal ou espiritual da doença. Em diversas doenças, sobretudo as da infância, as rezas comprovadamente têm se constituído um lugar para onde se vê a procura permanente de usuários dos serviços, não raro a mando dos próprios médicos, quando acontece de haver um trabalho interprofissional na unidade de saúde do bairro, como o que caracterizou o da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, formação emblemática na história da saúde coletiva.

Avança-se na questão, pois, quando se constata que a influência da religião, como acervo espiritual de saber, como também da espiritualidade, que seria o recorte que cada sujeito faz, de cunho experiencial, destes acervos para mover sua transcendência, vimos ter demonstrado potencial impacto sobre a saúde biopsíquica social e espiritual, definindo-se como possível fator de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde.

As evidências dessa articulação espiritualidade/religião e saúde têm-se direcionado de forma robusta e consistente para o cenário dos trabalhos com saúde das populações, mas há discricção quanto á publicização dos avanços destes estudos.

Trabalho voluntários e independentes, são representativos dessa abordagem popular que escolhe a espiritualidade como caminho. E se sabe que estas procuras são representativas da forma como a população concebe – holisticamente, como vimos - o sujeito da saúde e suas práticas de cuidado e cura.

Em nossos estudos acrescenta-se, então, que os sujeitos que procuram a espiritualidade assim o fazem como sujeitos de uma escolha e isso os leva à saída de um papel de objeto da doença, quando então ela passa a vê-la sob seu domínio, questão relevante sobre o conceito de autonomia que insinua reconhecer que os costumes como sujeitos e coletividades nomeiam especificadas alternativas de viver e criam probabilidades para agradar às suas precisões e aos seus negócios abarcam forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais viventes em um território. E, respectivamente, obriga afiançar que cada pessoa na relação com o mundo não é (e não deve ser) passivo, ou seja, todos nós reorganizamos firmemente os recursos, conhecimentos e instrumentos disponíveis, modificando a nós mesmos, as nossas pertinências e ao território em que vivemos (CAMPOS et al., 2004).

Aspectos que são referentes ao acolhimento e à humanização do contato entre usuários e rezadeiras ou benzedadeiras, como são chamados no território esses sujeitos, foram marcados – é certo que atender ao doente “qualquer hora” e ter disponibilidade para uma “conversa fraterna”, não cobrar pela ajuda e remeter o doente à filiação divina, são fatores emblemáticos de um saber sobre adoecimento e cura inegável em sua verdade e valor.

Concluiu-se, também, que a prática do diálogo, da vivência interativa entre as rezadeiras e o usuário, bem como um conhecimento individualizado de cada pessoa que procura a reza, ao lado de pequenas ações dessa natureza, valorizam o processo de relações interpessoais que contribuem sobremaneira para a melhoria dos resultados em saúde promovendo a autonomia fazendo menção, pois, à nossa disposição em lidar com nossas redes de relações e sujeições no mundo (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006). A promoção da saúde baseia-se na ideia de extensão do controle dos sujeitos sobre suas vidas e sua saúde. Um controle que se dá mediante a informação ativa e os métodos de empoderamento das pessoas dessa comunidade.

É percebido que quem reza, como também cada indivíduo que procura a reza, vai interpretar o *processo de cuidado e cura espiritual*, com Linhares (20014), como multidimensional; o que significa que este processo eclode codificado de acordo com valores, princípios, interesses e procuras do sujeito. Mesmo assim, há a parte física, e daí se utiliza as mezinhas, os chás, banhos e todo o conjunto de formas de usos corporais no restabelecimento das funções orgânicas, sem perder de vista o aspecto psíquicossocial e espiritual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre o que vimos delineando até aqui, nos ateremos, agora, a um esforço de síntese que possibilite demonstrarmos os conteúdos expostos como a espiritualidade se propondo à um caminho para promoção de saúde no território Jardim Guanabara.

Foi bastante enriquecedor compreender a experiência da espiritualidade, cuidado e cura, ativada pelas chamadas tradicionalmente benzedeiras e rezadeiras e que realizam a coprodução da saúde no território do bairro Jardim Guanabara.

Desde o processo de territorialização e através deste o de inserção comunitária, pude perceber na fala das pessoas que compõem essa comunidade tão rica de virtudes e necessitada de amparo material que as rezadeiras, estas mulheres que trabalham com a espiritualidade, promovem a saúde no seu verdadeiro aspecto, levando em conta um cuidado que lança um olhar desde a doença do corpo quanto as dores da alma.

Nesse sentido, desocultar essa ordem de saberes, lidar com uma compreensão multidimensional dos sujeitos humanos e reconhecer a causa múltipla das doenças e agravos deve são linhas de ação que devem ser efetivadas como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família exercitou fazê-lo, ao dialogar sobre a concepção, organização e implementação do cuidado da saúde no Jardim Guanabara

Neste ato de cuidar, percebi que a longitunidade do cuidado, tão fortemente discutido na saúde coletiva é realmente realizado por estas mulheres que me permito chamar de guerreiras, pois, mesmo enfrentando todas as dificuldades impostas por uma sociedade voltada para o capitalismo exarcebado, vivendo muitas vezes em situações de miséria e abandono social, se prestam a cuidar das crianças até dos idosos, não tendo dia nem hora para este tipo de atenção, carinho e cuidado.

Se isso não é promoção da saúde, o que será? Pergunto-me. Você ter um cuidador cuida do seu corpo adoecido, conversa sobre sua vida, pede que retorne para acompanhar o processo da dor, que vai para além do corpo físico, mas também das suas emoções abaladas pelo convívio social, pela convivência com parentes conflituosos, pelas perdas, separações que causam tristeza e desânimo, parece-me um exemplo de cuidado em saúde.

O intuito e desígnio de acolher e humanizar, cuidar a atender em todos os aspectos, mais objetivamente no caso da saúde, envolve aceitar e reconhecer que nessa área da saúde popular e nas suas práticas com espiritualidade, em particular, há acervos de generosidade e saber que são comumente invisibilizados.

Os resultados de nosso estudo mostraram que, num contexto onde a educação popular e os saberes populares atuam de forma central, essa oposição entre saber e prática, se está presente, é de forma tênue, parecendo, na verdade, que há uma tendência para que ambas as dimensões estejam fortemente vinculadas, contribuindo para que os conflitos entre os conteúdos da arte de curar e da ciência sejam minimizados.

Fortalecer estas práticas e fomentar a legitimidade destas mulheres cuidadoras e promotoras da saúde é um desafio, mas como o povo é quem as legitima, percebo que instituição nenhuma conseguirá destruir estas práticas que cuidam das pessoas desde os primórdios da civilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERKNECHT, E. H. **Anticontagionism between 1821 and 1867**. Bulletin of the History of Medicine, 22, p. 562, 1948.

ALMEIDA, C. **Saúde e equidade nas reformas contemporâneas**. Saúde em debate, São Paulo, n. 24, v. 54, p. 06-21, 2000.

ALVES, P.C.B; RABELO, M.C. **O jarê** - religião e terapia no candomblé de caboclo. V ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. 27 a 29 de maio de 2009.

ALVES, R. R. N.; SILVA, C. C. & ALVES, H. N. Aspectos socioeconômicos do comercio de plantas e animais medicinais em áreas metropolitanas do Norte e Nordeste do Brasil. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**. 2008.

ALVIM, Mônica Botelho. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na gestalt-terapia. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 122-130, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 ago. 2017.

ANDERÁOS, M. **A reorganização profissional em Educação Física no Brasil**: aspectos históricos significativos. 2005. 184f. Tese (Doutorado em Educação Física)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. D. E. **A Promoção da Saúde e o movimento de Cidades/Municípios Saudáveis**: proposta de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro Abrasco e Ed. Fiocruz, p. 151-198, 2002.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, M.O. **A Religiosidade Brasileira**: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético. CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, n. 14, Setembro/2009 Página 117. In: www.cchla.ufpb.br/caos. Acesso em 10.11.2011.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo; Rio de Janeiro: UNESP; Fiocruz, 2003.

ASHTON, J. (Ed.). **Ciudades sanas**. Espanha: Masson S. A., 1993.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARBIER, René. **A escuta sensível na abordagem transversal**. In: BARBOSA, Joaquim (Coord.). Multirreferencialidade nas ciências e na educação. São Carlos: Editora da UFSCar, 1998.

BOFF, Leonardo. **Espírito e saúde**. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001a.

_____. **Ética da vida: a nova centralidade**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Participasus**: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 372 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde), 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 48 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. Disponível em: <><http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>>. Acesso em: jan. 2016.

BRAS, Marlene Braz; CRESPO, Rosale Istoe. **Aspectos psicanalíticos da não-ressuscitação em medicina paliativa**. 2007. Disponível em: www.inca.gov.br/rbc/n_53/v02/pdf/secao_especial6.pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, abr. 2007.

_____. **Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde**. In: Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-38, 2003.

_____. *et.al.* **Promoción de lasalud y lasalud pública** – Una contribución para el debate entre lasescuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Brasil, Rio de Janeiro: ENSP/FioCruz, jul. 2000.

CALLIGARIS, C. **A moral e o abuso sexual infantil**. Pulsional Revista de Psicanálise, 127, 80-81.1999.

CAMPOS, Gastão W. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)**: um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.

_____. Barros, Regina B. de; CASTRO, Adriana M. de. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004a.

_____. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.55-77.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. **Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

_____. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Tese. Campinas: UNICAMP, 2002.

CASCUDO, Luís da Câmara. **Religião no povo**. João Pessoa: Imprensa Universitária da Paraíba, 1974.

CASTORIADIS, C. 1991. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 418 p.

CASTRO, A. M. **A Equipe como dispositivo de produção de saúde**. O caso no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI/UERJ). Dissertação. 2003. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2003.

CAVALCANTE, S.G. **Entre a ciência e a reza: Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-Ce**. Rio de Janeiro. 2006. 88 p. Dissertação (Mestrado Ciências Sociais). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp.161-168. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

CNDSS. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final. 2008.

CONCEIÇÃO, Alaíze dos Santos. **Ser rezadeira: Saberes e práticas culturais de mulheres no Recôncavo**. Gov. Mangabeira – Recôncavo Sul da Bahia (1950-1970). Universidade Federal da Bahia – UFBA. (Trabalho apresentado no X Encontro Nacional de História Oral/Testemunhos – História e Política. Abril, 2010).

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 39-53, 2003.

_____. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity**. Health Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DALGALARRONDO, P. **Religious issues in psychiatry**. American Journal of Psychiatry 1991.

DANTAS, Vera Lúcia de Azevedo. **Dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE. 2009**. 323f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza-CE, 2009.

DUHL, L. **The healthy city: its function and its future**. Health Promotion, Toronto, n. 1, p. 55-60, 1986.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003**. (Introdução, Cap. I do Livro I e Conclusão).

OLIVEIRA, E.S. **A construção da experiência espiritual e sua problematização como lugar de superação dos limites do paradigma biomédico: uma contribuição para a reflexão sobre espiritualidade na educação médica. 2008**. 300f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza-CE, 2008.

ELIAS, Ana Catarina Tavares de Araújo. **Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para resignificar a dor espiritual de pacientes terminais**. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

FERNANDEZ, J.C.A. **Autonomia e promoção da saúde**. In: PELICIONI M.C.F.; MIALHE, F.L. (Ed.). *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012, p. 499-512.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida**. In: FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. (Org.). *Promoção da Saúde e gestão local*. São Paulo: HUCITEC; CEPEDOC Cidades Saudáveis, 2007.

FLECK MP de A, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G *et al*. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. *RevBras Psiquiatr*1999;21:19-28

FRAGA, A. B. et al. (Org). **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, 144 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 42.^a edição.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido** / Paulo Freire. – Notas: Ana Maria Araújo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 1.

JAMES, W. **A vontade de crer** (1897) (tradução por Cecília Camargo Bartalotti) Loyola, 2001

GARCIA, Maria A. A.; FERREIRA, Fernanda P.; FERRONATO; Fernanda A. **Experiências de humanização por humanização de medicina**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 87-106, 2012.

GIGLIO, J.S.; Giglio, Z.G. - **Contos maravilhosos Expressão do desenvolvimento humano**. Unicamp, Campinas, 1991.

GUIMARÃES, Hélio Penna and AVEZUM, Álvaro. **O impacto da espiritualidade na saúde física**. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp.88-94. ISSN 1806-938X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

HESS, P.M.J. **Os dois livros de Deus: a revelação especial e a ciência natural no Ocidente cristão**. In: BENNETT G.; PETERS T. (Org.). *Construindo pontes entre ciência e religião*. São Paulo: Loyola; Ed. UNESP, 2003. p.163-184.

HILL, P. C., & Pargament, K.I (2003). **Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality**. *American Psychologist*, 58(1), 64–74.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G.. **Problematizando o conceito de empoderamento**. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, UFSC, Florianópolis, Brasil. Abril de 2007. p. 485 – 506.

JACINTO, Francisco Carlos Barbosa. **Lembranças de curas: rezadores, mezinheiros e parteiras do sertão central**. Ceará, O público e o privado, Universidade Estadual do Ceará, 2003.

KOGA, D. **Medidas de cidades – entre territórios de vida e territórios vividos**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

KOENIG, H. - **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. University Press, Oxford, 2001.

_____. **Religion and Medicine III: developing a theoretical model**. *Int J Psychiatry Med* 31(2):199-216, 2001b.

LARSON DB. (ed.). **Scientific research on spirituality and health: a consensus report**. A report based on the scientific progress in spirituality conferences. National Institute for Healthcare Research, 1997.

LEÃO F.C. **Spiritual practices in an institution for mental disabilities**. *RevPsiq Clín.* 2005.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

LINHARES, A.M.B. **Itinerários para uma reflexão sobre saúde no contexto da educação popular.** Fortaleza, 2007. 14p. Mimeo.

_____. **Para uma nova compreensão de sujeito nas práticas educativas:** situando elementos do Paradigma do Espírito. Fortaleza-CE: Editora UFC, 2006.

_____. **Espiritualidade e Religião na reflexão da Educação em Saúde:** Águas Novas. P.201-213. In: Cultura de Paz, Ética e Espiritualidade IV. Org. MATOS, K.S.A.L. de. Fortaleza-CE: Editora UFC, 2014.

MAUS, Marcel. **As técnicas corporais.** In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia.** São Paulo: Edusp, 1974. p. 209-233. (Volume II).

MCKEOWN, T. **The Role Of Medicine. Dream, Mirage Or Nemesis?** Oxford: BasilBlackell. 1979.

MELO, Rosane Maria Pereira. **A educação na perspectiva espírita no lar Antônio de Pádua: estudo sobre a experiência de adoção.** 2013. 272f. – Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza (CE), 2013.

MENDES, R. **Municípios e Comunidades Saudáveis no Brasil.** Relatório Técnico OPAS Brasil, ago. 2008.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: MENDES, R. FERNANDEZ, J. C. A. (Org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild/CEPEDOC, 2007. p. 85-110.

MOYSÉS, S. J. et al. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde:** a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 627-641, 2004.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MONTENEGRO, José Josberto Sousa. **Cultura e saberes populares em comunidades rurais do vale do Jaguaribe, Ceará.** São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem - A magia na umbanda.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____, Paula. **Magia e pensamento mágico.** 2º ed. São Paulo: Ática, 1990.p. 64

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. **Metodologia de pesquisa para estudos em espiritualidade e saúde.** Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação., Santos, Franklin Santana (org)., v. 2, n. 1, p.182-196, fev. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A., Lotufo-Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). **Religiosidade e saúde mental: uma revisão.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.

NEGRO, P.J.; PALLADINO-NEGRO, P.; Louza, M.R. - **Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation?** *Journal of Trauma & Dissociation* 3(1):51-73, 2002.

NEGRO, P. J. (1999). **A natureza da dissociação:** Um estudo sobre experiências dissociativas associadas a práticas religiosas. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade São Paulo.

NETTO, G. F. **Conexões da saúde com a agenda da sustentabilidade Saúde em Debate.** Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio +20, Rio de Janeiro, v. 36, número especial, p. 20-22, jun. 2012.

NUNES, E.D., **Saúde Coletiva:** história e paradigmas. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-116. 1998.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. **Co-produção de Projetos Coletivos e Diferentes “Olhares” sobre o Território.** In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 247-272.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde.** Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Documento para discussão. Rio de Janeiro, out. 2011.

ORTEGA, F. **O corpo incerto:** corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008

OSER, F. & GMÜNDER, P. (1991). **Religious Judgment:** A Developmental Perspective. Alabama: Religious Education Press.

OTTO, Rudolf. **O sagrado:** aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional. Tradução de Walter O. Schlupp. São Leopoldo: Sinodal, EST; Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil.* Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 14. Fev. 2016.

PARGAMENT, Kenneth I. **The psychology of religion and coping.** New York: The Guilford Press. 1997.

PARGAMENT, Kenneth I.; PARK, Crystal L. **Merely a defense?** The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues*, Malden, v.51, n.2, p.13-32. 1995.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. **Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia.** *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl. 1, p. 136-145, 2007.

PETERS, T.; BENNETT, G. (Org.). **Construindo pontes entre ciência e religião.** São Paulo: Loyola; Ed. UNESP, 2003.

PESSOA JR., O. **Definição de propriedades ‘superempíricas’ como relações entre fatias do universo.** in SILVA, C.C. & SALVATICO, L. (orgs.), *Filosofia e história da ciência no Cone Sul: seleção de trabalhos do 7º Encontro da AFHIC*, Entrementes, Porto Alegre, 2012.

PILON, A. F. **Qualidade de vida e formas de relacionamento homem – mundo.** *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, n. 2, v. 3/4, p. 117-125, 1992.

PNUD. “**PNUD Lança o Índice de Desenvolvimento Humano 2010**” [online]. 2010 [acesso em 28-03-2011]. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/media/PR3-HDR10-HD1-tpdf.>>Acesso em: 10.Mar.2016.

POWELL, L.H.; Shahabi, L.; Thoresen, C.E. - **Religion and spirituality.** *Linkage to Physical Health. American Psychologist* 58(1):36-52, 2003.

PORTELLI, A. (1997) O que faz a história oral diferente. In: *Cultura e Representação*. São Paulo: Projeto História, no. 14. Educ.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. **Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y Caribe.** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000. (mimeo) (originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).

PUCHALSKI, C. - **Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care.** Assoc of Am Med Colleg, Contemporary issues in medicine, communication in medicine, medical school objectives project, pp. 25-26, 1999.

PUSKA P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. **The North Karelia Project: 20 years results and experiences.** Helsinki University Printing House; 1995.

REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De and GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. **Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem.** *Trab. educ. saúde* [online]. 2016, vol.14, n.1, pp.237-255. ISSN 1678-1007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>>. Acesso em: 17.Mai.2017.

RELATÓRIO Técnico **OPAS** Brasil, ago. 2008.

RESTREPO, H. E.; MALAGA, H. (Org.). **Promoción de la salud: como construir vida saludable.** Bogotá: Ed. Medica Internacional, 2001.

ROSEN, G. **Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SAAD, Marcelo; MEDEIROS, Roberta de. **Espiritualidade e saúde.** São Paulo: Einstein, 2008.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. **Espiritualidade baseada em evidências.** *Acta Fisiátrica* 8(3): p. 107-112, 2001.

SAUNDERS, C. – **Hospice and palliative care. An interdisciplinary approach.** London. Edward Arnold, 1991.

SANTOS, M. **Território e sociedade**: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. "**O futuro do Fórum Social Mundial: o trabalho da tradução**", Revista del Observatorio Social de América Latina, 15, 77-90.2004

SANTOS, Boaventura de S.. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes**. In: SANTOS, Boaventura de S.; MENESES, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 23-71.

SANTOS, Denílson Lessa dos. **Nas encruzilhadas da cura: crenças, saberes e diferentes práticas curativas**. Santo Antônio de Jesus, Recôncavo Sul - Bahia (1940- 1980). Dissertação de Mestrado. Bahia. UFBA, 2005.

SILVA. R. R. **Espiritualidade e religião no trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional**. *Psicol. cienc. prof.* v.28 n.4 Brasília dez. 2008

SOIHET, Rachel. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: DEL PRIORI, Mary (org) **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Geneva: World Health Organization, 2010.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Inf. Epidemiol. SUS*, 7:7-28, 1998.

TERRIS, M. **Concepts of Health Promotion**: dualities in Public Health theory. In: Health Promotion: an anthology. Washington: PAHO, 1996.

TORRES, C. H. **Ensino de Epidemiologia na Escola Médica**: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

TOURAINÉ, Alain. **Um Novo Paradigma: para compreender o mundo de hoje**. Petrópolis: Vozes, 2006.

UNRUH, A. M., Versnel, J., & Kerr, N. (2002). **Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution**. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 5-19.

VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização**. *Cadernos de Saúde Pública* 15:7-14. 1999.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de

apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

VELHO, G.(1978) Observando o Familiar. In: NUNES, E.O. (org.) A Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar.

VOLCAN, S.M.A. **Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders**: a cross-sectional study. *Rev. Saúde Pública* 37(4):440-445, 2003.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e as políticas municipais de saúde**. Tese de livre docência apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

_____. **Globalization, Multiculturalism and health**: a view from a developing country. Conferência realizada no Salzburg Seminar, Áustria, 2005.

_____. **Promoção da Saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, G. W. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Ed. Fiocruz, p. 635-667, 2006.

_____. **Promoção da Saúde e qualidade de vida**. In: FERNANDEZ, J. C. A. E.; MENDES, R. Promoção da Saúde e gestão local. SÃO PAULO: Hucitec; CEPEDOC Cidadessaudáveis, 2007.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WHO.Regional Office for Europe, 1990 (discussion paper EUR/ICP/RPD 414).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)** - report on WHO Consultation. Geneva; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23)

XAVIER, Chico. (Espírito André Luiz). **Nos domínios da mediunidade**. Rio de janeiro: FEB, 2010.