



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA**

**KELMA LUZIA NUNES OTAVIANO**

*Kelma T'ÿemonjá*



**ORÍ INÚ: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ANCESTRAIS AFRO-BRASILEIRAS  
NA SAÚDE MENTAL**

**FORTALEZA**

2013  
KELMA LUZIA NUNES OTAVIANO

ORÍ INÚ: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ANCESTRAIS  
AFRO-BRASILEIRAS NA SAÚDE MENTAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Educação. Área de concentração: Sócio-poética, cultura e relações étnico-raciais.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Antunes Cunha Júnior

FORTALEZA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

- 
- O96o      Otaviano, Kelma Luzia Nunes.  
            Orí inú: conhecimentos e práticas ancestrais afro-brasileiras na saúde menta / Kelma Luzia Nunes Otaviano – 2013.  
            95 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza, 2013.  
            Área de Concentração: Sóciopoética, cultura e relações étnico-raciais.  
            Orientação: Prof. Dr. Henrique Antunes Cunha Júnior.
1. Saúde mental – Fortaleza(CE). 2. Espiritualidade – Fortaleza(CE). 3. Brasil – Civilização – Influências africanas. 4. Cultura afro-brasileira. 5. Centros de atenção psicossocial. I. Título.

CDD 362.22098131

---

KELMA LUZIA NUNES OTAVIANO

ORÍ INÚ: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ANCESTRAIS  
AFRO-BRASILEIRAS NA SAÚDE MENTAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Educação. Área de concentração: Sócio-poética, cultura e relações étnico-raciais.

Aprovada em: 13 / 06 / 2013.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Henrique Antunes Cunha Júnior (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof(a) Dra. Vanda Machado  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

---

Prof(a) Dra. Sandra Haydée Petitt  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha avó materna (*in memória*) que nos deixou como herança de família as Religiões de Matriz Africana.

À minha Mãe Simone T'Ogum ou Mãe Simone da Vovó Inês. Mulher forte, feita de amor e guerras, que me ensinou a não desistir nunca, mesmo diante das adversidades, ela afirma sempre: ***“quem andar com fé não ficar no meio do caminho não. Confia!”*** *Eu te amo mamãe.*

À Mariana T'Oxaguiã, minha filha, linda, inquieta e feliz, companheira de vida, de alegrias e desafios, que me ensina a desestruturar tudo, para estruturar (me) novamente. Te amo!!!

## AGRADECIMENTOS

À *Olódùmáré*, Deus do meu povo iorubá. Meu Deus e minha força, um ser tão democrático que só intervem quando o chamamos. *Adupé Olódùmáré!*

As minhas *Àyábás: Ìyemónjá (Érù Ìyá!)* e *Òyá (Èpárrèi!)*. Meu destino é conduzido pelas águas que balançam ao sopro dos ventos.

Aos meus babás: *Ògum (o guerreiro)* e *Òsóssi (o caçador)*. *Ògum* que me protege, que guerreia quando encontro-me nas adversidades da vida e *Òsóssi* o meu provedor, o que não deixa faltar o meu sustento, meu alimento, minha fartura na mesa.

Aos caboclos, guias e mestres da Umbanda, em especial a Cabocla Jurema, Caboclo Arranca Tôco, Esú Bombozila Rainha, Esú Rei Tranca Rua e o mestre/doutor Zé Pilintra das Almas, meus respeitos, minha maior admiração, confiança, amor e fé. O que seria de mim sem o incondicional apoio e proteção de vocês ?

Ao meu Pai biológico Francisco Otaviano Sobrinho que me ensinou lições de vida em ensaios de alegria e humor, não deixando nunca de acreditar na vida e em mim. Te amo meu Papai querido, atrapalhado e lindo!

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhados, familiares que, mesmo sem entender muito a dinâmica de minhas caminhadas pela vida, das trocas de estradas, sempre são disponíveis ao acolhimento e ao amor para comigo.

Ao José Ferreira da Silva (meu querido Bruninho), o cambone de Vô Inês, pelos muitos gestos de carinho, cachimbo cheio e café fresquinho nas madrugadas de escrita desse trabalho.

Ao meu Babálòrísá Sílvio T'Ìyemónjá e toda a minha família de santo do *Asé Alaketú Òmin Ìyá Ògún* pela convivência, pelos conhecimentos, pelas discórdias, pelos conflitos, pela alegria e pelo amor que nos faz uma família unida pela ancestralidade africana.

Ao meu professor orientador Henrique Antunes Cunha Júnior: uma vida de determinação e amor ao nosso povo negro. Obrigada por acreditar em mim e por fazer-me perceber que as mudanças, não tem hora para acabar, para iniciar e reiniciar. Meus respeitos sinceros.

Aos Servidores do Centro de Atenção Psicossocial – Caps Iracema, de onde orgulhosamente sou servidora, especialmente Nacile Daúd, Vanusa Tomé, Jaqueline Diógenes e Reinaldo Afonso, pela compreensão, pelos conselhos, pela indescritível parceria para que eu pudesse dedicar-me aos estudos. À vocês, dedico meus agradecimentos em forma de um provérbio africano: “*A chuva pode bater no leopardo, mas jamais tirará suas manchas*”.

Podemos passar por muitas situações, muitas gestões na prefeitura, mas nada tira a nossa identidade edificada na luta e na utopia de uma sociedade sem manicômios.

À minha Erè “*ondinha do mar*” que me aparece assim, do nada, no final da dissertação, com sua infinita alegria e axé, cobrando-me: dãmãe e eu? Prontamente atendida. Aqui faço minha homenagem à Erè de Ìyemonjá.

*Orí ení kini sàka ení  
Cabeça que está purificada na esteira*

*Orí ení kini sàka yan  
Cabeça que está purificada na esteira  
caminha soberbamente*

*Orí olóore ori jè o  
A cabeça do vencedor vencerá*

*A saka yìn ki ya n'to lo ko  
A cabeça limpa que louvamos  
mãe permita que façam uso dela*

*A saka yìn ki ègbón mi gbè  
A cabeça limpa que louvamos meu mais velho  
conduzirá*

*Ìta nù mo bo orí o.  
Ar livre e limpo oferecendo a cabeça.*

*Asé ó!*



## RESUMO

Este trabalho tem como temática central os conhecimentos e práticas ancestrais africanas desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial – Caps Iracema da cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará, no Brasil. A pesquisa objetivou compreender as significações produzidas pelos usuários da saúde mental que realizam tratamento complementar com plantas e ervas, chás e benzeduras, escuta e acolhimento com as terapeutas de tradição religiosa de matriz africana, as mães de santo. Para o estudo investigativo, utilizamos a metodologia de pesquisa com entrevistas individuais e observação participante, onde optamos em conhecer e ouvir a história de pacientes estabilizados (sem o contexto da crise) e pacientes em vivências sintomatológicas evidentes de crise, totalizando o número de 4 usuárias. Também foram ouvidas as terapeutas de matriz africana, que são as mães de santo e os profissionais do Caps responsáveis pelo acompanhamento do plano terapêutico dos usuários. A observação participante possibilitou o acompanhamento dos usuários durante as sessões terapêuticas numa convivência semanal. Os dados coletados demonstraram que no campo da saúde mental, o referencial bio-médico posta-se ainda com hegemonia, sendo considerado por familiares e usuários, como tratamento imprescindível. Apesar de existir desde 2006 a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no Ministério da Saúde, constatou-se que o Caps Iracema implementou-a em 2011 e, por parte dos usuários, somente após a participação na primeira sessão de terapia de base ancestral africana com ervas e plantas, é que a resistência começa a diminuir e há uma posterior aceitação geradora de confiança e afinidade com a forma de acolhimento e cuidado dessa terapêutica. A análise dos dados coletados nos permitiu concluir que: os usuários das terapias de base ancestral africana entrevistados revelam diminuição dos sintomas de ansiedade, tristeza, angústia, desejo de morte, alucinação e delírios, conjuntamente com uma disposição de re-aprender a lidar com “seus fantasmas e sofrimentos”, descaracterizando o estigma de loucos e doentes mentais. Concluímos também que a inserção de outros referenciais de acolhimento, cuidado e tratamento em saúde são fundamentais para o fortalecimento dos direitos humanos e de cidadania dos usuários de saúde mental e potencializam compreender o processo saúde-doença para além da dimensão bio-médica ou psicoterapêutica.

**Palavras-Chaves:** Saúde Mental. Terapias Complementares. Religiões de Matriz Africana.

## ABSTRACT

The central theme of this work is the knowledge and African ancestry practices developed at Centro de Atenção Psicossocial – Caps Iracema (Center of Psychosocial Attention – Caps) in the city of Fortaleza, Ceara State, Brazil. The research's objective is to comprehend the significations produced by the patients of mental health who attended complementary treatment based on plants, herbs, teas and sacred procedures as well as being treated by the African-based religious tradition of the “mães de santo” (mother of saints) who are religious leaders. The research methodology utilized for this investigative study is based on individual interviews and participative observations in order to get acknowledge and listen to the stories told by stabilized patients (with no symptoms of crisis) and also those who present evident symptoms of mental crisis, totalizing a universe of 6 patients. African-based therapists, the “mother of saints”, as well as professional therapists of Caps responsible for accompanying the patient's therapy plan were also heard. The participative observations permitted the patient's accompaniment during the therapy sessions in a weekly gathering. The collected data shows that in the mental health field the biomedical referential still plays a hegemonic role being considered an irreplaceable treatment by patients and their family. Despite the existence of the “Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no Ministério da Saúde” (Ministry of health's National Policy of integrative and complementary practices) since 2006, it was notified that Caps Iracema implemented this policy in 2011. According to the patients, after the first session of the African-based ancestry therapy using plants and herbs the resistance among the patients decreased. A posterior and trustful acceptance geared toward affinity as a way of caring was also notified within this therapy. The analysis of the collected data allowed us the following conclusions: the patients who were treated on African-based ancestry therapy revealed decreasing symptoms of anxiety, sadness, anguish, killing desires, hallucinations and deliriums as well as to re-adapt their coping with their own “ghosts and sufferings”. That itself mischaracterizes the stigma of being insane and mentally ill people. We also conclude that the application of other referential such as refuge, caring and health treatment are fundamental for the strengthening of Human Rights and citizenship of mental-health patients. It also allows the comprehension of the health-illness process going beyond the biomedical and psychotherapy dimensions.

**Keywords:** Mental-Health. Complementary Therapy. African-based religions.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES DA PESQUISA

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Figura 1 | – Lava pés com ervas .....  | 93 |
| Figura 2 | – Sentindo as ervas nas mãos .....  | 93 |
| Figura 3 | – Macerando as ervas .....  | 94 |
| Figura 4 | – Ambiente preparado com ervas .....  | 94 |
| Figura 5 | – Folha popularmente conhecida como cuia mansa .....                                | 95 |
| Figura 6 | – Babálòssaim (detém o segredo para o manuseio das plantas no Candomblé Ketu) ..... | 95 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Plantas e ervas usadas no Candomblé.....                              | 57 |
| Quadro 2 – Plantas e ervas usadas na terapêutica ancestral africana do Caps..... | 65 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |   |
|---------|---|
| CALSS   | Centro Acadêmico Livre de Serviço Social                    |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                              |
| CNAS    | Conselho Nacional de Saúde                                  |
| CORETUR | Conselho de Representantes de Turma                         |
| DCE     | Diretório Central dos Estudantes                            |
| HGF     | Hospital Geral de Fortaleza                                 |
| HSMM    | Hospital de Saúde Mental de Messejana                       |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística             |
| PNPIC   | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |

## SUMÁRIO

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1    | INTRODUÇÃO .....  | 14 |
| 2    | MEUS LUGARES NO TEMPO, SÃO LUGAR DE ONDE VENHO .....                                      | 16 |
| 2.1  | Minha vida acadêmica e de militância .....  | 16 |
| 2.2  | Minha vida profissional .....   | 19 |
| 2.3  | Minha vida afro-religiosa e de militância política .....                                  | 21 |
| 2.4  | O entrecruzamento de minhas vidas .....   | 23 |
| 3    | A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O NASCIMENTO DO CAPS-IRACEMA .                                   | 24 |
| 3.1  | A história da psiquiatria no mundo .....  | 24 |
| 3.2  | A Reforma Psiquiátrica no mundo .....   | 28 |
| 3.3  | A história da psiquiatria no Brasil .....   | 31 |
| 3.4  | A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Lei 10.216/01 .....                                  | 33 |
| 3.5  | O Caps em Fortaleza e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ..... | 36 |
| 4    | TERREIRO E SAÚDE: LUGAR DE CONHECIMENTOS ANCESTRAIS                                       |    |
|      | AFRO-BRASILEIROS .....  | 40 |
| 4.1  | A Cosmovisão Africana no Brasil .....   | 40 |
| 4.2  | A medicina tradicional africana .....   | 45 |
| 4.3  | O Terreiro como expressão da Cosmovisão Africana .....                                    | 47 |
| 4.4  | O Terreiro como espaço curativo, preventivo e promotor de saúde .....                     | 49 |
| 4.5  | As folhas e ervas do Candomblé Ketu .....   | 53 |
| 4.5. | <i>Orín Ewé ou Cantiga de folhas no Candomblé Asè Alaketu Omin Ìyá Ògún .....</i>         |    |
| 1    |   | 54 |
| 5    | ORI INU: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ANCESTRAIS AFRO-BRASILEIRAS NA SAÚDE MENTAL .....       | 58 |
| 5.1  | Percursos da pesquisa: as práticas ancestrais afro-brasileiras no Caps Iracema .....      | 58 |
| 5.2  | As plantas no universo do Caps Iracema .....  | 64 |
| 5.3  | Os Banhos terapêuticos no Caps Iracema e no Terreiro .....                                | 66 |
| 5.4  | Os usuários das práticas ancestrais afro-brasileiras no Caps Iracema .....                | 67 |
| 6    | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 77 |
|      | REFERÊNCIAS .....   | 84 |
|      | APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS .....                                     | 89 |
|      | APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES DE SANTO .....                             | 90 |
|      | APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS .....                                | 91 |
|      | APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM BABÁLÒSSAÍM .....                                  | 92 |
|      | APÊNDICE E – FOTOS DA PESQUISA .....  | 93 |

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma pesquisa sobre os conhecimentos e práticas ancestrais afro-brasileiras utilizadas no Centro de Atenção Psicossocial – Caps Iracema, que teve como objetivo compreender como a terapia complementar usada pelas mães de santo, produzem significações e re-significações no processo saúde-doença dos usuários de saúde mental e como estabelecem-se os diálogos com o tratamento convencional bio-médico e psicoterapêutico ainda hegemônicos nas práticas do Caps Iracema.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa documental a partir dos prontuários dos usuários em tratamento intensivo diurno, que estariam em acompanhamento médico psiquiátrico, em atividades de psicoterapia, em grupos de arte-terapia, mas que também integram o grupo de terapias ancestrais africanas com as mães de santo. Após essa seleção, foi realizada uma conversa preliminar com as 04 pacientes, explicando o estudo que nos propomos e as intenções, mas também aproveitamos para oficializar a adesão à pesquisa, por parte dos usuários, com a assinatura do termo de consentimento.

A pesquisa de campo durou em torno de 02 meses, entre acompanhamentos, entrevistas formais e observação participante junto aos usuários, profissionais, mães de santo, assim como escutas dos relatos dos familiares e/ou cuidadores desses usuários, sobre as diversas manifestações de crise e controle da crise após o início das sessões de terapias complementares. Os resultados desse trabalho de pesquisa foi sistematizado em 6 capítulos, sendo o primeiro capítulo a introdução do trabalho.

No segundo capítulo relato acerca dos meus lugares no tempo e como constituem-se como lugares de onde venho e que influenciaram e influenciam diretamente na construção e afirmação de minha identidade étnico-racial, de minha condição profissional e das escolhas que fiz como pesquisadora, para estudar e compreender os processos complexos no campo da saúde mental, do adoecimento e das possibilidades construtivas com base em diferentes referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos.

No terceiro capítulo refaço os passos históricos de construção da psiquiatria no mundo e no Brasil, como instituição clássica voltada ao atendimento de usuários de saúde mental e, como se institucionaliza a loucura como doença mental. Exponho o desenvolvimento de modelos de tratamento na saúde mental ao longo do tempo, as críticas aos mesmos e o movimento conhecido por Reforma Psiquiátrica no mundo e no Brasil.

No capítulo quarto reporto-me ao paradigma da Cosmovisão Africana e da filosofia da ancestralidade, para a compreensão das terapias complementares de base ancestral

afro-brasileiras e sua compreensão acerca da saúde, da doença, do corpo, da mente, da natureza. Tudo isso vivido a partir de um lugar-espço singular que é o Terreiro, de onde vem as mães de santo, as terapeutas de matriz afro-brasileiras do Centro de Atenção Psicossocial – Caps Iracema onde se realizou o estudo investigativo.

O quinto capítulo é lugar dialógico da exposição da pesquisa, de seus percursos, de suas sinuosidades, da metodologia, dos sujeitos envolvidos no processo e do lugar onde transcorre o estudo, a interlocução com o campo da pesquisa, com os dados coletados e sobre as possibilidades advindas dessa práxis.

O sexto capítulo constitui-se das considerações finais acerca da temática pesquisada, dos possíveis caminhos que podem ser elaborados e construídos no complexo, vasto e instigante campo da saúde mental em interação com as práticas ancestrais afro-brasileiras.



## 2 MEUS LUGARES NO TEMPO, SÃO LUGAR DE ONDE VENHO

Tenho vivido muitas coisas  
tenho sentido muitas coisas  
o sentimento do mundo me abraça  
e dentro de mim vai um mar de águas claras

Tenho vivido muitas coisas  
tenho sentido muitos mundos  
mas as coisas não me coisificam  
e dentro de mim vai o sentimento do mundo

Tenho vivido muitas coisas  
braços de água me cercam e me abraçam  
as coisas não fazem mais sentido  
e dentro de mim carrego a força do destino

Tenho vivido muitas coisas  
e sei que em mim tudo faz sentido  
na ponta luminosa de meus sentidos  
desponta Ìyemonjá na ancestralidade do vivido  
(Kelma T'Ìyemonjá)

### 2.1 Minha Vida Acadêmica e de Militância

Adentrei o universo da acadêmia no Curso de graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), no início dos anos 1990, no período que classifico como de efervescência política, pois tínhamos no país o primeiro presidente eleito por voto direto após anos de ditadura militar, o presidente Fernando Collor de Melo.

A subida de Collor à rampa do planalto, sua ascensão à presidência da República simbolicamente representou o emergir das ideias neoliberais de defesa da propriedade privada, da livre economia de mercado, do *laissez-faire*, das privatizações das estatais e da redução dos investimentos nas políticas públicas, criando-se à época um Estado mínimo, de primazia da força reguladora do mercado. Abria-se assim, a era do Neo-liberalismo no Brasil, com uma nova roupagem para antigas e históricas ideias liberais do século XIX.

Com a instalação do sistema político-econômico neoliberalismo, o campo da educação como política pública sofreu grandes abalos, que iniciaram com o Governo Collor, passando pelo Governo Itamar Franco e aprofundando-se no Governo FHC, principalmente no que concerne à privatização e a precarização das instituições públicas de ensino superior como as universidades federais, que foram atingidas diretamente pelas políticas reducionistas e privatistas de FHC. Estas instituições sofreram com a ausência de investimento financeiro, a

precarização do trabalho docente e a minimização da pesquisa e da extensão, apesar das lutas constantes de professores, servidores e estudantes em defesa das Universidades Públicas Brasileiras.

Orquestrados com o Governo federal de caráter neoliberal, os Governos Estaduais de mesma linha política-ideológica rezaram também na mesma cartilha. No Ceará, na gestão Ciro Gomes, a Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi impactada com as decisões do Gestor Estadual, com inserção de taxas para serviços e diminuição de financiamento em alimentos para o Restaurante Universitário, precarização do acervo da biblioteca e ausência de manutenção nas instalações físicas (salas de aula, banheiros, corredores, janelas, iluminação, dentre outros). Foi nesse período que ingressei na UECE em 1990 para cursar Serviço Social.

Esse cenário de expressões da privatização que instalou-se na UECE, instigou o Curso de Serviço Social a se posicionar politicamente, o que causa estranheza, pois historicamente o Serviço Social possui essa marca indelével de compromisso político com o ensino superior público, gratuito e de qualidade, democrático e popular. Portanto, o corpo docente e discente do Curso sentia-se estimulado a lutar pela Universidade Pública. Em relação aos estudantes, a luta dava-se através dos órgãos estudantis como o Centro Acadêmico (CA) e o Diretório Central dos Estudantes (DCE).

Nesse sentido tornava-se quase impossível não tomar parte na luta estudantil e nas diversas campanhas engendradas em defesa do ensino superior público brasileiro, onde uma das mais expressivas foi a campanha contra a privatização da União Nacional dos Estudantes (UNE): *“Educação não rima com lucro”*.

Desta maneira e embalada nos ventos das lutas universitárias, iniciei minha militância política estudantil em 1990, primeiro como representante do Conselho de Representantes de Turma (CORETUR) do Curso de Serviço Social. Esse conselho era o somatório de todos os representantes de turma por semestre e por turno (manhã e noite). Fui integrante do CORETUR durante um semestre e logo em seguida tive meu nome indicado para compor a chapa para as eleições do Centro Acadêmico Livre de Serviço Social – o CALSS no ano de 1991.

A chapa *“frutos da crise, sementes da ousadia”* ganhou as eleições para o período 1991-1992 quando tive a oportunidade de vivenciar e estudar acerca dos pensadores clássicos socialistas revolucionários. Com o fim do mandato do Centro Acadêmico, deixei continuidade a luta estudantil através da eleição para o Diretório Central dos Estudantes – DCE, que constituía-se numa instância máxima de deliberação das políticas estudantis. Com a chapa

*“Alguma coisa está fora da ordem, fora da nova ordem mundial”*, assumi um cargo no DCE pelo período de 02 anos consecutivos, podendo acontecer nova reeleição por mais dois anos.

Assim fiquei por 3 anos e meio no Diretório, quando solicitei minha saída após saber – no último ano de faculdade – que estava grávida de minha primeira filha, Mariana Kalenna, hoje com 18 anos de idade e também já ingressando na vida acadêmica.

Durante o tempo que fiquei na militância política estudantil também descobri a militância partidária no Partido dos Trabalhadores (PT). A minha identificação com essa organização de esquerda veio com a vivência acadêmica do Curso de Serviço Social, que até hoje possui um direcionamento marxista-gramsciano que compreende que a luta de classes como um processo que deve ser superado para que haja a construção da sociedade socialista. Inevitavelmente, busquei as fileiras partidárias de um partido revolucionário como eu concebia, na época, o Partido dos Trabalhadores.

Ressalto aqui em especial a tendência denominada “Democracia Socialista” (DS), onde permaneci por 12 anos consecutivos, quando solicitei desfiliação do PT em 2005, por discordâncias político-ideológicas, teórico-metodológicas e de concepções no tocante as inúmeras intervenções que o partido fazia na vida privada de seus militantes. Mas em minha estadia no PT contribui na fundação em 1993 com “companheiros e companheiras” – termo utilizado pela militância petista – o núcleo do PT/DS da Universidade Estadual do Ceará, que objetivava fundamentalmente desenvolver as ideias do partido no interior do movimento estudantil universitário. Vale ressaltar que a vida de militância acrescentou muitos conhecimentos no que concerne a vivência das lutas ideológicas e políticas na sociedade capitalista e contribuiu significativamente para engrandecer o universo de conhecimentos na formação acadêmica.

Na vida acadêmica participei da seleção de monitorias do Departamento de Serviço Social e tornei-me monitora-bolsista da disciplina de Política Social I, turma manhã e noite, durante o período de um ano. Concomitante, também ingressei no mundo das pesquisas e projetos de extensão, participei de seminários, encontros e congressos do Curso de Serviço Social, onde vivenciei e contribuí para as mudanças no Código de Ética do Assistente Social e na reforma curricular do Curso, conforme comprovação em meu Curriculum Lattes. Os estágios curriculares completaram a minha formação acadêmica e reforçaram a minha identificação com a profissão de Serviço Social no sentido de poder exercer esse desejo de cuidar do outro, mas um cuidado a partir de um fazer técnico, competente e comprometido com a luta social e política dos excluídos sociais.

A conclusão de minha vida acadêmica na graduação deu-se em 1996 a pós a defesa da monografia intitulada: “*A Fundamentação Teórico-metodológica que Orienta a Prática Profissional dos Assistentes Sociais da Fundação da Ação Social do Governo Estado do Ceará*”, sob orientação da Dra. Maria da Conceição Pio, assistente social e professora do Curso, que após aprovação da monografia, indicou-me para a continuidade dos estudos na pós graduação.

## **2.2 Minha vida profissional**

Minha vida profissional foi iniciada neste mesmo ano de 1996 logo que obtive o grau de bacharel em Serviço Social, quando surge uma seleção pública para profissionais de nível superior para ministrar cursos de qualificação em cooperativismo nos municípios do interior do Ceará, dentro de um convênio firmado com o Núcleo de Tecnologias (NUTEC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). O objetivo do trabalho era a implantação de cooperativas de produção e de serviços na zona urbana e rural de municípios cearenses.

Dessa seleção fui escolhida para trabalhar e participar do Curso de formação em cooperativismo da Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos) do Rio Grande do Sul com uma carga horária de 80 horas/aula. Durante o curso nasceu a ideia de criar uma cooperativa de profissionais liberais na área de recursos humanos e, assim origina-se a Cooperativa de Recursos Humanos Ltda (COOPEREH), que ampliou o campo de trabalho para muitos profissionais assistentes sociais desde sua fundação em 1996 até o ano de 2000 quando foi liquidada pela vontade de seus associados.

Na COOPEREH permaneci somente até 1998 quando participei de uma seleção para trabalhar com mutirão habitacional em um novo Programa do Governo do Estado do Ceará. Dentre muitos inscritos na época fui aprovada e passei a integrar um quadro de terceirizados da Secretaria de Infra-estrutura do Governo do Ceará (SEINFRA). Esse Programa de Urbanização e Mutirão Habitacional do Governo do Estado (PROURB) tinha como meta urbanizar 44 municípios cearenses com obras de infra-estrutura, saneamento básico, mutirão habitacional e equipamentos de lazer e cultura. O financiamento era do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Bird) e considerado o programa Top de Linha do Governo Estadual. Com formação de 7 equipes compostas cada uma por 01 assistente social, 01 engenheiro civil e 01 arquiteto, responsáveis pela supervisão e fiscalização de 07 municípios do Estado. A equipe que fiz parte tinha sob sua responsabilidade os municípios de: Aquiraz, Canindé, Cedro, Icó, Iguatu, Jaguaribe e Tauá.

Nesse programa as assistentes sociais desenvolveram um modelo de educação sanitária e ambiental com as famílias dos mutirões habitacionais dos 44 municípios integrantes do PROURB e, na ocasião, receberam nota máxima (*excellent*) pela qualidade da proposta sanitária e ambiental desenvolvida no Programa, que tinha uma dimensão educativa paulo freiriana.

Mas como todo programa o PROURB tinha um tempo estipulado e as etapas de obras e educação ambiental acabariam suas ações no ano 2000, quando seria reformulado, com redução do quadro de técnicos. Assim no ano de 2000 prestei concurso público para a área de saúde mental da Prefeitura de Fortaleza, adquirindo aprovação em 3º lugar geral das assistentes sociais. No ano seguinte fui chamada a assumir como assistente social do Centro de Atenção Psicossocial – Caps, especificamente em maio de 2001.

Os profissionais concursados para compor as equipes dos Caps não vinham com experiência na área de saúde mental e nesses serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, oriundos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por esse motivo durante 01 mês, regularmente, tivemos aulas de formação para entender o funcionamento do Caps e o seu papel no universo da saúde mental para em seguida iniciar os atendimentos aos usuários.

No Caps permaneci no exercício da profissão de Serviço Social até o ano de 2004 quando ocorreu o pleito municipal e saiu vencedora a proposta petista da candidata Luizianne Lins, que me convidou para integrar sua equipe na Chefia de Gabinete da Empresa Municipal de Limpeza e Urbanização: EMLURB. Durante minha trajetória nessa empresa coordenei uma equipe que desenvolveu o Projeto de Coleta Seletiva com Inclusão Social de Catadores e Catadoras do bairro Jangurussu, antiga rampa de lixo da cidade de Fortaleza.

O referido Projeto era composto de três etapas: a caracterização do lixo da cidade, a reestruturação da antiga Cooperativa de Catadores do Jangurussu (COOSELIC) e a implantação de Coleta Seletiva em Grandes Geradores de Lixo de Fortaleza, em parceria com a Fundação Banco do Brasil (FBB), a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Controle Urbano (SEMAM) e o Fórum Estadual Lixo e Cidadania. O Projeto intitulado “*Jangurussu Solidário*” iniciou suas atividades no ano de 2005 e permanece atuante até os dias de hoje.

Em meados de 2008 retorno as minhas atividades profissionais como assistente social do Caps Iracema e, ao final deste mesmo ano, fui eleita coordenadora desse equipamento pelo período de 04 anos, quando encerrei minha participação como gestora no início de 2013.

Atualmente realizo atividades como servidora na assessoria de Projetos da Coordenadoria da Promoção da Igualdade Racial de Fortaleza/Coppir, também retomei os projetos na área dos direitos humanos, das práticas integrativas e complementares, na educação popular e saúde, com o Projeto Caravana do Axé-Saravá do Ceará que envolve processos informativos e formativos com as comunidades religiosas de matriz africana, tendo como órgão parceiro financiador a Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde/RenafroSaúde-CE.

Também leciono na Faculdade Cearense (FAC) no Curso de Serviço Social as disciplinas de movimentos sociais, ética e direitos humanos, planejamento e administração voltada para a gestão pública. Essa experiência de sala de aula possibilita o fluxo do movimento do conhecimento, produzindo práxis dialética e enriquecendo o meu cotidiano pessoal, de militância e profissional.

### **2.3 Minha vida afro-religiosa e de militância política**

As Religiões de Matriz Africana e afro brasileiras fazem parte do cenário afro-religioso da cidade de Fortaleza como o Candomblé, a Umbanda, o Catimbó, a Quimbanda e a Jurema. Em minha família co-sanguínea tenho a presença de parentes que fazem parte dessas religiões, o que me conduziu em 2010 a adentrar também esse universo afro-religioso como Ìyáwó (noviça), uma pessoa iniciada no Candomblé do O *Asé Alaketú Omin Ìyá Ògún* que é um Terreiro da nação Ketu, dirigido pelo sacerdote afro-religioso Babálòrìsà Sílvio T'Iyemonjá e de onde eu descendo espiritualmente, onde sou omo-òrìsà (filha de orixá).

As Religiões de Matriz Africana como é o Candomblé Ketu, possuem especificidades, pois são religiões ritualísticas de tradição oral, de base ancestral, sendo no caso dos Candomblés Ketu, o culto aos òrìsà ou energias da natureza, ancestrais divinados que nos escolhem como filhos ou filhas e manifestam essa escolha por meio de um jogo divinatório denominado Mèridílògún (jogo de búzios) realizado pelo Babálòrìsà (Pai de santo) ou Ìyálòrìsà (mãe de santo). As pessoas credenciadas, designadas e com autoridade para a realização dessa atividade de suma importância para o processo iniciático da pessoa escolhida.

Nesse procedimento do jogo de búzios o òrìsà (ou energia ancestral da natureza), expressa o seu desejo em relação à vida de seu escolhido, determinando os passos que devem ser executados após essa escolha. Em particular fui escolhida pelo òrìsà Ìyemónjá (energia de regência nas águas marinhas), que expressa a força ancestral de criação da vida na terra a bilhões de anos atrás, uma energia em constante movimento e transformação.

Assim, após a escolha, me tornei uma noviça ou uma Ìyawó de Ìyemónjá, que revelou seu desejo para comigo e solicitou no jogo que eu fosse devidamente iniciada, cumprindo todos os passos ritualísticos que tiveram início com o recolhimento espiritual por determinados dias, até a festa pública de apresentação de meu òrìsà Ìyemónjá à comunidade de Candomblé, onde passei assim, a ser reconhecida e legitimada como uma pessoa feita no òrìsà, uma iniciada nos preceitos do Candomblé.

No ano seguinte à iniciação uma Ìyawó terá uma intensa atividade de aprendizado com os mais velhos sobre tudo que diz respeito aos costumes, os valores, as comidas, as roupas, as indumentárias, as maneiras de se portar socialmente, na vida religiosa e a aprender a falar e cantar em língua africana yorubana, no caso do Candomblé Ketu.

Também conheci nesse ano os trabalhos políticos no campo da saúde e educação popular de um movimento social das comunidades de terreiro, a partir da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro), que tem núcleos em todos os Estado da federação. Essa articulação política dos terreiros brasileiros possui três Grupos de Trabalho: o GT mulheres de axé, o GT homens de axé e o GT juventude de terreiro.

No Ceará a RenafroSaúde-Ce existe desde 2005, porém as atividades do GT mulheres de axé tiveram início em 2011, após participação das mulheres cearenses de terreiro no II Encontro Nacional de Mulheres de Axé que realizou-se em junho de 2011 na cidade de João Pessoa na Paraíba, onde fui escolhida coordenadora do GT mulheres de Axé do Ceará.

A RenafroSaúde-Ce desenvolve um trabalho com as comunidades terreiro a partir de seminários, palestras, grupos de trabalho, oficinas, encontros, congressos e reuniões, onde exerço uma militância política não partidária, no campo da saúde e em defesa dos direitos humanos, contra o racismo, a discriminação de gênero, o sexismo e pela liberdade de livre expressão religiosa.

No Ceará em 2012 realizou-se o I Encontro de Mulheres de Axé-Saravá do Ceará que legitimou a militância das mulheres negras e de terreiro em busca de respeito e dignidade para suas ações de combate ao racismo e a discriminação religiosa, sexual e de gênero. Assim, as ações da RenafroSaúde-Ce em muito oportuniza o debate político, catalizando os conhecimentos das comunidades religiosas de matriz africana no que concerne à saúde da população negra, a saúde mental e diversas dimensões da saúde, articulando educação popular e fortalecimento político dos saberes tradicionais de terreiro, o que considero contribuir de forma significativa para a minha formação como mulher negra, de axé, assistente social, pesquisadora e professora universitária.

## 2.4 O entrecruzamento de minhas vidas

Meus lugares de onde venho e de onde minha memória busca lembranças são campos frutíferos de onde posso colher experiências e perspectivas. Portanto não são lugares estanques no tempo e no espaço, não são lugares estáticos, envelhecidos pelo tempo, de onde olhamos como apreciadores uma paisagem na parede. Os lugares que vivi e de onde venho são lugares onde produzi vida e fui por ela produzida, modificada, moldada, desmoldada.

Cada lugar que andei e que vivi, que ainda ando e vivo – seja no campo da vida militante, profissional ou religiosa – vou tecendo um longo e infinito fio de contas, com mãos tremulas e mãos firmes, andei e ando com pés descalços, sentido prazeres e dores. Cada tempo, cada lugar, cada pessoa com a qual entrecruzei e entrecruzo, deixaram/deixam suas marcas e carregaram/carregam as minhas. Tudo numa troca material e simbólica no cenário de minha subjetividade e de minha formação, sempre carregada de incompletude e entusiasmo.

Fiz uma opção de palmilhar nas encruzilhadas das ruas, da vida, do conhecimento. Em minha sacola de tiras coloridas, levo comigo sonhos e incertezas do que virá. Concebo a vida como uma exigência de coragem, força de vontade e uma porção de fé, que defino como uma força motriz geradora de transformações sistemáticas da vida, da natureza e das pessoas.

Esse trabalho de dissertação não se traduz no ato obrigatório de compilar dados, analisá-los à luz das teorias e tecer possíveis conclusões para obter uma titulação de mestre. Antes é um trabalho onde estou nele, na perspectiva de contribuir no processo de entendimento de outros conhecimentos e outros referenciais teórico-metodológicos, ético-políticos.

Por isso busco em meus lugares no tempo, nos lugares de onde venho, as firmezas de entendimento para a compreensão das complexidades apresentadas para a saúde mental. Mas também não posso me refutar de reconhecer que falo com as razões legitimadas e falo com as emoções de quem vive e experiencia, não somente o campo da pesquisa, mas a vida, o mundo, as pessoas, as relações, as emoções de ser um Ser Humano.



### 3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O NASCIMENTO DO CAPS-IRACEMA

#### 3.1 A história da psiquiatria no mundo

A história da psiquiatria no mundo está ligada a criação das instituições psiquiátricas e da institucionalização da loucura, pois esta última sempre existiu nas sociedades da antiguidade e da idade média, porém com a ascensão da burguesia e do regime capitalista, a loucura passa a ser vista como doença mental, desprovimento de razão e necessidade de confinamento e tratamento.

Nas sociedades da antiguidade Grega a loucura era uma manifestação de seres divinos e por esse motivo, as pessoas se convenciam de que os loucos conseguiam entrar em contato com os deuses, o que dava à loucura um dom divino e não uma doença mental.

Na idade média o regime teocrático – sob o comando político-religioso da Igreja – pertencia a vontade divina de Deus e todos seguiam a orientação ético-moral Católica e quem se desviasse desses designos divinos eram considerados hereges. Para isso a Igreja criou o Tribunal da Santa Inquisição, que tinha como objetivo avaliar, julgar e condenar os atos contra Deus e a Igreja. Eram classificados como hereges os pobres sem ocupação, os perambulantes e os que se desviavam ou contestavam o poder da Igreja.

Todavia nesse período histórico, a loucura era considerada como insanidade de pessoas desviadas dos caminhos de Deus ou “pobres de espírito”, que realizavam pactos com o diabo. Por esse motivo eram tidos como bruxos e bruxas que atentavam contra Deus e a vida cristã, sendo perseguidas, punidas e mortas para servirem de exemplo ao povo, para que este não se desviasse das regras da ideologia católica.

Somente com a decadência do sistema feudal e a ascensão do Renascimento, a loucura adquiri outro patamar, não matavam-se mais os loucos, conforme abaixo:

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a nau dos loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamencos. [...] esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. (FOUCAULT, 1978, p. 9).

Apesar da loucura ser enaltecida no Renascimento de modos diversos: nos ritos populares, nas artes, nas obras literárias, filosóficas e de crítica moral, as pessoas identificadas como loucas, eram excluídas da convivência societária, tendo que conviver em naus, de uma cidade a outra, sem poder aportar e sem pouso certo.

Com a ascensão do capitalismo e a forma burguesa de vida, pautada no trabalho, na propriedade e na família, aliada ao pensamento protestantista e o emergir da razão, do racionalismo moderno de Descarte, cria-se o universo do mundo moderno onde não cabem: a pobreza, a mendicância, a preguiça, a alienação dos loucos. A loucura é ligada ao crime, a libertinagem, a desordem e as diferentes formas de exercício do mal.

O louco é o ser que traz consigo o perigo, colocando em desordem as relações, a família, a religião e o próprio mundo. É o homem desprovido de racionalidade e por isso de sua condição de humanidade, estabelecendo uma relação direta com a animalidade. Por esse motivo devem ser conduzidos, não mais pelas ruas abaixo, rio acima, mas para os asilos, lugares isolados e insalubres para onde eram enviados também os leprosos, os assassinos e outras pessoas indesejadas para o convívio societário.

Na aceleração do processo de industrialização e de urbanização – processos intrínsecos ao desenvolvimento do capitalismo – as cidades adquirem relações sociais complexificadas e acabam por criar espaços de segregação, específicos para pessoas “em desvio de padrão”, ou os pobres da sociedade que não queriam trabalhar, progredir. Com isso nasce a mentalidade capitalista de base material e não espiritual, uma ideologia pautada no trabalho e no dinheiro como forma de julgar o comportamento das pessoas e sua devida adequação a nova ordem societária.

Nesse período do século XVIII os loucos eram os pobres que se negavam a trabalhar, os parasitas sociais, que se tornavam uma ameaça e um problema para a nova ordem moral burguesa. Muitos eram encaminhados para as casas de mendicâncias ou antigos leprosários e tratados com purgantes para vomitar, sangrias e acessórios especiais para torturas. Quando muito violentos eram enjaulados como animais furiosos e perigosos.

Portanto, os loucos para a nascente ordem burguesa, eram pessoas que viviam dentro de uma razão errada. Cria-se nesse período a dicotomia entre normalidade e anormalidade (esse último conceito tinha como base as pessoas que viviam incorretamente as regras burguesas).

Dentro desse contexto surgem as ideias de Philippe Pinel aquecidas pelo ideário da revolução francesa e considerado pela historiografia oficial da medicina, o pai da psiquiatria. Suas principais ideias eram: a separação entre normal e anormal, a diferença entre pobre e louco, sendo este último concebido como doente mental que deveria receber tratamento com vistas a recuperar o seu lado humano e verdadeiramente livre.

Pinel realizou seus trabalhos médicos nos asilos franceses, locais destinados também aos loucos e tratou como doentes mentais, utilizando para isso purgantes, sangrias,

jejuns, rezas, sacrifícios, punições pelos erros e disciplina, pois concebia que o homem tem que domesticar o animal que vive em seu interior, para isso era preciso disciplinar sua mente. Tem-se início os primórdios da ciência psiquiátrica e o surgimento dos doentes mentais.

As ideais de Pinel se ampliaram dentro da recém-instalada ordem burguesa na França e espalharam-se pelo mundo no século XVIII e XIX. As instituições destinadas ao tratamento dos ditos doentes mentais, ficaram conhecidas como hospitais psiquiátricos e formaram um *locus* privilegiado para o aprofundamento e aperfeiçoamento da medicina psiquiátrica, que origina-se como uma tentativa decodificadora de entendimento da loucura, tendo como base a cientificidade racionalista.

Nessas instituições psiquiátricas, a internação assume status de terapia, a loucura torna-se objeto médico e ganha o valor de doença mental, fazendo nascer uma relação inseparável entre instituição psiquiátrica e doença mental, entre louco, doente mental e médico psiquiatra, tornando esse profissional imprescindível no campo da saúde mental.

Porém, apesar de todos os esforços da nova ciência médica, esse conhecimento vai se legitimando muito mais por dominação/imposição através de práticas de objetividade e de competência científica, de subjugação do louco em reconhecer-se doente, do que de conhecimentos para a cura da doença mental.

A instituição psiquiátrica torna-se por excelência o espaço de segregação social dos loucos e garante à racionalidade burguesa uma universalidade total, imperante sobre todas as formas de alienação. Tornou-se a forma como a sociedade moderna consegue interpretar e resolver o problema do sofrimento mental. O homem “normal” é concebido como um ser datado de racionalidade, possuidor de cultura e moral. O homem “anormal” é um ser dotado de irracionalidade, incapaz de vivenciar na sociedade, um alienado, um doente mental.

A nova ordem burguesa embasada na divisão de classes, o novo mundo do trabalho pautado na racionalidade capitalista, na produção excessiva e no trabalho fetichizado, fazem aumentar as problemáticas no campo social, criando exclusão das pessoas e gerando sofrimento mental. Mas a doença mental era concebida somente como um problema do corpo, por estragos hereditários, debilidade física e acontecimento do acaso, infortúnios. Seriam pessoas que nasceram normais, mas que desenvolveram loucura por produzirem pensamentos doentios, irracionais e, por isso, patológicos.

Esses conceitos de normalidade e anormalidade são oriundos da teoria positivista de August Comte, que ao influenciar o campo da psiquiatria, desenvolve-se uma teoria naturalista de “processo mórbido”, que enquadra a loucura como uma evolução doentia da

mente humana. Por ser considerado um processo mórbido, seria também considerado uma doença da razão.

Para os teóricos positivistas, o louco era incapaz de raciocinar e seu pensamento era destituído de razão. Para entendê-lo era preciso estudá-lo minuciosamente, cada sintoma da loucura era devidamente estudado e detalhado suas características. Nasce assim a psicopatologia ou estudos dos sintomas mentais; nasce a nosologia de Kraepelin, classificando e dando nome aos vários tipos de doenças mentais. Na Alemanha a fenomenologia clássica da escola psiquiátrica observava os doentes mentais nos mínimos detalhes e gestos, criando milhares de tipos de anomalias intituladas de síndromes patológicas.

Com essas teorias, a psiquiatria vai afirmando-se como ciência médica e criando uma linguagem própria, fortalecendo a necessidade de criação de instituições psiquiátricas para o tratamento dessas patologias mentais, já que não haveria conserto para a loucura, não haveria conserto para o cérebro estragado. O doente mental é, assim, alguém com um cérebro defeituoso que deveria ficar isolado da sociedade, nas instituições psiquiátricas, submetido aos estudos científicos dos médicos.

Desta forma a história da psiquiatria acompanha o desenvolvimento de teorias sobre a loucura e formas de tratamento, também estando relacionada diretamente ao nascimento dos hospitais psiquiátricos.

Pode-se, segundo Serrano, separar em 4 fases as teorias sobre a loucura. Na primeira fase a loucura era tratada com rituais e caridade, num sentido de espírito religioso; na segunda fase era tratada com isolamento e trabalho, evoluindo para uma terceira fase que seria a criação de um conjunto de regras morais, castigos e sacrifícios para domesticar a animalidade do louco e que tinha influência das teorias de Pinel; na quarta fase é a criação de um modelo médico com o desenvolvimento de remédios para as doenças mentais e internação nos hospitais psiquiátricos com práticas físicas e psicológicas de vigilância e punição no século XIX e XX (SERRANO, 1983, p. 13).

Nesta última fase há o crescimento da psiquiatria como ciência médica e o aperfeiçoamento dos mecanismos de tratamento e controle do doente mental. No interior dos hospitais psiquiátricos podia-se achar: camisas de força, amarras especiais, camas com cinturões, camas chumbadas, quartos fortes, quarto de isolamento e, nos anos 1930, desenvolveu-se o método da lobotomia, uma cirurgia no cérebro com danos irreversíveis e do eletroconvulsoterapia ou eletrochoque aplicado na cabeça do paciente.

Nos anos de 1950 a clorpromazina, um psicofármaco antipsicótico comercializado com o nome de Torazina, advém de pesquisas científicas e revoluciona o tratamento para esquizofrênicos:

Essa droga inicialmente era um corante sintético, que passou a ser utilizada como vermífugo para porcos e depois como um anestésico médico. Descobriu-se nele um forte efeito calmante, similar à lobotomia – um procedimento cirúrgico no cérebro que deixava o paciente permanentemente dopado e em estado letárgico, amplamente utilizado para pacientes esquizofrênicos graves e com surtos muito sérios – mas sem o efeito permanente, ou seja, pacientes tratados com clorpromazina poderiam ter vidas relativamente normais. (ASSIS, 2012, p. 1).

Nos anos seguintes ao descobrimento da Clorpromazina e o crescimento do campo da nova ciência médica psiquiátrica, os laboratórios investem financeiramente nas pesquisas e fabricação de drogas sintéticas para o uso em doentes mentais. A ideia era realizar o controle dos sintomas da doença fora das estruturas hospitalares, porém os modelos de assistência em saúde mental tinham como um de seus centro de excelência os hospitais psiquiátricos, apesar de surgirem outras instituições de cuidado.

### 3.2 A Reforma Psiquiátrica no mundo

Os serviços de saúde mental no mundo podem dividir-se em três períodos da história, conforme segue abaixo:

Segundo Thornicroft e Tansella, a história recente dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três períodos, quais sejam, o primeiro: a ascensão do asilo, ocorrida aproximadamente entre 1880 e 1950; o segundo: o declínio do asilo, ocorrido na maioria dos países desenvolvidos, a datar da década de 1950; o terceiro: iniciado no anos 1980, denominado originalmente de **balancing mental health care**, caracterizado pela ênfase nos cuidados comunitários e pelo equilíbrio entre as intervenções de promoção e de assistência em saúde mental. (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008, p. 71).

Dentre essas formulações, destaca-se os modelos da Inglaterra, da França, dos Estado Unidos e da Itália. Os ingleses, por exemplo, desenvolveram as comunidades terapêuticas e a responsabilização das famílias e dos próprios pacientes, com o objetivo de resgatar o caráter terapêutico do hospital. Os franceses também caminham na mesma orientação e criam serviços intermediários como as urgências, os ambulatórios e os hospitais para períodos curtos de internação.

O modelo francês tinha como meta oferecer à população um conjunto de dispositivos de saúde mental de prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes, também

como o intuito de resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria, pois havia uma contestação ao asilo – como espaço de tratamento e cura das doenças mentais – aliada ao movimento da psicoterapia institucional de influência psicanalítica, que considerava o hospital psiquiátrico um lugar gerador de exclusão e de relações autoritárias verticalizadas médico-paciente, com predominância do saber médico.

O modelo desenvolvido pelos Estados Unidos era o da psiquiatria preventiva ou comunitária, que tinha como pressuposto a prevenção para detectar doenças mentais, evitando-se que elas evoluíssem. Para isso o Governo criou os centros de saúde mental comunitários que ofertavam serviços de atendimento de emergência, hospitalização integral e/ou parcial, ambulatório e serviço de educação para a comunidade. Esse modelo era bem similar ao modelo francês.

De fato esses modelos são tentativas de reformar o sistema de atendimento em saúde mental, mas somente na experiência da Itália, havia uma radicalidade em relação ao hospital psiquiátrico. As ideias de Franco Basaglia em Gorizia causaram impactações radicais no tratamento em saúde mental, ao questionar frontalmente o hospital psiquiátrico em meados da década de 1960.

Franco Basaglia era médico psiquiatra que assumiu o hospital psiquiátrico de Gorizia na Itália no ano de 1961, iniciando um conjunto de reformas no próprio hospital ma tentativa de transformá-lo numa comunidade terapêutica. Ele criticava radicalmente a postura médica no atendimento aos pacientes, pois a clínica aplicada por eles, concebia o paciente e seu corpo como um simples objeto de intervenção clínica. Por outro lado, também criticava a posição da sociedade em relação a loucura, pois que para esta, trancafiar o louco, isolando-o do convívio social, era a solução para esse segmento da população.

Outra posição de Basaglia residia no fato de que, a simples humanização do hospital psiquiátrico também não resolvia, visto que vivia-se em condições de desumanidade nesses espaços.

No ano de 1970 ao assumir o hospital da cidade de Trieste e sobre influência da obra filosófica de Michel Foucault “História da Loucura na Idade Clássica”, Basaglia elabora teoricamente o que seria a negação da psiquiatria ou a constatação de que os processos de loucura eram complexos demais para serem resolvidos somente pelo olhar da psiquiatria.

Desta feita ele inicia a substituição do tratamento hospitalar psiquiátrico, denominado por ele de manicômios e instaura uma rede territorial de serviços de atendimento em saúde mental, com serviços de atenção comunitária, emergências em hospitais gerais, cooperativas de trabalho, moradas assistidas e centros de convivência.

A Reforma Psiquiátrica de Baságlia foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma referência no campo da saúde mental e ficou conhecida mundialmente como Psiquiatria Democrática.

A proposta da Psiquiatria Democrática era a de transformar o hospício numa comunidade humana e democrática, onde a equipe médica desenvolveria uma verdadeira vida em sociedade com os pacientes internados.

Essa atitude foi considerada revolucionária na área da psiquiatria, pois estava pautada em ouvir os pacientes, reconhecer que os métodos utilizados no hospício eram repressivos. Foram instituídas as assembleias dos pacientes, onde os mesmos passaram a discutir seus direitos e foram gradativamente preparados para viver em comunidade, concomitantemente também foram realizados trabalhos com a comunidade local sobre o preconceito em relação ao paciente psiquiátrico, sobre o que significaria a loucura e como a própria estrutura social estavam no foco dessa discussão.

No modelo de Baságlia o tratamento dos pacientes envolvia muita conversa, numa relação de confiança com o terapeuta e estruturou-se uma equipe aberta com a participação de médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais para que o paciente, numa crise, pudesse ser assistido de maneira intensiva.

Esse modelo de psiquiatria envolveu também muita luta política no seio da sociedade para que conseguisse desenvolver-se. Nesse período houve um esvaziamento dos hospitais psiquiátricos ou hospícios/manicômios como a psiquiatria democrática costuma denominar o hospital psiquiátrico, ganhando força no território através da criação de diversos mecanismos de atenção à saúde mental, com o desenvolvimento de atividades culturais, pois:

Para a psiquiatria democrática é preferível soltar os loucos na rua e demolir os hospícios. Sua resposta é a de prestar esclarecimentos e assistência à população. A população, assim, receberá melhor seus doentes mentais, reconhecendo seus problemas; [...] considera-se que se forma um círculo vicioso na internação manicomial, pois a pessoa internada uma vez geralmente volta. Sua vida parece depender do hospital. Neste sentido a instituição é cronificadora. (SERRANO, 1983, p. 82-83).

Esse modelo causou muito temor principalmente para aqueles que concebiam a sociedade de forma imutável, porque:

Se o sofrimento psíquico tem causas na sociedade onde se vive, tratar adequadamente deste sofrimento e tentar diminuí-lo, torna-se um projeto capaz de contestar coisas da sociedade antiga. Pode exigir mudanças nos relacionamentos familiares, sociais e no modo como se encara o poder. [...] Uma psiquiatria empenhada em entender a fundo o sofrimento das pessoas poderá provar que o nosso modo de viver em sociedade contém muitas coisas ruins, coisas que dão

sofrimento. Poderá dar pistas para mudarmos coisas da sociedade. (SERRANO, 1983, p. 84).

Esse modelo de psiquiatria influenciou de forma significativa a Reforma Psiquiátrica brasileira, como podemos posteriormente compreender.

### **3.3 A história da psiquiatria no Brasil**

No Brasil a psiquiatria adentra o universo do país no século XIX com a chegada da família real ao Rio de Janeiro com o objetivo de ordenamento e disciplinamento da sociedade brasileira, no que se refere à população formada na sua maioria de afrodescendentes, porém considerada, na época, população mestiça.

Com o advento da psiquiatria, também emerge uma nova instituição no Brasil: o Hospital Psiquiátrico, com saberes e práticas específicos e com objetivo de intervenção focado no sofrimento mental, reduzido a condição de “doença mental”, de degenerescência moral, de base orgânica e hereditária. O comportamento dos ditos “alienados” era considerado inadequado e desviante, necessitando ser alijado em instituições asilares.

Porém até início do século XIX, os ditos loucos eram tratados de duas maneiras: se fossem calmos vagavam pelas ruas; se fossem agressivos eram levados para a cadeira pública onde permaneciam acorrentados. Somente em 1830 foi criada a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e nessa instituição, os loucos eram institucionalizados com a anuência da Acadêmia Imperial de Medicina que começa a divulgar modelos de tratamento e internações para loucos. No entanto estes modelos eram copiados das experiências europeias e traziam as limitações decorrentes de suas matrizes.

Em 1841 após campanhas desenvolvidas pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o imperador baixa um decreto imperial autorizando as obras de criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro que obteve verbas do tesouro imperial e contribuições da população. Dez anos depois, em novembro de 1852, finalmente a instituição psiquiátrica é inaugurada e começa a funcionar recebendo os loucos da Santa Casa.

Com o desenvolvimento da institucionalização da loucura, precisava-se de uma ciência médica para o acompanhamento dos pacientes do hospício, tal qual ocorria na Europa e no mundo. No Brasil a fundação da primeira faculdade de medicina foi na Bahia em 1808 e a criação da cadeira de Clínica Psiquiátrica somente em 1881, porém após sua criação há um aumento na produção no campo da psiquiatria:



O advento de uma cadeira de psiquiatria parece ter influenciado positivamente a produção científica. Na década de 1881-1890, foram apresentadas cinquenta e nove teses de teor neuropsiquiátrico, em sua maioria estritamente neurológicas. Mas encontramos oito, versando sobre alcoolismo, cinco sobre hipnose e sugestão e, em 1890, duas sobre A Hysteria no Homem. (COUTINHO; SABACK, 2007, p. 210).

Dentre as produções científicas que envolvem o campo da psiquiatria no Brasil, podemos elencar três médicos que se dedicaram ao trabalho na área de medicina legal, de antropologia e de psiquiatria, são eles: Raimundo Nina Rodrigues, Afrânio Peixoto e Juliano Moreira. Sobre esse último é importante frisar sua participação no campo da saúde mental, pelas ideias inovadoras e não racistas por ele defendidas.

O médico Juliano Moreira era negro, oriundo de família pobre e tornou-se médico aos 18 anos, posteriormente professor da faculdade de medicina da Bahia. No campo da saúde mental defendia que o tratamento deveria ter vários formatos. Poderia ser em asilo fechado com unidades pequenas para pacientes que necessitassem de tratamento especial; poderia ser em asilo de portas abertas para casos considerados agudos; em hospital-colônia para reabilitação; e em colônias para pacientes que não pudessem sair do asilo; também incluía o tratamento domiciliar quando a doença mental era descoberta precocemente e, caso houvesse necessidade de internação, se aconselhava o acompanhamento posterior em domicílio.

O pensamento de Juliano Moreira era considerado pioneiro por que ele compreendia que o asilo seria um formato que tenderia a desaparecer, sendo substituído pelo hospital geral, onde os pacientes seriam internados por períodos curtos. Mas defendia que o tratamento deveria ser constante, com atendimento e atenção individual por pacientes, por determinada faixa de população. Também desmistificava a doença mental quando a igualava a outras doenças e afirmava que havendo estímulo, respeito e cuidado o paciente não seria cronificado. Além de considerar as tensões sociais geradas pela vida urbana, como um fator importante que poderia implicar em doenças mentais.

Mas as ideias de Juliano Moreira apesar de avançadas para a época, de cunho não racista por que não considerava as doenças mentais como degenerescência da raça negra, e mesmo acreditando em tratamento fora do hospital psiquiátrico, foram pouco aplicadas e no Brasil legitimou-se o modelo do hospital-psiquiátrico, como modelo de tratamento na saúde mental. Como expressão da legitimidade e credibilidade desse modelo hospitalocêntrico no mundo e no Brasil, no início do século XX ocorreu um crescimento extraordinário dessas estruturas, com aumento vertiginoso da demanda por internações psiquiátricas.

Durante quase todo o século XX tem-se no Brasil uma primazia dos hospitais psiquiátricos no atendimento da demanda por saúde mental, com diversos tipos de tratamentos

que incluíam, dentre outros: psicotrópicos, camisas de força, eletroconvulsoterapia (eletrochoque), quartos de isolamentos, castigos e maus tratos, colocando os pacientes psiquiátricos em condições de desumanidade, o que gerou muitos questionamentos ao longo da história dos hospitais psiquiátricos, acarretando o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### **3.4 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Lei 10.216/01**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira historicamente tem limites demarcados a partir do final dos anos setenta, caracterizando-se como um movimento histórico de caráter político-ideológico e sócio-econômico que tem como principal reivindicação a desinstitucionalização dos usuários de hospitais psiquiátricos e os paradigmas que a sustentam, através da substituição progressiva desses hospitais, por serviços e práticas terapêuticas que venham a conceber a pessoa em sofrimento psíquico como um sujeito de direitos humanos, que deve ter acesso a um tratamento humanizado, em contato direto com sua família e sua comunidade, respeitando-se seus valores e costumes culturais.

Desta feita surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e integrantes de uma rede em saúde mental no Brasil, que engloba fundamentalmente a importância de se voltar os cuidados em saúde mental para o âmbito da comunidade, envolvendo-a no trato com o sofrimento psíquico e redimensionando o conceito de loucura presente na sociedade brasileira. Sociedade esta que estigmatiza e exclui as pessoas em sofrimento psíquico, numa perspectiva de apartação dos sujeitos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil também trouxe à tona as inconveniências e desumanidades do modelo de psiquiatria clássica que institucionalizou a loucura e que elegeu o hospital psiquiátrico como a única e exclusiva forma de tratamento para pessoas em sofrimento psíquico e sua consequente transformação, no seio do sistema capitalismo, numa mercadoria extremamente lucrativa e rentável, gerando uma indústria da loucura.

Nos anos 1980 a reabertura política do Brasil e o movimento de redemocratização, trazem como marca indelével a participação popular na redefinição do Estado brasileiro e das políticas públicas. Com a referida constituição de 1988 – ou como ficou popularmente conhecida – a Constituição Cidadã, notamos vários avanços na área das políticas públicas e do papel do Estado, em especial no que concerne a política de saúde, pois em seu artigo 196 a constituição brasileira determina, que esta política é um dever do Estado brasileiro e direito de todos os cidadãos.

Já em 1987 diversos atores sociais na 1ª Conferência Nacional de Saúde - evento realizado pelo Governo Federal em parceria com a sociedade civil organizada, onde se discutem as políticas públicas no campo da saúde - anunciam a criação de um sistema de saúde que tivesse um caráter universal e integral para o atendimento da população brasileira, mas somente em 1990 ganha significativa força com a Lei 8.080 ou Lei Orgânica da Saúde, adquirindo o Estatuto de Sistema Único de Saúde - SUS e a política passa a integrar o campo da seguridade social, tornando-se uma política do Estado brasileiro.

Em 2011 com a 14ª Conferência Nacional de Saúde, os delegados presentes a mesma, reafirmam e referendam o SUS como política de proteção social e aponta a necessidade de fortalecimento da saúde como uma política regida pelos princípios e diretrizes da descentralização, da atenção integral e da participação comunitária, tendo caráter universalizante, de igualdade e equidade social.

Nessa lógica o modelo do SUS vai consolidando-se a partir de uma rede de atenção primária, com postos de saúde, Programa Saúde da Família (PSF), saúde bucal, saúde da mulher, saúde integral da população negra, dentre outros; de uma rede de atenção secundária com os serviços especializados de média complexidade, onde encontram-se os Centros de Atenção Psicossociais (Caps) e com uma rede de atenção terciária composta por hospitais de alta complexidade, formando um conjunto articulado de ações e atendimentos de saúde para a população brasileira.

Inserida nessa lógica complexa do Sistema Único de Saúde (SUS), está a Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001a), que busca dentre outras coisas:

Consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política. (PORTAL DA SAÚDE, 2012, p. 1).

Segundo a IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2012 em seu Relatório Final afirma que o Estado brasileiro deve:

Garantir as conquistas obtidas com a Reforma Psiquiátrica, em especial a desinstitucionalização e a inclusão social e a sustentabilidade e/ou reafirmação do modelo assistencial da atenção psicossocial, em conformidade com a legislação vigente, independentemente de quaisquer mudanças que ocorram no Executivo [...]

Fazer cumprir a Lei 10.216/2001, além de não admitir a revisão e nem o retrocesso das conquistas alcançadas a partir de sua aprovação, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando os seus direitos de cidadania, em especial, o acesso ao tratamento na rede substitutiva. (CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 2010, p. 56).

A Lei 10.216/01 vem reconhecer oficialmente os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a garantia de um atendimento digno, pois:

Art. 1º - os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001a, p. 1).

Na mesma Lei constituem direitos da pessoa em sofrimento psíquico:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001, p. 1).

Com ênfase no que relata os artigos VIII e o XIX da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001a) que versam pelo direito do usuário de ter um tratamento menos invasivo e ser tratados em serviços comunitários, as práticas integrativas e complementares coadunam com essa ideia no que concerne ao oferecimento de terapêuticas de base fitoterápicas e menos agressivas se comparadas às terapêuticas medicamentosas dos psicofármacos, que mesmo os de última geração, ainda provocam reações adversas nos usuários que fazem uso dos mesmos, com efeitos colaterais que os obrigam a utilizar outras medicações clínicas para amenizar as consequências do tratamento com psicotrópicos.

### **3.5 O Caps em Fortaleza e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

O município de Fortaleza através da Resolução nº 2 do Conselho Municipal de Saúde de 08 de fevereiro de 2000 aprova a criação de 06 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. Neste mesmo ano o Prefeito Municipal

Dr. Juracir Magalhães criou o concurso público para o provimento de pessoal nas unidades Caps na cidade de Fortaleza.

No ano de 2001 essas equipes concursadas são convocadas e tem início o funcionamento dos três primeiros Caps para o atendimento de toda a cidade de Fortaleza, que vale ressaltar, nessa época contava com uma média de 2.000.000 milhões de habitantes, segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). Ou seja, esses serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico já nasceram com limitações em seu campo de atuação por conta da grande extensão territorial e populacional que precisavam abranger.

A portaria/SNAS de nº 224 de 29 de janeiro de 1992 do Governo Federal, estabelece que num determinado território, o Caps deverá contar com uma equipe multiprofissional formada por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional. E deve realizar três níveis de atendimento: os cuidados intensivos para as pessoas que precisam ser acompanhada diariamente e encontram-se em grave sofrimento psíquico que dificulta sua vida afetiva, familiar ou social; os cuidados semi-intensivos, quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento; e os cuidados não-intensivos, quando a pessoa não precisa de suporte da equipe e consegue seguir sua rotina diária, podendo ficar sendo atendido até três dias no mês.

No Caps o atendimento é específico para pessoas com sofrimento psíquico grave (psicoses e neuroses) em regime ambulatorial, com terapias individuais e grupais numa perspectiva de tratamento e acompanhamento da crise, evitando-se a internação em hospital psiquiátrico. Em casos especiais que requerem uma atenção mais intensiva, orienta-se a internação em hospital geral ou no Caps 24 horas que realiza atendimento de internação provisória e monitorada.

As instituições Caps tem como objetivo a promoção da inserção social dos usuários, fortalecendo seus vínculos familiares e re-estabelecendo laços comunitários dos mesmos com seu território e sua comunidade. Uma vez inserida no atendimento, a pessoa é acolhida, cuidada, ouvida e é construído com ela um plano terapêutico específico com atividades de seu maior interesse que visam atender as suas necessidades, composto por prescrições médicas, grupos terapêuticos, grupos de arte-terapia e grupos laborativos com oficinas geradora de trabalho e renda (marcenaria, cerâmica, bijuterias, brechó, artesanato em geral), e oficinas de alfabetização, o que possibilita exercitar a escrita e a leitura, concebidas

como uma condição importante na (re)construção da cidadania, oferecendo atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, que estimulam a alteridade e a autonomia.

A família e a comunidade são fundamentais para o tratamento no Caps e a para o processo de re-estabelecimento e reinserção dos pacientes, que nesses períodos de tratamento, ficam muito instáveis, inseguros e muitas vezes violentos, requerendo um conjunto articulado de sujeitos sociais que possam auxiliá-los nesse processo.

Por isso o Caps traz uma perspectiva psicossocial que possa trabalhar na busca dessa autonomia, da cidadania e da alteridade desse outro que encontra-se em sofrimento psíquico. O serviço é basicamente um instrumento mediador entre o usuário e a família, entre a usuário e a comunidade, entre a família e a comunidade, numa ação que aponta para a humanização do atendimento psíquico e a desestigmatização das pessoas em sofrimento psíquico.

Essa proposta de desinstitucionalização da loucura a partir de uma rede de atenção a saúde mental que advém com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, do qual os Caps são um dos componentes, exige que esses serviços possam abordar as manifestações de sofrimento mental oportunizando a realização de ações e reflexões acerca dessa construção social da subjetividade e das relações que a permeiam, com atividades de formação e educação nos diversos grupos terapêuticos.

De fato o grande desafio nesses serviços está pautado em não render-se à lógica dominante capitalista de pensar a loucura como uma doença mental e o paciente como um inútil, um ser social, cultural, político e economicamente incapaz, tolhido em sua fala, censurado em seus gestos, entorpecido em seus sentidos e condenado ao silêncio. O Caps, ao contrário, se propõe a realizar intervenções que re-inventem a forma de lidar com o sofrimento mental – não como doença – mas como formas diferenciadas de viver, de ser e estar no mundo.

Em Fortaleza, no Estado do Ceará, as três primeiras unidades Caps começam a funcionar em 2001 em bairros diferentes da cidade. O Caps Iracema foi instalado no bairro de messejana e possui uma equipe multiprofissional formada por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeira, auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional.

No início das atividades da unidade a equipe recebeu uma formação em saúde mental focada na lógica anti-manicomial e na abordagem humanizada, a partir de terapias onde a escuta individual e coletiva compunham a base do atendimento, ao mesmo tempo em que foi enfatizada a importância da participação da família e da comunidade através da articulação do território e da mobilização dos organismos comunitários.

Em 2007 a Rede de Saúde Mental de Fortaleza incorporou em seu trabalho institucional, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), criada pelas Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006 e nº 1.600 de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006) que versa sobre a valorização da medicina tradicional e das terapias medicamentosas fitoterápicas, espirituais e não medicamentosas.

Essa Política é o resultado do acúmulo de discussões e reflexões realizadas pelos movimentos sociais de educação popular e saúde, movimentos de saúde comunitária e profissionais de saúde que não adotam o paradigma bio-médico como modelo primordial na saúde, e que vinha realizando vários debates no interior das Conferências de Saúde para que fossem reconhecidas suas práticas de tratamento baseadas em método não-medicamentosos, como os da medicina tradicional chinesa-acupuntura, da homeopatia, medicina antroposófica, da Fitoterapia e do termalismo-crenoterapia.

Os conhecimentos e práticas ancestrais africanas estão contempladas nessa Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), como conhecimentos milenares no uso medicinal dos animais, dos minerais e das plantas. Nas sociedades tradicionais africanas, esse uso vem acompanhado de encantamentos ou palavras mágicas que são pronunciadas para despertar o princípio ativo das mesmas, conforme constatou Pierre Verger (2009, p. 6):

Se para a medicina ocidental o conhecimento do nome científico das plantas usadas e suas características farmacológicas é o principal, em sociedades tradicionais o conhecimento dos ofô, encantações transmitidas oralmente, é o que é essencial. Neles encontramos a definição da ação esperada de cada uma das plantas que entram na receita.

Esses conhecimentos e práticas ancestrais africanas das sociedades tradicionais em África foram trazidos pelos escravizados para o Brasil, sendo preservados e ressignificados pelas Religiões de Matriz Africana como o Candomblé, constituindo-se em fonte essencial do tratamento em saúde dessas comunidades e utilizados em seus rituais sagrados.

O Caps Iracema como partícipe da Rede de Atenção em Saúde Mental da Prefeitura de Fortaleza, incorporou essas práticas terapêuticas ancestrais africanas, como tratamento complementar ao tratamento bio-médico, psicofármaco e psicoterapêutico.

## **4. TERREIRO: LUGAR DE CONHECIMENTOS ANCESTRAIS AFRICANOS EM SAÚDE**

### **4.1 A Cosmovisão Africana no Brasil**

A Cosmovisão africana é um sistema cultural-filosófico presente em África negra que possui elementos em comum que peculiarizam o pensamento africano, influenciando a concepção de vida dos mesmos e dando sustentação a uma forma específica de organização social, política, econômica, ética e cultural que veio na diáspora africana para o Brasil.

Esses elementos são essenciais para se entender o pensamento africano e as diversas instituições fundadas pelos negros no Brasil, como as Religiões de Matriz Africana. Segundo Oliveira (2003) esses elementos são a base fundante desse pensamento, a começar pela concepção de universo considerado a interação constante e incessante entre mundo visível e invisível, entre o que constitui-se segredo e revelado, uma teia tecida entre visível/aparente e invisível/essência/criador.

Nessa perspectiva a vida é concebida como força vital e energia em movimento, que tem a palavra como energia geradora construtiva e/ou destrutiva, conforme o uso que se faça dela. É a expressão do hálito divino, por isso a palavra é sagrada, produtora de Asè (força vital) e uma vez pronunciada adquire força de realização.

O tempo é compreendido como não linear e voltado para o passado e o presente, sem preocupações excessivas com o tempo futuro, pois nas sociedades tradicionais africanas é no passado onde estão todas as respostas para os mistérios do tempo presente. É a morada dos ancestrais e onde reside toda a sua sabedoria. O tempo presente não é concebido como uma busca do tempo futuro, pois a ideia de existência do homem não está pautada em adquirir bens materiais como para o homem ocidental, que de forma geral, pauta sua existência nesse sentido de dominar e transformar a natureza, na perspectiva de obtenção de lucro, capital e poder econômico a qualquer preço e a qualquer custo.

O homem na Cosmovisão Africana é entendido como uma singularidade elaborada no coletivo e sua socialização um processo coletivo e de responsabilidade da sociedade como um todo, que estrutura-se em famílias matriarcais ou patriarcais, que constituem-se em locus privilegiado para a vivência da cultura.

A família africana é constituída de pessoas e de seus antepassados ou ancestrais divinizados, que são cultuados e de onde provém a referência para a existência da comunidade e do grupo. Desta forma, a finalidade da existência do homem está estabelecida



no Universo, de onde recebe influência direta dos seres da natureza. A finalidade da vida é orientada pela condição de sua riqueza simbólica, por suas qualidades oriundas de sua hereditariedade, de sua família, do poder religioso, das doutrinas mitológicas e de uma filosofia da ancestralidade.

Dessa ligação intrínseca com a natureza – pois o homem é parte integrante da mesma – nasce um dos fundamentos de sua existência e uma maneira peculiar de organização sócio-econômica que prima pela preservação da mesma. As comunidades tradicionais negro-africanas possuem outra forma de pensar a produção para o suprimento das necessidades econômica e sociais da comunidade de forma não lucrativa, nem privatista da terra.

A produção econômica é baseada nas necessidades coletivas, mas não há produção excedente com vistas a acumulação e ao lucro, como nas sociedades capitalistas, por que o africano não concebe a terra como sua propriedade privada. Ele faz uso dela e a partir dela retirar seu sustento. A terra não é uma mercadoria de valor financeiro, lucrativo e especulativo, o que conduz a um modelo de poder político de base participativa e comunitária. A política é uma atribuição dos homens, mas a regência do poder está sob a égide dos antepassados e as pactuações com o mundo do sagrado, com a sua ancestralidade.

Por isso em África negra a morte adquire fundamental importância, sendo um processo essencial e ritualizado, potencializadora da ancestralidade. É por meio dela que se formam os cultos aos ancestrais, antepassados divinizados ou *Òrìsà*, mantendo-se o elo entre os mundos material (*Àiyé*) e mundo imaterial (*Òrún*).

Estes cultos acontecem de forma constante em África Negra e são a pedra fundante da Cosmovisão Africana, que alimenta-se nas fontes desses cultos, pois é a partir deles que se realiza a síntese de todos os elementos constitutivos que dão logicidade ao pensamento filosófico de base ancestral, que perpetua-se ao longo do tempo através de uma tradição oral expressa numa rica construção mitológica, conforme nos diz Luz:

Somente o mito poderá falar das diversas dimensões do existir característico da cultura negra, onde o Ser é, e o não Ser também é: o mundo dos vivos, o existir dos ancestrais, as forças cósmicas que governam o universo. Esse mundo e o além, em processo de interação permanente. Em suma, o mito é o discurso capaz de representar a vida e a morte, o tudo e o nada, o pleno e o vazio, o visível e o invisível, o dito e o inefável, o mistério da existência. (LUZ, 2000, p. 21).

O mito constitui-se no discurso que elabora e pode realizar o processo da alteridade humana, diferentemente do que argumenta e afirma a ciência totalizadora eurocêntrica, fechada hermeticamente em seus conceitos, racionalizadora da vida material e

que desqualifica todo e qualquer processo que fuja aos padrões criados por sua racionalidade e lógica.

Os mitos africanos são para os povos negro-africanos referenciais de vida transmitidos pela oralidade. No panteão africano os ancestrais ou antepassados divinizados moram no mundo imaterial (*Òrún*) e zelam pela pessoa, pela família, pelo grupo e pela comunidade, tendo uma ligação direta com os homens, a natureza e a terra (*Àiyé*). A sociedade é dirigida pelos homens que comungam fraternalmente com os seus ancestrais, numa demonstração de que a vida é um complexo sistêmico *Òrún- Àiyé*, que origina uma filosofia da ancestralidade que embasa e dar sentido à vida. Um pensamento bantu expressa bem essa dinâmica dialógica para nosso entendimento:

O conhecimento da realidade e a imaginação reflexiva sobre as compreensões das consequências das relações instituídas entre os seres da natureza, animados e inanimados (nas sociedades africanas tudo tem vida), constitui parte das filosofias africanas vindas das sociedades ligadas as questões da ancestralidade, da identidade territorial, da transmissão dos conhecimentos pela palavra falada pelos seres humanos e pelos tambores. Formas de filosofar coletivas de conhecimento geral, produzindo valores éticos que regulam as vidas cotidianas das sociedades africanas, ditas tradicionais (tradição no sentido da repetição no tempo com modificações e inovações, mas sempre referidas a uma história do passado e transmita por um ritual social normativo). Sociedade que os textos de Chinua Achebe [...], Sobonfu Some [...] e José Flavio Pessoa [...] bem nos descreve e nos ensina sobre os seus princípios, valores e forma de organização. São formas filosófica de refletir e ensinar e aprender sobre as relações dos seres da natureza, do cosmo e da existência humana. São filosofias pragmáticas da solução dos problemas da vida na terra, profundamente ligados ao existir e compor o equilíbrio de forças da continuidade saudável destas existências, sempre na dinâmica dos conflitos e das possibilidades de serem postas em equilíbrio. A contradição e a negociação. Os problemas da existência física e espiritual fundamentam-se nos da existência de uma totalidade que governa as gerações e que permite a continuidade dinâmica da vida pela interferência humana. São formas de pensar, tomadas dos mitos, dos provérbios, dos compromissos sociais que formam uma ética social, refletem, inscrevem [...] registrado na oralidade os condicionantes da existência humana, da formação social, das relações de poder e justiça, da continuidade da vida. A natureza como respeito profundo a vida. (BARROS, 2006, p. 82).

Portanto dessa filosofia ancestral nascem os conceitos da Cosmovisão africana e o conceito de saúde é elaborado tendo como referência a compreensão da vida humana como um conjunto de conexões dialógicas que pressupõe o equilíbrio entre o corpo (material e imaterial), a natureza e a ancestralidade.

Nesse sentido a saúde mental adquire essencial papel nesse processo, pois *Orí* (a cabeça) para os povos negro-africanos é a parte do corpo que expressa a dimensão material e imaterial da vida humana. É no *Orí* (cabeça) que as conexões neurais realizam-se intensamente, num fluxo constante e incessante, onde a pessoa constrói o que intitula-se racionalidade, ideias, conceitos, mas também todas as conexões emocionais e os diversos

sentimentos como medo, angústia, tristeza, ansiedade, alegria, felicidade, vivenciados em sua existência. Bàbátundé Lawal da Universidade de Ilè-Ifé, Nigéria, refere-se assim à *Orí* – cabeça:

Na maioria das esculturas africanas tradicionais, a cabeça é a parte mais proeminente porque, na vida real, é a parte mais vital do corpo humano. Ela contém o cérebro – a morada da sabedoria e da razão; os olhos – a luz que ilumina os passos do homem pelos labirintos da vida; os ouvidos – com os quais o homem escuta e reage aos sons; a boca – com a qual ele come e mantém o corpo e alma juntos. As outras partes do corpo são abreviadas para enfatizar suas posições subordinadas. Tão importante é a cabeça como a sede da personalidade e destino do homem. (BENISTE, 2010, p. 21).

*Orí* – a cabeça – durante o nascimento é quem vem primeiro abrindo espaço para o restante do corpo da criança, por isso ela é a morada da consciência e dos principais sentidos físicos e emocionais. *Orí* é desta feita, o local por excelência da saúde mental. Esse destaque dado a *Orí* não subjulga outros órgãos do corpo humano, mas destaca a sua importância para a Cultura negro-africana.

No Brasil o legado negro-africano expandiu-se de forma grandiosa e de tal maneira que os valores e princípios da civilização africana estão vivos na memória e na tradição das Religiões de Matriz Africana presentes nos Terreiros, como nos relata Oliveira:

Na diáspora africana, o que vem para o Brasil não é a estrutura físico-espacial das instituições nativas africanas, mas os valores e princípios negros africanos. [...] Pensar a cultura negra é pensar a reterritorialização dos negros no Brasil. O território afro-brasileiro não é espaço físico africano, mas a forma como os negros brasileiros singularizaram o território nacional. O espaço físico reterritorializado é um espaço simbólico-cultural. Este território, singularizado pela cultura negra, por seu real vivido, por sua filosofia imanente, por sua dinâmica civilizatória, marcou definitivamente a formação social brasileira. Foram os aspectos civilizatórios africanos que, reinterpretados no Brasil, desenham o projeto ético-político dos afro-brasileiros. [...] no Candomblé que tais aspectos podem ser melhor percebidos. (OLIVEIRA, 2003, p. 83-84).

Um desses legados está presente na contribuição de povos Jêje (ewe-fon) e iorubás/nagôs, respectivamente e que intitula-se de complexo cultural Jêje-nagô, que se traduz num conjunto de valores e princípios que são expressos pela linguagem religiosa africana dos terreiros.

Nesse complexo a relação constante e dialógica entre o mundo visível – *Àiyé* e o mundo invisível – *Òrún* dar sentido à existência, conforme relata Luz: “A comunicação entre esses dois mundos se dá através de uma concepção vitalista do mundo, que se caracteriza pelo conceito de axé [...] que exprime a ideia de forças circulantes capazes de engendrar a criação e a expansão da vida.” (BENISTE, 2000, p. 33).

A relação dos seres humanos com o mundo natural e com os ancestrais realiza as conexões necessárias para a obtenção de *Asè*, que seria a força vital presente no corpo humano, no universo e na natureza. Nesse caso as plantas são elementos constituintes de *Asè*, assim como os minerais e os animais. O conceito de doença inscreve-se nesse contexto como a ausência ou enfraquecimento de *Asè* na pessoa, grupo ou comunidade e a saúde a sua presença fortalecida.

A saúde mental é a representação do *Orí* (cabeça) fortalecido, capaz de trazer a realização pessoal que é sempre perpassada pela noção de conjunto, nunca uma pessoa individualizada, mas a mesma inserida no contexto cultural, social, político-econômico e comunitário, numa relação dialógica entre essas partes.

Desta forma o tratamento em saúde mental é um conjunto articulado de procedimentos que envolvem a manipulação e o uso de ervas e plantas em banhos, infusões, chás, lambedores, sacudimentos de folhas e terapias de escuta do sofrimento para que o fortalecimento do *Asè* (força vital) seja possível, ao mesmo tempo em que, trabalha-se o sujeito para que possa entender o processo do adoecimento como um acontecimento que ocorre, mas que é resultante de uma complexa teia de intervenções que envolve sua família, seu grupo social, sua comunidade, sua sociedade e sua ancestralidade.

Na Cosmovisão Africana não adoce-se sozinho e também não há tratamento sozinho, todos estão implicados no sofrimento de Um e todos Co-responsabilizam-se em seu tratamento. Essa perspectiva traz uma outra abordagem em termos de cuidado e acolhimento no campo da saúde para povos africanos e o desenvolvimento de uma medicina tradicional, que considera primordial e essencial a participação da ancestralidade.

Em África-negra essa noção de ancestralidade tem uma dimensão imprescindível que está presente nas práticas sociais e cotidianas, dando-lhes significações, como nos relata Leite (1982 *apud* BARROS, 2006, p. 29):

O fundamento da noção de ancestral está no princípio de imortalidade segundo Leite [...] “imortal em sua dimensão mais histórica, portador de carga social diferencial que é a da sociedade a que pertence, o homem pode ser compreendido pela sociedade como ser total que se manifesta durante sua existência visível – quando é o pré-ancestral – e após ela”. A massa ancestral em suas manifestações míticas e históricas é constitutiva do ser, e sua atualização ocorre em cada pessoa, unida profundamente à sua sociedade, formação social que ela prolonga e justifica.

Portanto ancestralidade e *Asè* (força vital) são elementos importantes na concepção de pessoa em África-negra e fundamentais o entendimento de saúde, doença e processos de prevenção, tratamento e cura.

## 4.2 A medicina tradicional africana

A medicina tradicional africana é um método de intervenção na relação saúde-doença que envolve a transmissão oral de conhecimentos de pai para filho, de práticas de cura que são guardadas zelosamente como um bem precioso. Em África, segundo Barros (2006, p. 1):

A grande distinção que se faz é entre a medicina ocidental racionalista moderna e aquelas religiosas ou mágicas. Estas últimas englobam os sistemas populares de interpretação e tratamento das doenças e a medicina de povos não ocidentais. No âmbito da medicina tradicional distingue-se a medicina popular e aquela iniciática. A primeira é constituída de um arsenal de remédios, interpretações da doença e de técnicas, patrimônio de uma vasta população, que não requerem para serem utilizadas uma preparação particular do terapeuta. A segunda é patrimônio de poucos indivíduos especializados e cuja história, características pessoais e iniciação resultem particulares.

Todavia, em ambas as formas de medicina tradicional, estão presentes o uso de recursos da natureza, pois os médicos tradicionais possuem uma capacidade de domínio do sistema sócio-cultural do povo e uma condição plena de manipulação de elementos da natureza.

Os componentes utilizados na medicina tradicional africana incluem as plantas, as ervas, os minerais, os animais, os jejuns e/ou as dietas terapêuticas, a manipulação da coluna vertebral e as massagens, as terapia de cura radiante, a hidroterapia, a psicoterapia, o ocultismo terapêutico, como maneiras de tratamento preventivo e curativo. Tudo isso associado a orações, invocações e encantamentos para a restituição e/ou fortalecimento do *Asè* (força vital) que traz saúde e reconecta a pessoa no plano material à sua ancestralidade.

No pensamento ocidental o conhecimento científico foi apartado da arte, a razão da emoção, causando um reducionismo ao campo material no entendimento do homem e da natureza. Absorvido e reproduzido pela ciência bio-médica, esse pensamento criou as pesquisas experimentais, que não consideram as experiências sensíveis, do vivido e do sagrado, as experiência no mundo do sagrado. Diferentemente da medicina tradicional africana, que trabalha em conjunto com os valores culturais e ancestrais da comunidade, que lhe conferem logicidade e legitimidade sócio-cultural, quando do reconhecimento das relações do mundo visível dos homens (*Àiyé*) com o mundo invisível dos ancestrais (*Òrún*), com isso:

Os conceitos fundamentais de saúde e doença na medicina africana são ligados à ideia de equilíbrio e interdependência dos elementos constitutivos (visíveis ou não) que se influenciam entre si, segundo Koumaré [...] desde o nascimento, o ser

humano está sujeito ao controle de elementos naturais e a sobrevivência depende da capacidade de encontrar um equilíbrio em um ambiente que contém elementos favoráveis e desfavoráveis. O conhecimento destes elementos confere poder de conservar ou alterar aquele equilíbrio que representa a saúde. (BARROS, 2006, p. 7).

No que concerne ao campo da saúde mental em África-negra, onde a pessoa é concebida como uma unidade indissolúvel de corpo material (*Ara*), corpo imaterial, espírito (*Orí Inu*) e sua ancestralidade, a introdução do pensamento da medicina psiquiatria ocidental causou um estranhamento para esses povos, como relata Barros (2006, p. 8):

No final do século XIX e início do século passado, missionários e militares médicos em missão de exploração e conquista descreveram fenômenos considerados desordem psíquica, assim como as terapêuticas em sociedades africanas, americanas e asiáticas. Em suas observações, os preconceitos, as categorias morais, o paternalismo e o eurocentrismo reduzem a diferença ao absolutamente outro e ao exótico. A religião foi considerada, muitas vezes, como esquizofrenia organizada; a magia como doença da cultura e o especialista da cura negro-africano descrito como epilético, histérico ou doente dos nervos.

Essa leitura feita pelo pensamento ocidental acerca das manifestações culturais e religiosas de povos negro-africanos, perdurou durante muitos anos, influenciando na criação de representações sociais sobre as importantes contribuições dessas culturas em África e no próprio Brasil, sobre isso afirma Cunha Júnior (2010, p. 83):

O eurocentrismo ocidental reza tudo aquilo que ele desconhece que não tem grande importância para o conhecimento racional. O ocidente não conhece, portanto não existe. Dado ao desconhecimento ocidental, às vezes acidental noutras proposital [...], grande parte do conhecimento da humanidade não existe como conhecimento racional. Reduz os povos não ocidentais a povos que não pensam de forma lógica. A ignorância ocidental sobre os não ocidentais (ou pelo menos conhecimento parcial) produziu a arrogância e desta ao eurocentrismo, em se considerar única fonte dos únicos pensamentos lógicos racionalizados pelas lógicas do seu conhecimento.

Em pensamento similar ao de Cunha Júnior (2010), sobre o pensamento ocidental acerca da Cosmovisão Africana, nos relata Barros (2005, p. 77):

A África tomada como objeto, destituída de história e de saber, tem sido ainda em nossos dias terreno constante de investigações em diversas disciplinas. No campo particular da chamada etnopsiquiatria, a discussão sobre o que é a alteridade é ferida aberta, pois a psiquiatria se debate com a visão da loucura como o outro da normalidade desejada e a etnologia conforta-se com formas mais ou menos sutis da herança colonial, nas quais o africano, o indígena ou o não-europeu ocupam o lugar de um outro do qual se desconhecem os limites da diferença. Essa é uma problemática crucial assinalada por Piero Coppo [...], pois a psiquiatria, setor da medicina convencional de origem europeia, erigiu seu saber com base na separação entre corpo e espírito, disjunção estranha no pensamento negro-africano. Verifica-se, assim, um distanciamento epistemológico profundo entre a medicina psiquiátrica de origem europeia e a medicina negro-africana. No entanto, muitos esforços têm sido

realizados no sentido de superar os obstáculos teóricos e políticos. Pesquisas importantes têm resultado, muitas vezes, do esforço conjunto de vários especialistas: antropólogos, psiquiatras, sociólogos, psicólogos, inscrevendo-se no quadro de formulação de uma revisão crítica da própria constituição do saber dominante nas sociedades ocidentais.

Porém a despeito das críticas e formulações teóricas acerca do pensamento negro-africano, de suas práticas no campo saúde-doença, seus modelos de cura pautado numa lógica de envolvimento com a ancestralidade, uma coisa é incontestável: com a diáspora africana no período expansionista do capitalismo mercantilista, esse pensamento viajou nos tumbeiros, foi trazido em forma de memórias coletivas dos povos escravizados e re-significou-se em terras brasileiras, através das Religiões de Matriz Africana ou os Terreiros como ficaram conhecidas e vem se legitimando como conhecimentos e práticas de acolhimento, cuidado, tratamento, prevenção e promoção de saúde.

Esse conjunto de conhecimentos africanos preservados nos terreiros ficou conhecido como complexo Jêje-nagô e partilham uma herança comum, segundo Pessoa, com:

Significados transmitidos historicamente, incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas, expressas em formas simbólicas, por meio das quais os homens se comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida [...] intitular-se Jêje ou Nagô significa ter adotado uma identidade através de um processo de socialização, que implica na internalização de uma ideologia específica que, entretanto, possui características marcantes de ambos os grupos – jêjes (ewe) e nagôs (yorùbá)”. (BARROS, 2010, p. 6).

### **4.3 O Terreiro como expressão da Cosmovisão Africana**

Os Terreiros são uma expressão da Cosmovisão Africana no Brasil e grandes guardiões da identidade e memória ancestral histórica desses povos, como nos relata Luz:

Uma das mais importantes instituições que asseguram a continuidade do processo civilizatório africano é o culto aos ancestrais [...] Não poderíamos deixar de mencionar a existência de inúmeros terreiros da tradicional religião africana que se desdobram e se multiplicam ao passar dos anos, irradiando seus valores [...] poderíamos dizer, em outras palavras, que a religião tradicional africana mantém-se na África e nas Américas, para garantir a existência, no sentido mais complexo e profundo que essa palavra possa ser empregada dentro do contexto simbólico negro-africano que exprime a dinâmica do universo caracterizada pela relação dialética entre esse mundo e o além. Garantir a existência, para que o mundo não se acabe, significa a constante mediação entre o mundo das forças cósmicas que regem o universo, o mundo dos ancestrais, o orún, com o mundo dos seres humanos, o aiyê, através da religião. [...] A expansão da humanidade, o equilíbrio da vida social e natural dependem da prática litúrgica que envolve a temporalidade e a espacialidade da vida do ser humano no âmbito do processo civilizatório africano. (LUZ, 2000, p. 418-421).

A palavra Terreiro significaria na definição de Sodré (1988, p. 50) o lugar próprio, ou seja, “Ela tem em sua etimologia o significado herança: é um bem ou conjunto de bens que se recebe do pai (pater, patri). Mas é também uma metáfora para o legado de uma memória coletiva, de algo culturalmente comum a um grupo.”

O Terreiro é esse espaço mítico-religioso que origina-se no Brasil com a chegada dos africanos escravizados na diáspora, onde se desenvolveu grande parte do patrimônio cultural negro-africano, constituindo-se num território geográfico e também político de preservação dessa identidade negra e refazimento de laços familiares e ancestrais, como relata Sodré:

O espaço do terreiro vai ser o lugar de reterritorialização de uma cultura fragmentada, de uma cultura de exílio. É ali que o indivíduo vai reviver, vai tentar refazer a sua família, e o seu clã, que tal como na África, são formados independentemente de laços sanguíneos. No espaço do terreiro, o indivíduo buscará o sentido de pertencimento a uma coletividade e ritualisticamente vai reencontrar a sua nação. (SODRÉ, 1988, p. 56).

No Brasil, os primeiros Terreiros que se tem notícia datam do século XVII na região de Maragogipe na Bahia e exercem uma função de agregação e congregação negro identitária, como relata o historiador Ronaldo Souza no vídeo documentário Casa de Santo (2012): “O Candomblé é a alma, a essência litúrgica do povo negro”. E, na afirmação do Babálòrìsà Edson dos Santos do Terreiro Alàbásé, no mesmo documentário: o “Candomblé cura, levanta e dar tranquilidade e paz a muita gente”.

Dessas afirmações acima compreende-se que o Candomblé foi espaço de resistência e refúgio de negros e negras aos sofrimentos ocasionados por seus algozes, mas também condição de refazimento e fortalecimento do corpo, da alma, da re-significação da família em família-de-santo e de pertencimento comunitário.

Em outras regiões da Bahia os Terreiros do Ilè Ìyá Nássò, mas conhecido como Casa Branca do Engenho Velho; o Terreiro Ìyá Omi Àse Ìyámassè ou Gantóis; e o Centro Cruz Santa do Àse Ópò Afonjá, mas conhecido por Ilè Àse Ópò Afonjá, são as denominações religiosas de matriz africana mais antigas na cidade de Salvador.

Em Pernambuco o Terreiro Ilè Obá Ògúnté é a casa mais antiga de matriz africana da nação nagô. Sua fundação data de 1875, século XIX e tornou-se referência no Estado e de onde originaram-se muitas casas de Xangô, como são denominados os Candomblés em terras pernambucanas.

No Maranhão os Terreiros da Casa Grande das Minas Jejê ou Querebentan de Zomadônu, a Casa Nagô ou Nagô Abioton são as raízes mais profundas de matriz africana, de



onde são oriundas todas as outras casas de Tambor de Mina, nome pelo qual são conhecidos os Terreiros do Maranhão, com especial destaque para a Casa Fanti Ashanti de Pai Euclides Talabian, que tem expressiva atuação e notoriedade na sociedade maranhense e brasileira pela preservação da memória cultural Daomeana e pela influência nas lutas do movimento afro-religioso no Brasil.

No Ceará, a despeito da historiografia oficial negar a influência africana alegando a pouca participação de negros escravizados, as expressões de africanidades presentes na sociedade cearense são inegáveis. Dentre elas podemos evidenciar a presença das Religiões de Matriz Africana, como a Umbanda e o Candomblé que floresceram em diversas regiões do Estado, conforme evidencia Bandeira (2011, p. 10):

Existiu uma casa de nação Angola do Sr. Feliciano, que era do bate folha, se eu não me engano, o bate folha era uma casa tradicional do Angola de Salvador. Essa casa é de mais ou menos 1950, ele iniciou uma senhora chamada Mãe Nenê do Oxossi, conhecida como Quissassa. Além dessa, havia D. Iraciana, Querubina, Rosinha (que era mãe pequena da casa), que eram da família-de-santo da casa de seu Feliciano, que existiu em Messejana. Essa casa é anterior ao Ilê Igba.

Porém com maior expressividade na década de 1970, no Ceará é criado o Candomblé de nação Nagô-Vodum, conforme Bandeira (2011, p. 12):

Ilê Igba Possun Azeri, reconhecido pela comunidade de santo cearense como a primeira casa de Candomblé instituída no Ceará, tem trajetória marcada por circuitos trilhados em constantes deslocamentos. Foi iniciado por dois homens que, de diferentes lugares geográficos, personalidades e temperamentos, construíram uma família-de-santo, que se espalhou em rotas nacionais e internacionais, sendo considerados os grandes iniciadores no santo.

Essa presença dos Terreiros em diversas regiões do país demonstra o legado africano na sociedade brasileira, mas fundamentalmente revela que foi a partir da religiosidade que negros e negras de várias etnias que aportaram no Brasil, conseguiram manter e preservar um conjunto de valores, costumes, concepções de universo, ancestralidade, natureza, vida, morte, comunidade, família, pessoa, saúde, educação, linguística, culinária, dentre outras, que intitula-se como Cosmóvisão Africana no Brasil.

#### **4.4 Terreiro como espaço curativo, preventivo e promotor de saúde**

Os Terreiros são espaços onde a relação com o cosmos, a ancestralidade e a natureza são fundamentais. No Candomblé existe uma frase que perpassa a ideia de ligação entre natureza e ancestralidade: “*Kò sí ewé, Kò sí òrísá*” ou seja, sem folhas, sem orixá. Sendo

está a base material-essencial, a natureza e seus elementos: as plantas, a água, o ar, a terra, os minerais e o fogo.

Nos Terreiros existem estratégias de acolhimento e cuidado em saúde que possuem referencial na Cosmologia africana, que origina uma concepção de pessoa, entendida como uma unidade corpo-alma, uma singularidade constituinte e constituída de elementos da natureza, em conexão dialógica com as forças cósmicas da ancestralidade.

Nesses espaços mítico-religiosos o Babálòssaím é a pessoa preparada ritualisticamente para o manuseio, o trato com o reino vegetal, sendo um profundo conhecedor das plantas e folhas, de suas propriedades medicinais, curativas e preventivas na saúde das pessoas e usadas nos rituais, nas obrigações e no tratamento em saúde oferecidos no Terreiro, através de sacudimentos, chás, lambedores, infusões, banhos de limpeza, equilíbrio energético, com a retirada de cargas energéticas negativas e restituição de cargas energéticas positivas.

Segundo Alexandre Adè Ewé Ewé Molá do *Asè Ye Ye Òmín Òsún*, o cargo de Babálòssaím é destinado ao cuidado, preparado e manuseio das ervas e folhas no Candomblé, tanto na parte ritualística, como para o atendimento em saúde para pessoas que não são da Religião.

Os Babálòssaím também ficaram conhecidos popularmente com os nomes de erveiros e mateiros, são os curandeiros ou “médicos” populares do século XIX, que atendiam à população negra que os procurava nas ruas, ensinando-lhes medicamentos para males do corpo e do espírito, com o uso de plantas e ervas. Mas esses médicos populares também utilizavam seus conhecimentos para a sua própria sobrevivência pessoal e de sua família.

Alexandre ressalta também que no Candomblé, com o passar do tempo, esse cargo foi absorvidos por Babálòrísá e Ìyálòrísá (pais e mães de santo), diminuindo muito a formação de pessoas específicas nos Terreiros para essa função, que exige muito tempo, dedicação e disposição para estudos aprofundados de plantas e ervas. Por isso, Alexandre Adé Ewé Ewé Molá é o único Babálòssaím no Estado do Ceará.

Especificamente na sua formação, ele nos conta que recebeu ensinamentos de sua Ìyálòrísá Ilza T'Osun e de seu padrinho espiritual Torodè, um detentor de vasto conhecimento de plantas e ervas, devido o seu processo iniciático no jogo divinatório de Ifá em África - Nigéria, onde adquiriu o título de Babá Ifá ou pai dos segredos de Ifá, que é uma técnica milenar de consulta oracular utilizada em África, onde usa-se os preparados de plantas e animais para o tratamento de doenças e re-estabelecimento de saúde.

Para o Babálòssaím Alexandre, o Candomblé faz uso não somente das folhas mas da planta como um todo: raízes, caules, sementes, frutas e a seivas; e em relação as folhas, relata que há um sistema de classificação bi-polar que as divide em folhas frias e quentes. As folhas consideradas frias são folhas que acalmam, que dão uma sensação de tranquilidade, ao contrário das folhas quentes, que causam uma sensação de excitação no corpo e na sua espiritualidade. A mistura de ambas ocasiona o equilíbrio energético presente nos banhos, que também podem induzir ao transe mediúnico, quando as pessoas estão sendo preparadas para receber a energia do Òrìsà no processo iniciático do Candomblé.

Segundo Alexandre, no Terreiro onde é Babálòssaím, houve um período em que se a Ìyálòrísá Ilza T'Osun se dedicava muito a tratar pessoas que chegavam na casa apresentando sinais de perturbações mentais com sintomas de agitação, ansiedade, tristeza, tremores, perturbações de vozes e zumbidos na cabeça. E elas eram tratadas com as plantas e, muitas vezes, com a própria iniciação no Candomblé, o que diminuía ou fazia desaparecer os sintomas e a pessoa passava a ter uma vida sem essas alterações que a perturbava e inquietava.

Alexandre nos diz que nos Terreiros de Candomblé tem dois tipos principais de banhos: o Àgbo e o Ewé Ewé Èró.

O primeiro tem características de um banho com aroma forte, porque é preparado e fica curtindo durante dias e/ou meses em potes de barro e sua função é retirar as cargas negativas, daí a denominação popular de banho de descarrego. O segundo, o Ewé Ewé Èró, é um banho tido como refrescante, por que é preparado para ser usado logo em seguida, sem apuração em recipientes e sua função é de restituir energias positivas no corpo. (ENTREVISTA, 12.01.2013).

De fato num procedimento terapêutico intitulado Ebó (limpeza espiritual energética) os dois banhos são utilizados, segundo Alexandre:

Primeiro o Àgbo para retirar energias negativas, energias prejudiciais ao funcionamento do corpo que geram angústia, stress, tensão muscular, cansaço físico, fadiga mental, dores de cabeça, medo, ansiedade e logo em seguida o Ewé Ewé Èró para re-estabelecer as energias positivas, dando uma sensação de bem-estar e equilíbrio, pois o corpo e a alma foram re-equilibrados energeticamente. (ENTREVISTA, 12.01.2013).

Acerca desse re-equilíbrio propiciado pelo cuidado nos Terreiros, Guimarães, psicanalista, pesquisador e estudioso da saúde mental e dos Candomblés do Rio de Janeiro, afirma que:

Esses universais de matriz africana compõem categorias simbólicas que organizam formas de ser e viver, organizam o mundo, constroem e mantêm subjetividades. São

responsáveis pela construção e manutenção de subjetividades porque: se processam através de formas simbólico-afetivas, como acolhimento, suporte (holding), vivência de continuidade de ser no tempo e espaço, apresentação de limites de forma não invasora; por serem processos relacionais e inter-subjetivos intrínsecos, “incorporados”, “assentados” à dinâmica sistêmica do terreiro, permitindo ao indivíduo lidar com questões, por vezes conflituais, que se estabelecem entre aquilo que se necessita/deseja e o que é possível em função dos limites da realidade externa (entre princípio do prazer e princípio da realidade). (GUIMARÃES, 1995, p. 8).

A pesquisadora Miriam Cristiane ao se reportar ao Terreiro como espaço de construção de saberes na saúde, também nos relatam que:

No terreiro são produzidas práticas terapêuticas com ações de prevenção e promoção da saúde fundamentadas em uma cosmologia que integra o mundo físico e o espiritual. [...] Trata-se de um modo de compreender o mundo e, conseqüentemente, o processo saúde-doença, com base em uma cosmovisão mítico-religiosa e, ao mesmo tempo, no campo da visão sistêmica complexa, na medida em que concebe a dialógica entre os mundos físico e espiritual. [...] É nessa perspectiva que os terreiros conhecem e agem sobre o processo saúde-doença. Um exemplo disso são os relatos de banhos de ervas associados a orações. No terreiro, trabalha-se com uma concepção de saúde que é pensada e produzida na relação entre o simbólico e o concreto, o natural e o tecnológico, o mítico e o empírico que se complementam e constituem o sentido de integralidade vivido nessa comunidade. Enquanto o SUS compreende a integralidade como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, no terreiro, a integralidade pressupõe a relação entre as dimensões espiritual e física que constituem os sujeitos. Essa concepção de saúde parte de uma noção de sujeito integral, [...] ao trabalhar com a tríade físico-espiritual-cultural o terreiro, com sua auto-organização, tem um modo de produzir saúde que extrapola as verdades técnico-científicas das práticas convencionais. Atua a partir de uma compreensão ampliada sobre o processo saúde-doença, corroborando diferentes abordagens terapêuticas tradicionais contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que atuam na perspectiva da prevenção, promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral. (ALVES; SEMINOTTI, 2009, p. 85-91).

O Babálòrisá Sílvio T'iyemonjá do Asè Alaketu Omin Ìyá Ògún acerca da saúde nos terreiros nos traz a seguinte contribuição:

Eu sou um Babálòrisá, por isso tenho como missão cuidar das pessoas, sejam meus filhos de santo, sejam pessoas que procuram minha casa por algum motivo. Por isso eu faço parte da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde, a Renafro-Ce, onde estou coordenador no momento. Por que a rede mostra para o Brasil todo e para a sociedade que o terreiro é um espaço onde a gente faz saúde, restitui saúde. Em nossas casas de axé, todos os dias recebemos pessoas que precisam de uma palavra de conforto, de um cuidado e a gente atende todo mundo. [...] E vai jogar, para ver no jogo se aquele problema é espiritual ou clínico, mas em todo caso no terreiro tratamos os dois, por que um interfere no outro. Mas também se precisar de atendimento médico, também eu oriento que procure o SUS, por que a rede é parceira do SUS e os terreiros colaboram com a saúde pública. Nós também promovemos saúde. (ENTREVISTA, 09.03.2013).

Portanto os Terreiros como espaços míticos ancestrais africanos promotores de saúde, guardam em seus conhecimentos e práticas as concepções de saúde da medicina tradicional africana, que utilizando-se de uma tradição oral, passa conhecimento dos mais velhos para os mais novos. Essa medicina tradicional africana inclui em seus componentes vários elementos: a natureza, o jejum terapêutico, a educação alimentar de base natural, a escuta individual das queixas, a consulta oracular aos ancestrais, a hidroterapia, dentre outros modos.

Os Terreiros no Brasil e a medicina tradicional africana, possuem como fundamentação uma filosofia da ancestralidade presente numa Cosmologia Africana que concebe a pessoa, como um conjunto articulado que envolve a sua singularidade, sua família, sua comunidade e sua ancestralidade. Saúde é um processo que envolve todas essas dimensões e expressa-se como *Asè* (força vital) fortalecido; para isso, os recursos da natureza são largamente utilizados, tanto em África, como no Brasil.

#### **4.5 As Folhas no Candomblé de Ketu**

Nos Terreiros de forma geral a natureza adquire importância por excelência, pois ela possui todos os elementos constitutivos de *Asè* (força vital) que precisamos para a vida no planeta, no Terreiro, na comunidade e em nossa vida. O corpo biológico é concebido como um conjunto material e imaterial, possuidor de energias que devidamente equilibradas num contexto territorial expressam saúde.

As folhas para os Terreiros são possuidoras de poder, de força vital que é *Asè*, porém algumas delas tem finalidades muito particulares e não são usadas em banhos rituais, mas em sua grande maioria, as folhas são utilizadas no re-equilíbrio do corpo biológico, assim como em limpezas energéticas de ambientes materiais como: casas, apartamentos, locais de trabalho, dentre outros. Elas também são consideradas *Ewé Oró* (folhas sagradas) e classificadas segundo Barros:

Verge (1968), estudando o papel das plantas litúrgicas entre os Yorubá, vai dividi-las em duas categorias: *igègùn òrìsà* e *erò òrìsà*, a primeira categoria para “excitar os *òrìsà* e a segunda para acalmar os *òrìsà*. Explicita quanto ao termo *gùn* que este significa “montar” e induz a ideia de cavalgar, sendo que os adeptos que são possuídos pelas divindades são denominados de *elégùn* ou *esin òrìsà* – cavalo do *òrìsà* –, concluindo que as espécies colocadas sob essa categoria servem para propiciar a possessão. Contrariamente, as plantas classificadas como de calma (*erò*) teriam o efeito de abrandar o transe, apaziguar o *òrìsà*. Estas categorias mencionadas por Verger foram extraídas de textos dos *Odù* e no curso de nosso trabalho conseguimos identificá-las nas *orín ewé* ou “cantigas de folhas”, integrantes do

ritual Asà òsányìn ou como chamada sasányìn, no qual as espécies são louvadas antes de serem empregadas. (BARROS, 1993, p. 89).

Portanto o uso das folhas e plantas deve ser feito com muita cautela e cuidado por que são possuidoras de energias que podem fazer bem (curar) ou fazer mal (matar), se manipuladas de forma errônea. Especificamente nos Terreiros elas são manuseadas pelos Babálòssaím, Babálòrísá, Ìyálòrísá (pais ou mães de santo) ou pessoas preparadas, por que exige-se conhecimentos profundos sobre a bipolaridade energética "positiva ou negativa" de cada uma folhas, para melhor definir qual deve ser utilizada para cada indivíduo, de que forma e em qual ocasião.

No Terreiros de Matriz Africana Ketu o Òrìsà Òsányìn (energia divinizada) é o responsável pelas folhas, sendo por isso dedicado a ele um ritual especial e único, intitulado Asà Òsányìn ou Sasányìn, que através dos *orín ewé* (cantigas das folhas) são pronunciados os Ófòs (palavras de encantamento) na intenção de despertar o Asè (força vital) da folhas. Esse ritual é específico e segue uma sequência, pois que, para cada folha corresponderá um Ófò cantando.

Porém nem todas as folhas precisam estar presentes nesse ritual, mas canta-se para todas elas por que algumas espécies substituem outras, por exercer papel similar. Um exemplo de Ófò é o Àsà o! Erú ajé que significa: assim seja! O escravo vai funcionar.

O ritual da Sasányìn é restrito aos integrantes daquele Asè, daquela casa de Candomblé, não podendo ser assistido por pessoas alheias ao culto da casa, por que constitui-se momento de transmissão de conhecimentos ancestrais africanos dedicados exclusivamente aos iniciados no Òrìsà.

#### **4.5.1 Orín Ewé ou Cantiga de folhas no Candomblé Asè Alaketu Omin Ìyá Ògún**

O Asè Alaketu Omin Ìyá Ògún é um Candomblé da nação Ketu, ligado a raiz do Candomblé Gantóis, vertente Muritiba da Bahia, de tradição yorubá. A casa fica localizada no município de Maracanaú, na região metropolitana da cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará. E foi fundada em 25 de abril de 1995, tendo no comando espiritual o Babálòrísá Sílvio T'Ìyemonjá, que já iniciou para mais de noventa omo-òrìsà ou filhos de santo.

Para uma compreensão adequada dos orín ewé (cantigas de folhas) do Candomblé Ketu, elenquei abaixo alguns exemplos:

**Pèrègún, Tètèrègún (gún): folhas relacionadas a agitação**

*Pèrègún alára gígún o = Pèrègún tem o corpo excitado*

*Pèrègún alára gígún o = Pèrègún tem o corpo excitado*

*Oba kò ní jé o roró okán = Rei não deixa ter problemas de coração*

*Pèrègún alára gígún o = Pèrègún tem o corpo excitado*

*Pèrègún gbà agbára tuntun = Pèrègún dá nova força*

**Ìrokò ou Òdundún: folhas relacionadas a calma**

*Èèrò ìrokò = calma é de Ìrokò*

*Ìrokò ìso = calma é de Ìrokò*

*Èrò ìrokò ìso èrò = calma é de Ìrokò*

*Ìrokò não falha = calma não falha*

**Òsíbàtà, Ójuóró (ewé omi): folhas relacionada a água**

*Òsíbàtà t'òké omi = Òsíbàtà fica sobre as águas*

*Òsíbàtà t'òké odò = Òsíbàtà fica sobre o rio*

*Òsíbàtà t'òké omi = Òsíbàtà fica sobre as águas*

*Òsíbàtà t'òké odò = Òsíbàtà fica sobre o rio*

*Awolé nìdì òpè = Sempre juntas estão*

*Òsíbàtà t'òké omi = Òsíbàtà fica sobre as águas*

*Òsíbàtà t'òké òdàn = Òsíbàtà fica sobre o brilho*

*Òsíbàtà t'òké omi = Òsíbàtà fica sobre as águas*

*Ójuóró nii Lóke omi = Ójuóró sobre a água*

*Ójuóró nii Lóke omi = Ójuóró sobre a água*

*Awolé nìdì òpè = Sempre juntas estão*

*Òsíbàtà nii Lóke odò = Òsíbàtà fica sobre o rio*

*Ójuóró nii Lóke omi = Ójuóró sobre a água*

*Ójuóró nii Lóke omi = Ójuóró sobre a água*

**Árvore Igi (ewé Mésàn): folhas relacionada ao ar**

*E ìrokò ìì korò o = Ìrokò não semeado*

*O igi eiye ti t'èmi = Árvore de pássaro meu*

*O igi eiye kò gbò jò = Árvore de pássaro não recebeu chuva*

*A ìrokò akin dègùn = Ah! Ìrokò poderoso refúgio*

*E a ìrokò ìí roko o = Ìrokò não semeado*  
*A e igi eiye ti t'èmi = Árvore de pássaro meu*  
*O igi eiye ìrokò = Oh! Árvore de pássaro Ìrokò*  
*A ìrokò akin dègùn = Ah! Ìrokò poderoso refúgio*  
*Ye a ìrokò ìí roko o = Sim, Ìrokò não semeado*  
*A ye igi eye ti t'èmi = Ah! Sim, árvore de pássaro meu*  
*O igi eiye ko gbo jo = Árvore de pássaro não recebeu chuva*  
*A ìrokò akin dègùn = Ah! Ìrokò poderoso refúgio*  
*akin dègùn, akin dègùn = poderoso refúgio, poderoso refúgio*  
*A ìrokò akin dègùn = Ah! Ìrokò poderoso refúgio*

**Ewé inón: folhas relacionada ao fogo**

*Ààjà wu na gbúrúrú = Ààjà abre caminho estreito*  
*Ààjà wu na gbúrúrú = Ààjà abre caminho estreito*  
*Ààjà wu na wu inón = Ààjà de fogo*

**Ata (ewé ilè ou ewé igbó) – folhas relacionada a terra**

*Ata kò ro jù ewé o = Pimenta não é mais forte que a folha*  
*A l'lé kò ro jì igbó òdògùn = Vento não é mais forte que a floresta de remédios*  
*Ata kò ro jù ewé o = Pimenta não é mais forte que a folha*  
*A l'lé kò ro jì igbó òdògùn = Vento não é mais forte que a floresta de remédios*

Desta forma os **Orín Ewé** ou cantigas das folhas são usados nos Terreiros de Candomblé e podemos perceber a importância das mesmas para o campo da saúde com essa cantiga abaixo:

**Ewé njé** = As folhas funcionam  
**Oògùn njé** = Os remédios funcionam  
**Oògùn tikò jé** = Remédios que não funcionam  
**Ewé rè ní kò pè** = É que tem folhas faltando

Em conjunto com as **orín ewé**, julgamos importante uma amostra das folhas usadas no Candomblé e sua função, frisando, no entanto que existe uma variedade de folhas e inúmeras combinações, não sendo possível, nem é objetivo central desse trabalho, a exposição



de todas as folhas usadas nas Casas de Candomblé. Mas segue no quadro abaixo uma exemplificação delas no Candomblé de Pai Sílvio T'Iyemonjá:

Quadro 1 – Plantas e ervas usadas no Candomblé

| <b>Nome da Folha em yorubá</b> | <b>Nome popular (pelo menos um deles)</b> | <b>Um dos Efeitos</b>                         | <b>Uma das utilizações</b>   |
|--------------------------------|---|---|--|
| Òsé Pòtu                       | Vassourinha                               | Retira energias negativas                     | Banhos e sacudimentos  |
| Òsé Obá                        | Vence-demanda                             | Retira energias negativas e traz prosperidade | Banhos de descarga e purificação                                       |
| Òró Òyínbó                     | Mangueira                                 | Restitui energias positivas                   | Banhos de purificação  |
| Òpásóró ou Jimi                | Costa branca ou língua de vaca            | Restitui energias positivas                   | Banhos rituais de iniciação no Candomblé                               |
| Òjuóró                         | Alface-d'água                             | Restitui energias positivas                   | Banhos de Àgbo e purificação   |
| Odé Àkósún                     | fumo-bravo                                | Retira energias negativas                     | Banhos de iniciação, para acalmar, purificação e sacudimentos          |
| Makasa                         | Catinga de mulata                         | Restitui energias positivas                   | Banhos que traz equilíbrio para a cabeça                               |
| Ìyábeyín                       | Mãe Boa                                   | Restitui energias positivas                   | Banhos de iniciação  |
| Abàfè                          | Pata de vaca                              | Retira energias negativas                     | Banhos de descarga   |
| Pèrègún                        | Pau-d'água                                | Retira energias negativas                     | Banhos de descarga, de iniciação, sacudimentos, tem várias utilizações |
| Ewé Ajé (ajê ou ajejê)         | Folha da riqueza                          | Restitui energias positivas                   | Banhos de purificação  |
| Tètèrègún                      | Cana do brejo                             | Restitui energias positivas                   | Banhos de purificação  |

Fonte: Dados da pesquisa.

## 5 ORI INU: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS ANCESTRAIS AFRO-BRASILEIRAS NA SAÚDE MENTAL

### Mironga do Mato

Tudo que é do mato tem mandinga,  
 Tem mironga  
 Seja folha ou seja raiz  
 Às vezes cura, às vezes mata  
 É o que vovó sempre me diz  
 Guiné pra fazê figa  
 Erva pra resina,  
 Garrafada e muito chá  
 Vassourinha pra rezar cobreiro  
 Folhas pra descargas,  
 Cataplasma e patuá  
 Mas também tem raiz de matar  
 E por isso é bom deixar pra lá  
 Tudo que é do mato tem mandinga,  
 Tem mironga  
 Seja folha ou seja raiz  
 Às vezes cura, às vezes mata  
 É o que vovó sempre me diz  
 Naqueles negros tempos  
 Muita casa grande  
 Volta e meia estava lá  
 Procurando os velhos da senzala  
 Pra tirar das forças  
 Força pra se segurar  
 Pra sarar, pra viver, pra matar  
 E por isso é bom deixar pra lá (LOPES, 2005)

### 5.1 Percussos da pesquisa: as práticas ancestrais africanas no Caps Iracema

A pesquisa no campo da saúde mental é algo desafiador e instigante, pois envolve o universo das subjetividades e suas manifestações no campo psíquico-afetivo, suas construções históricas e os modelos de atendimento em saúde mental, que estão inseridos em contextos culturais, sociais, políticos e econômicos como relata Minayo para o processo saúde-doença:

A linguagem da doença não é, somente, linguagem em relação ao corpo, mas linguagem que se dirige à sociedade e às relações sociais de forma histórica. Seja qual for a dinâmica efetiva do “ficar doente” no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (ou no correspondente a ele em cada sociedade) a legitimidade da definição de sua situação. Uma vez aceito e compreendido como doente, ele tem atitudes e comportamentos peculiares em relação a seu estado e assim se torna doente para o outro. (MINAYO, 2007 *apud* CAMPOS, 2012, p. 200).

Essa produção social da doença condicionou o olhar e o atendimento em relação ao usuário na área de saúde mental, na família e na sociedade como um todo. Ao longo da história, colocando-os numa condição de incapacidade ou de dependência em relação à família e ao cuidador. No entanto, na contramarcha, os Centros de Atenção Psicossocial nascem no seio da dinâmica da Reforma Psiquiátrica, como serviços substitutivos que apontam para um tratamento não segregador, não asilar, mas de dimensão humanizada.

A minha vivência num equipamento psicossocial, como assistente social, levou-me a considerar a significativa importância do trabalho dessa instituição no campo da saúde mental, no que concerne ao processo de desinstitucionalização de pacientes de hospitais psiquiátricos, de refazimento da autonomia e da condição cidadã e humana dos usuários, do resgate da dimensão laborativa, criativa e de empoderamento sócio-político dos mesmos, apesar dessas instituições ainda estarem circunscritas na égide hegemônica do conhecimento médico-psiquiátrico.

Com a inserção das práticas integrativas e complementares de base ancestral africana em 2011 no Caps Iracema, surgiu no contexto dessa instituição a possibilidade de outros conhecimentos, de outras formas teórico-metodológicas de abordagens terapêuticas do processo saúde-doença mental. E, diante desse cenário que apresentava com conhecimentos e abordagens tão distintos, nasce a necessidade de compreender – sob a ótica dos usuários – que impactos esses conhecimentos e práticas ancestrais africanos estavam tendo ou não, em seus tratamentos nesta instituição de saúde mental.

Assim foi elaborado um projeto de pesquisa qualitativa com entrevistas e observação participante que teve duração de dois meses e início em novembro de 2012, com a análise dos prontuários dos usuários que estavam inseridos na terapia de base ancestral africana que contou com as seguintes fases: primeiro foi realizada uma reunião com os usuários dessa terapia explicando o objetivo da pesquisa e, ao mesmo tempo, convidando-os para que pudessem ser colaboradores, sujeitos no processo investigativo. Somente 4 usuárias se dispuseram a dar entrevista e os demais autorizaram minha participação nas sessões terapêuticas. Num segundo momento foi elaborado, conjuntamente, um cronograma das entrevistas com dias e horários mais adequados para as usuárias e pude acompanhar seis sessões terapêuticas durante um mês e uma semana, que gerou o material de coleta da pesquisa.

Um terceiro momento realizei a descrição da instituição pesquisada, onde constatou-se que é um local que tem 11 anos de funcionamento, com um universo de mais de 10.000 mil prontuários abertos e deste montante, tem-se em torno de 6 mil prontuários ativos,

para uma equipe de 39 profissionais de nível superior e nível médio, o que ocasiona uma superlotação do serviço e compromete a qualidade do atendimento, supervalorizando o tratamento medicamentoso em detrimento de outros tratamentos como a psicoterapia, a arte terapia, as terapias ocupacionais e a terapia de base ancestral africana, tendo em vista a limitação territorial, financeira e de recursos materiais que a instituição enfrenta.

Além disso, a instituição acaba priorizando o atendimento em cima do diagnóstico, em detrimento de uma contextualização da vida da pessoa como um todo. A esse respeito, um dos médico psiquiatra da unidade, protagonista, ativista e militante da luta anti-manicomial, numa reunião de equipe técnica do Caps Iracema relata que:

Na clínica tradicional, manicomial o paciente é visto como o diagnóstico. Você coloca entre parênteses a vida da pessoa, por que você vai intervir sobre o diagnóstico, como se o diagnóstico fosse uma identidade, uma entidade à parte. A clínica anti-manicomial, que não é necessariamente da reforma psiquiátrica, por que nem toda reforma psiquiátrica é anti-manicomial, como acontece aqui em Fortaleza, tem outra forma. Na clínica anti-manicomial é o contrário, você subordina o diagnóstico à vida das pessoas, à compreensão da vida das pessoas. Você tira o parêntese da vida da pessoa, que é o diagnóstico e passa a entendê-la no contexto da sua vida, do seu sofrimento mental como um todo. Não tem como você colocar a pessoa no centro do atendimento se isso não se der a partir de um conjunto de conhecimentos multiprofissionais que extrapola o saber estritamente médico, que é onde se fundamenta a clínica tradicional. (ENTREVISTA PSIQUIATRA, 08.11.2012).

O relato do médico chama à atenção para os modelos de atendimento na saúde mental que foram implantados nos municípios brasileiros, em especial na cidade de Fortaleza. Mas também traz à tona a essencial necessidade de vários conhecimentos em relação dialógica numa instituição como o Caps, para que evite-se a primazia de um único olhar, o olhar psiquiátrico e, a conseqüente definição de sofrimento mental, como um conjunto de sintomas compilados em forma de diagnóstico, que tem como base a prescrição de medicamentos psicofármacos.

Nesse sentido as práticas ancestrais africanas são vividas dentro do Caps Iracema como possibilidades de acolhimento, cuidado e tratamento sobre outra ótica, que delineou atividades que possuem a seguinte proposta metodológica: tratamento integrativo-complementar de caráter grupal e/ou individual, com base nos conhecimentos e práticas ancestrais africanas no uso e manuseio de ervas e plantas, tendo como princípio a valorização da auto-estima e o fortalecimento da subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico, numa perspectiva de re-organização educativa de como incorporado e vivenciar esse sofrimento, utilizando-se também da dimensão espiritual, com os recursos das benzeduras.

A esse respeito a terapeuta ocupacional do Caps Iracema relata em sua entrevista:

Eu tenho muitos pacientes, mas nem todos fazem essas terapias com as plantas, mas eu tenho 3 pacientes que fazem sim e elas falam no grupo de arte-terapia que se sentem melhores, mais aliviadas, mais calmas e que aprendem também a respirar, controlar a ansiedade delas, passam a ver que todo mundo tem ansiedade, tristeza, que não é só elas e que elas podem tomar um chá, uma massagem para se tranquilizar. Elas também falam que nas sessões com a mãe de santo, elas conversam seus problemas e se sentem bem por que ela sempre escuta e orienta quanto ao fato delas não desistirem do tratamento no Caps e com as ervas e plantas. Que a natureza também oferece remédios naturais, sem muitos efeitos colaterais como acontece com os medicamentos do Caps. Por que os paciente se queixam muitos dos efeitos clínicos causados pelas medicações, como o haloperidol (antipsicótico), que causa impregnação, dores musculares, os ansiolíticos e antidepressivos causam ressecamento da mucosa da boca, gosto amargo ao se alimentar, tem vários efeitos colaterais. (ENTREVISTA TERAPEUTA, 27.11.2012).

Para as terapeutas de base ancestral afro-brasileira trabalhar com as ervas e plantas no Caps foi inicialmente um trabalho desafiador, por que as pessoas não estavam acostumadas com produtos naturais, tratamentos naturais:

É mais fácil a farmácia, por que o remédio já está pronto. Aqui no Caps é só ir naquela janelinha da farmácia. Nas sessões a gente explica que vem do mato, todos os remédios, inclusive esses comprimidos do Caps. Eu trabalhamos na conscientização da natureza, que ela dá tudo para gente e que precisamos viver mais perto dela, ir na praia, tomar banho de mar, por que você acredita que aqui tem paciente que nunca foi no mar aqui em Fortaleza? A gente contando ninguém acredita, mas tem. A pessoa vem todo dia no Caps, mas num vai numa praia. Então a gente diz que aqui no Caps a gente ajuda até à pessoa a descobrir que tem muita coisa na cidade que a gente pode ir para lazer, sair de casa, por que é como a gente diz, não é por que tem esse problema de cabeça que precisa fica só dentro de casa, num é não? A gente pensa que não, por que para tudo tem um jeito. (ENTREVISTA, 07.12.2012).

Durante a entrevista também perguntei a elas como conheceram sua religião e o que as levou a trabalhar com saúde mental, assim como nos foi dada permissão de expor os nomes pelos quais são conhecidas em sua religião. Para a Mãe Vilma de Obaluaiê:

O que me levou para o Terreiro, era que eu tinha muitos problemas de saúde quando eu era adolescente, eu vivia doente, desmaiava, ia para o médico que não conseguia descobrir meu problema. Mas mesmo tomando os remédios que ele passava, eu continuava doente. Eu era bem magrinha. Então eu fui levada para o terreiro de Umbanda, mas depois eu tive que iniciar para o orixá no Candomblé. Meu orixá é Obaluaiyê. Ele é para nós de santo o Deus da saúde. E assim eu fiz, me iniciei e hoje trabalho com saúde, com as plantas, com a natureza, até com a morte eu lido bem, rrsrsss. Quanto à saúde mental eu entrei para trabalhar por que fui convidada e por que eu também sou da rede de terreiros e o Roger e o Alvinho me convidaram para trabalhar no Caps, aí eu vim parar aqui no Caps Iracema. (ENTREVISTA, 07.12.2012).

Com Mãe Mocinha de Oya, sua entrada na religião e na saúde mental não foi diferente, como nos conta:

Eu era jovem, bem jovem e eu via e ouvia os caboclos e eu tinha também uns desmaios. Foi quando minha família me internou no hospital dos loucos. Por que

minha família achava que eu estava louca. Me davam remédios e eu ficava num quarto trancada sozinha, sentada num canto da parede, por que eu não deixava ninguém chegar perto de mim. Eu passei dias assim, sem querer comer, beber nada. Aí eu fui salva por um psiquiatra que ele era espírita kardecista sabe? Por que ele veio me visitar, eu acho que ele viu alguma coisa, aí ele falou para enfermeira: pode soltar ela. Essa moça não tem nada de loucura. Pode deixar que eu vou cuidar dela. Aí ele tirou meus remédios e me levou para fazer acompanhamento no centro espírita e chamou minha família e explicou que eu não era louca, o que eu tinha era mediunidade. Ah! Minha fia eu sofri viu, por que naquela época era difícil essas coisas. Depois eu fui desenvolver num terreiro e aí tô aqui: virei mãe de santo [...] hoje eu trabalho com saúde e ajudando os outros. Eu tenho o maior amor de ajudar os outros [...] e na saúde mental eu vim por meio do Roger e do Alvinho. Eles que convidaram as mães de santo, as massoterapeuta e reikiana para trabalhar no Caps. Isso foi na época do Dr. Odorico (ENTREVISTA, 07.12.2012).

Os relatos das mães de santo tornaram-se momentos singulares para a pesquisa, com muitas informações das quais não utilizaremos todas, mas tornou-se uma ocasião onde a recordação das memórias de suas vidas, veio embalada por emoções do passado vivido, o que constitui esse viés do adoecimento numa condição que entrelaça a vida das pessoas com o Terreiro, como no relato de Mãe Virgínia de Omulu da Umbanda de Omolocô de Lisboa em Portugal:

O meu médico era um primo de Antonio, meu marido, que, no dia seguinte, veio à minha casa acompanhado de sua mãe que era do Santo. D. Maria disse-me: sei que estás mal e não acreditas no Santo, mas recebi uma mensagem para vir ter contigo.” Olhou para as minhas pernas, molhou os dedos no azeite da lamparina, untou-as e rezou. [...] quando D. Lucinda, ao jogar os búzios para mim, disse-me que eu tinha de entrar no Santo, confie nela, perguntei se podia tratar de mim, ao que ela respondeu: [...] aceito fazer tua cabeça. (PORDEUS JÚNIOR, 2000, p. 62-63).

Assim podemos afirmar que as histórias de vida das mães de santo possuem situações similares, onde o adoecimento do corpo reflete uma espécie de chamado para assumir um compromisso com a ancestralidade, os òrìsà do Òrún (mundo imaterial), uma forma manifesta deste mundo poder expressar-se no Àiyé (mundo material), e juntos serem a completude que determina o ser humano no universo afro-religioso.

Porém o olhar materialista do pensamento eurocêntrico, de uma racionalidade hermética, classificaria como irracional essa ligação dialógica entre o mundo imaterial e material, mas a palavra falada, as vivências e as provas documentais que as mães de santo entrevistadas guardam sobre seus processos de adoecimento e cura, as legitimam como subjetividades forjadas na relação com sua ancestralidade.

No trabalho terapêutico desenvolvido por elas, esses referenciais do universo afro-religioso são, pois, acessados no que concerne ao acolhimento, ao cuidado, ao tratamento e o acompanhamento dos usuários de saúde mental, o que foi constatado no curso da observação participante nas sessões da terapia ancestral africana e nas entrevistas, onde as mães de santo

elaboram uma forma de trabalho que leva em consideração a particularidade de cada caso, de cada pessoa:

A gente planeja as sessões terapêuticas a partir da demanda que os pacientes trazem. Nunca uma sessão é igual a outra. Por que depende. Tem dia que é mais banho, lava pés com ervas. Outro dia é mais uma conversa mesmo, por que eles tem muita carência, eles querem conversar, eles querem que a gente escute eles primeiro. Aí a gente senta e conversa com eles, depois de ouvir tudo, a gente oferece um banho, um chá, uma massagem. Geralmente eles topam e saem aliviados, por que a gente tirou a carga negativa né, eles saem revigorados. Por que a gente sabe que não dá para tirar carga negativa só com conversa, tem que ter a erva, a folha para poder acalmar a cabeça, limpar o corpo e a alma. Às vezes eles tem muita energia e ficam agitado ou tem baixa de energia aí fica choroso, triste, com aqueles pensamentos negativos. As folhas, as ervas vão ajudar tirando ou botando energias, equilibrando o campo de energia deles. E funciona. (ENTREVISTA MÃE MOCINHA, 07.12.2012).

Também foi solicitado que elas falassem sobre a metodologia de monitoramento e avaliação dos usuários atendidos nas sessões, com segue:

Nós temos uma ficha que eles preenchem com vários dados clínicos e de seu sofrimento mental. É tipo o prontuário que eles tem aqui do caps, sendo que na nossa ficha eles vão preencher sobre outros dados da vida deles. Eles vão falar dos sentimentos, por que a ficha é para registrar como eles estão evoluindo no tratamento. Por que a gente também muda as ervas e plantas de acordo com a situação que o paciente apresenta, né? Num vai ficar tomando banho da mesma erva o resto da vida entendeu? Nem a erva serve mais se usar para tudo de uma pessoa, é preciso ir mudando, diminuindo ou aumentando a quantidade, por que se a pessoa está muito lenta, eu não vou deixar ela mais lenta ainda. Então eu vou estimular para ela fica esperta, alegre, com energia de felicidade. Por isso que muda o tratamento e lá na ficha a gente vai acompanhando. Por que o paciente às vezes não lembra. Na ficha eles tem acesso, fica tudo anotado e quando eles pedem para não colocar o que eles falaram, aí a gente não coloca, por que é o direito deles, por que é a vida deles também. Nós também falamos na reunião da equipe do Caps, a gente fala como os pacientes estão. (ENTREVISTA MÃE MOCINHA, 07.12.2012).

Portanto, analisando os depoimentos das mães de santo, vai surgindo uma compreensão delas acerca da saúde mental, tendo como referência o universo mítico-religioso dos Terreiros, onde a pessoa é um todo complexo que envolve várias dimensões: a dimensão humana, a dimensão da família, a dimensão da vida comunitária e a dimensão ancestral/espiritual. Desta forma a abordagem ao sofrimento psíquico do paciente é um chegar junto ao outro, compreendendo sua vida nessas diversas dimensões. Como diz Mãe Mocinha de Oya “a pessoa é um corpo físico e espiritual, não se trata o corpo sem tratar o espírito e a família também”.

Essa articulação feita pelas mães de santo se expressa na condução de seu trabalho terapêutico, quando tratam o paciente e quando tratam a família, que também é ouvida, atendida nas sessões das terapias com ervas e plantas, por que o adoecimento acomete não só o paciente, mas seus familiares que o cuidam.

O adoecimento mental forma elos de reprodução desse sofrimento, interligando paciente e família, gerando no espaço da vida privada da família, situações de stress, violência, negligência e, em alguns casos, cárcere privado, maus tratos, acorrentamento e trancafiamento do paciente. Apesar do Caps Iracema disponibilizar profissionais que realizam grupos de família, destinados a escutá-las e apoiá-las, as queixas ainda são frequentes e muitos familiares buscam apoio medicamentoso em ansiolíticos e anti-depressivos, gerando um aumento da medicalização da população.

Desta forma as práticas ancestrais africanas também foram acessadas pelas famílias, após perceberem melhoras nos quadros sintomatológicos de seus familiares, assim como houve um incentivo por parte das mães de santo em querer tratar também a família dos pacientes que frequentam suas sessões terapêuticas. O relato de um pai de uma paciente depressiva com sintomas psicóticos, revela a procura e a legitimidade dessas práticas com familiares:

Eu cuido da minha filha por que o marido dela nem liga para ela, mas ela é minha filha e eu que cuido dela, por que eu tenho mais paciência. Eu um dia vim deixar ela aqui no Caps para essa sessão das plantas e a Dona Vilma me convidou para fazer parte, eu fui e eu gostei muito de participar. A gente relaxa e esquece os problemas. Ela é muito atenciosa com a gente, trata bem e a gente se sente leve quando sai daqui, já sai relaxado. Eu gosto muito. Deveria era ter mais sessões assim. Ela também até ensinou como fazer uns chás para gente ficar relaxado para cuidar da menina. (ENTREVISTA, 05.11.2012).

Portanto a inserção dessas práticas no Caps Iracema foi legitimada pelos usuários, pelos familiares e também pelos profissionais, criando um contexto que contribui, ainda que minimamente, para uma não medicalização da população. Por que esse incentivo aos métodos naturais de tratamento e cuidado ainda são compreendidos como complementares e não substitutivos da ação dos psicofármacos, mesmo com as melhoras significativas nos quadros de depressão e ansiedade verbalizadas pelos pacientes nas consultas médicas e devidamente anotado em seus prontuários por esses profissionais.

## **5.2 As plantas no universo do Caps Iracema**

Para a operacionalização de seu trabalho, as mães de santo criaram um espaço para o plantio de ervas e plantas e a adaptação de uma sala exclusivamente para esse atendimento: a sala da terapia com ervas e um banheiro para banhos terapêuticos.

Porém é importante salientar que diante do universo de plantas e ervas presentes nos Terreiros, no Caps Iracema somente uma pequena amostra foi plantada e cultivada, não



sendo cultivada nenhuma planta que a folha cause possessão ou transe, por que essas não entram na terapêutica ancestral africana das mães de santo, pois sua utilização é restrita aos processos de iniciação no ritual mítico-religioso preparatório para a iniciação no Candomblé.

Assim, as plantas e ervas do canteiro do Caps são para uso medicinal-terapêutico no tratamento dos sofrimentos psíquicos, conforme levantamento a seguir, onde decidi por utilizar a denominação popular pela qual a planta e/ou erva é conhecida.

Quadro 2 - Plantas e ervas usadas na terapêutica ancestral africana do Caps

| <b>Nome popular</b>     | <b>Algum dos Efeitos</b>   | <b>Uma das utilizações no Caps Iracema</b>   |
|-------------------------|--|--|
| Manjeriçã               | Calmanete, restitui energias positivas e purifica o corpo.   | Banhos, chás, sucos e vitaminas  |
| Ipê rôxo ou pau d'arco  | Calmanete, anti-inflamatório e analgésico  | Banhos e em misturas de óleos para massagear o corpo                                     |
| Mangueira               | Retira energias negativas  | Limpeza energética do ambiente terapêutico   |
| Aroeira                 | Antimicrobiana, combate úlceras e ferimentos na pele   | Banhos de cicatrização e de limpeza  |
| Acerola (folha e fruto) | Combate a irritabilidade e melhora o sistema imunológico   | Chá da folha e sucos feitos com a fruta  |
| Colônia                 | Calmanete e relaxante  | Banhos, chás e sucos   |
| Hortelã                 | Calmanete, controla a ansiedade  | Banhos, chás, sucos e em óleos de massagem corporal                                      |
| Pata de vaca            | Diminui os efeitos da Diabetes e do colesterol alto (intercorrências clínicas comuns aos paciente da saúde mental) | Banhos e chás  |
| Cajueiro                | Ajuda a controlar a diabetes, retira energias negativas do ambiente  | Banhos, chás e limpeza do ambiente   |
| Cidreira                | Calmanete, relaxante, aromatizante de ambientes, retirando energias negativas                                      | Banhos, chás e limpeza do ambiente   |
| Alevante                | Calmanete  | Banhos e chás  |
| Patchuli                | Aromatizador e purificador de ambientes e anti-fungicida   | Usado na água para lavar o ambiente terapêutico e usado como óleo para uso em pacientes. |
| Cuia Mansa              | Calmanete e relaxante  | Banhos   |
| Capim santo             | Analgésico, sedativo, calmanete, trata ansiedade e nervosismo, diminui os efeitos da insônia                       | Banhos, chás e sucos   |
| Camomila                | Calmanete e diminui ansiedade  | Chás   |
| Pinhão rôxo             | Retira energias negativas do corpo e de ambientes  | Usado em sacudimentos e limpeza do ambiente terapêutico                                  |

Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.3 Os Banhos terapêuticos no Caps Iracema e no Terreiro

Os banhos terapêuticos em uso no Caps são uma mistura de folhas colhidas no dia da sessão e maceradas horas antes pelas mãos de santo, para serem usados pelos usuários. Durante a pesquisa pude acompanhar o preparo de um banho relaxante e calmante, feito com as folhas de pata de vaca, cuia mansa e colônia, denominado de banho frio, por seu teor refrescante, relaxante e revigorante.

Esse banho serve para purificar o corpo material e restituir energias positivas no corpo imaterial ou espiritual, aliviando os sintomas de ansiedade e agitação nervosa, trazendo sensações de bem-estar e tranquilidade, como iremos constatar pelo relato das usuáries.

Outro banho preparado para aliviar sintomas de tristeza, desânimo e depressão é o banho de arruda, que é considerado um banho forte, de retirada de cargas negativas, popularmente conhecido por banho de descarrego. Sua finalidade é a retirada de energias negativas do corpo. Mas é tão forte que deve ser utilizado com prudência, por que ele retira todas as energias do corpo e do espírito, por isso após sua utilização, sempre se banha a pessoa com um outro banho, que restitua as energias positivas.

No Terreiro Asè Alaketu Omin Ìyá Ògún, o Babàlòrísà Sílvio T'Iyemonjá, em entrevista para a pesquisa, também relata um banho utilizado para aliviar sintomas de ansiedade e agitação nervosa, que é o banho de folhas de makasá, anis estrelado e alfavaca roxa, que misturadas e maceradas servem para retirar energias negativas (processo denominado de purificação) e restituir energias positivas, causando um equilíbrio para a cabeça e para o corpo.

Nos casos de depressão, tristeza e desânimo, no Terreiro Alaketu existem vários banhos, um deles é o banho da alegria, feito com casca de cebola, semente de noz moscada ralada e tètèrègún (cana do brejo) que restitui energias positivas, causando sensações de bem-estar e felicidade.

Segundo Babàlòrísà Sílvio T'Iyemonjá o Terreiro possui vários tipos de banhos como por exemplo: o Agbò (macerado de ervas e apurado por dias em potes de barro), o omi erò (folhas frescas), aruá (rapadura, gengibre e milho branco), omi-torò (acaçá, água e açúcar) e o omi-waji (pó azul e água), sendo este último para retirada de “camburucu” (feitiço e azar).

Os banhos acima referidos, apesar de serem preparados com folhas ou ingredientes diferentes, em ambientes distintos, possuem finalidade similar, ou seja, trazer equilíbrio energético para as pessoas, restituindo-lhes saúde no corpo material e espiritual.

Assim, as práticas ancestrais africanas dos Terreiros são aplicadas pelas mães de santo no cuidado e tratamento em saúde mental, aliada a uma forma de acolhimento humanizado, feito por uma escuta terapêutica atenciosa, empática com o sofrimento do outro.

Ousaria arriscar que há uma dimensão amorosa nesta acolhida, um amor humanitário e fraterno. Mas ao mesmo tempo, enérgico e firme, orientador em situações de conflitos.

#### **5.4 Os usuários das práticas ancestrais afro-brasileiras do Caps Iracema**

A pesquisa foi realizada com entrevistas e observação participante no campo da saúde mental e por conta do respeito a privacidade das usuárias, seus nomes foram mantidos em sigilo, sendo atribuídos codinomes para elas durante os relatos que serão expostos nesse trabalho, assim como não foram utilizadas imagens das entrevistadas.

Outro critério necessário na pesquisa, foi o cuidado ao abordar a história das usuárias, pois são muitas vezes, memórias que reportam a sofrimentos, estigmas, discriminação e preconceito. Nas entrevistas, apesar do roteiro previamente elaborado, deixei que as falas fluíssem com espontaneidade, sem pressas e sem imposições técnicas, no ritmo próprio de cada uma e que cada uma apresentava.

##### **A história de Margarida**

Margarida é mãe solteira, tem 31 anos de idade, mora na cidade de Fortaleza e tem um filho de 11 anos. Ela vive da pensão do ex-marido e faz pequenos trabalhos para sobreviver. Refere que teve uma vida que ela considera tranquila, por que foi uma adolescente que estudou, concluiu o ensino médio, casou e teve seu primeiro e único filho. Segundo ela, foi nesse contexto que surgiu o problema do sofrimento mental. Ela recorda que começou com uma tristeza e desânimo, não querendo mais cuidar do bebê. O quadro sintomatológico foi se aprofundando e ela foi levada ao Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) pelo marido. Na consulta de emergência, foi diagnosticada com depressão pós-parto e ficou internada por 15 dias. Depois desse episódio de crise, ficou sendo acompanhada no ambulatório do hospital com medicações para depressão, mas não fazia o tratamento com regularidade por que tinha muita dificuldade de tomar os remédios, por não aceitar essa condição de doente mental, de ser louca, por que foi internada num hospital psiquiátrico.

Margarida se emociona durante esse relato da primeira crise, por que lembra que as pessoas da vizinhança apontavam para ela e falavam sobre sua internação num hospital de “doídos”, o que fez aumentar a dificuldade de aceitação de seu adoecimento. Também lembra que as crises não eram constantes. Às vezes passava meses sem ter esses sintomas de depressão, mas, em compensação, os sintomas de euforia e mania estavam sempre presentes em seu cotidiano. E sobre isso Margarida relata um episódio de crise eufórica:

Um dia eu acordei e senti que estava bem disposta, mas eu estava mesmo era eufórica, aí eu fiquei com a sensação de que precisava fiscalizar as lojas, o trabalho das pessoas. Sai de casa e fui numa loja que vende material de jardinagem. Isso eu cheguei lá umas 10:00 horas da manhã e aí chamei um vendedor e comecei a perguntar sobre a planta tal, o adubo tal, como era que se plantava, como era vendida, se tinha nota fiscal, se eu comprasse em grande quantidade qual seria o prazo de entrega, isso tudo. Para encurtar a história, eu passei o dia lá, acabei ajudando o homem a cuidar das plantas e só fui embora no começo da noite, quando o vendedor falou que eu precisava ir embora por que ele precisava fechar a loja. Mas mesmo assim ainda fiz ele me levar na casinha do cachorro para saber se eles davam comida e água para o animal e se ele não sofria maus tratos. Bom! Eu não satisfeita, sai andando e fui entrando num bairro que não me lembro o nome agora e quando dei por mim, já estava com o meu marido ali perto, me chamando para ir embora. Eu estava numa favela conversando com traficantes e convencendo eles de que a vida de bandido não compensava. Hoje eu sei que eles foram bons comigo e devem ter tido pena de mim e aí viram que eu não estava bem, pegaram meu celular e ligaram para o meu marido. Quando cheguei em casa eu não lembrava bem tudo que eu tinha feito. Eu só lembrei depois. Fui novamente para o hospital mental, mas me recusei a ser internada e jurei que iria tomar meus remédios. (ENTREVISTA, 09.11.2012).

Margarida depois da primeira internação no Hospital Psiquiátrico e de sucessivas crises, foi encaminhada ao Caps Iracema em 2008, por que o ambulatório de psiquiatria desse hospital havia fechado. Ela relata que chegou na unidade para atendimento com medo de ser internada, mas ficou aliviada de saber que naquela instituição o tratamento era diferente. Foi recebida por um profissional que conversou com ela, abriu seu prontuário, explicou toda forma de tratamento e decidiu em conjunto com ela seu plano terapêutico, que compunha-se de um conjunto de atividades que envolviam as consultas médicas, psicoterapia e terapias grupais.

No Caps Iracema Margarida foi reavaliada pelo médico psiquiatra que diagnosticou transtorno Bi-polar, que é um adoecimento psíquico onde o paciente tem constantes variações do humor e dificuldades de controle de suas ações de alegria/euforia e tristeza/depressão, onde um dos tratamentos é a medicalização com estabilizadores de humor. Em seu caso o psicofármaco *carbolitium*.

Margarida também refere que por conta da política anti-manicomial da instituição nunca mais foi internada em hospital psiquiátrico e só teve uma crise de depressão nesses 04

anos que está no Caps. Segunda ela, nas atividades e nos grupos terapêuticos, aprende a lidar com o sofrimento mental, o que ela consegue fazer atualmente, reconhecendo quando começam os sintomas de euforia, mania ou depressão.

Em 2011, Margarida soube das terapias com plantas e ervas e solicitou ao médico a sua inclusão nesse tratamento, que ela participa a cada 15 dias, por que há uma demanda muito grande pelas sessões e existem pacientes que precisam realizá-las semanalmente, não sendo o seu caso. Ela também compreende que essa atividade terapêutica não vai resolver ou curar o seu problema de bi-polaridade, mas depois do tratamento das plantas e ervas, tem diminuído o uso de ansiolíticos, que ela particularmente não gosta de tomar por conta dos efeitos colaterais que sente.

Margarida é uma assídua frequentadora dos grupos do Caps e da terapia ancestral africana. Vem com regularidade ao tratamento e incorporou em seu cotidiano o uso de chás, sementes e ervas. Para ela saber-se usando produtos naturais dar uma esperança que um dia ela possa não ter que tomar mais o estabilizador de humor (carbolitium).

Durante a entrevista perguntei a Margarida se ela tinha conhecimento que as terapeutas de base ancestral africana era também mães de santo, ela assim respondeu:

Eu sei que elas são também mãe de santo, por que elas não escondem isso da gente, mas aqui elas fazem o trabalho delas com seriedade e elas acolhem nós tudim. Se duvidar elas atendem melhor que muito profissional daqui, que às vezes tem pressa e não quer escutar a gente. Eu por exemplo, toda vida que chego, elas me atendem, mas também elas sabe botar limite, por que tem paciente que também, pelo amor de Deus, né? Acha que as pessoas tem obrigação de atender na hora que chega, mas tem o tempo do grupo, tem que ser naquele tempo que as terapeutas estão fazendo as atividades lá dentro. Eu sou evangélica, mas eu não tenho problema delas serem mães de santo. Eu sei que elas ensinam a gente a tomar os chás, a relaxar, faz a massagem e o banho é delicioso, bem geladim e cheiroso. Não tenho nada a dizer delas. (ENTREVISTA, 09.11.2012).

Também perguntei a Margarida o que ela sentia após as sessões, que sentimentos vinham:

Eu sinto sentimento de zelo, de cuidado, sinto um frescor no corpo com o banho, uma alegria na cabeça, como se do meu corpo fossem saindo raios. É tipo assim quando a gente está fazendo café. Sabe o café, quando a gente vai coar o café? Pois é! Eu me sinto assim. O pó fica todo lá no fundo e sai aquele café cheiroso, gostoso. É assim que me senti, como o café cheiroso, sem aquele pó, aquele peso dentro de mim. (ENTREVISTA, 09.11.2012).

No que diz respeito à formação de novos habitus no trato com seu sofrimento psíquico, Margarida respondeu:

Olha, eu sou uma pessoa que estou sempre aberta ao novo, eu gosto de novidade. Essa terapia de ervas tem sim, me ajudado a mudar comportamentos na minha vida. Eu estou usando os produtos naturais, os chás e eu aprendi também a fazer os sucos com as folhas. Eu tenho saído mais, passeado com o meu filho. Eu vou tomar banho de mar, eu levo meu filho. Eu me controlo melhor.” (ENTREVISTA, 09.11.2012).

## **A história de Yasmin**

Yasmin é uma usuária que não tinha histórico psiquiátrico até 2010, pois seu sofrimento mental tem base orgânica, que se desenvolveu após AVC's. Não vivenciou o hospital psiquiátrico e no dia da entrevista encontrava-se em crise nervosa, agitada, muito chorosa e só pude acompanhá-la durante a sessão terapêutica e marcamos a entrevista para um outro dia.

Na segunda tentativa, uma semana depois, Yasmin encontrava-se mais calma, falou muito da necessidade que sente de ficar boa, de cuidar de sua casa, das filhas, do seu marido e que se sente incapaz de fazer tudo isso por que, mesmo com a medicação, não consegue controlar os “nervos”.

Yasmin é uma mulher de 34 anos, casada há mais de 15 anos, tem duas filhas, uma de 08 anos e uma de 10 anos, mora em Fortaleza e só trabalha nos serviços domésticos de sua casa. Relata que sua vida era bem diferente da vida de hoje, por que seus problemas com sofrimento mental começaram a alguns anos atrás quando sofreu o seu primeiro Acidente Vascular Cerebral – AVC, depois veio o segundo e o terceiro AVC que a deixou em coma por um mês no Hospital Geral de Fortaleza – HGF.

Refere que sua vida mudou depois desse último AVC, por que ficou com perdas de memória recente, irritabilidade, agressividade e precisa fazer acompanhamento neurológico e tomar medicações para evitar outros AVC's. Mas também precisa fazer acompanhamento psiquiátrico por que tem impulsos agressivos, crises de depressão, delírios auditivos e visuais. Foi encaminhada ao Caps Iracema a pedido de seu médico neurologista, para que tratasse da parte psiquiátrica. No começo não gostava de ficar na instituição por que achava que era só para “doído” e ela não se achava “doída”. Somente depois de frequentar os grupos é que Yasmin foi percebendo que o Caps é para todo mundo, conforme nos fala:

Eu quando cheguei aqui achei que o médico ia me internar. Aí eu fiquei assustada, mas eu vi que não era. Era só para eu poder ficar calma, tomar os remédios, fazer as atividades nos grupo da terapia ocupacional, era para eu falar com o psicólogo, o que eu tava sentindo, como eu tava em casa com as minha filhas, por que eu não tenho muita paciência com elas, com o meu marido. Eu não sou “doída”. Mas eu não quero que ninguém fique sabendo que estou aqui por que o pessoal fica me xingando de “doída” e eu não gosto. Eu venho só com o meu pai, por que ele é

compreensivo comigo, ele me ajuda quando eu tô nervosa, tem paciência comigo. (ENTREVISTA, 12.11.2012).

Yasmin entrou para a terapia de base ancestral africana por indicação de sua terapeuta ocupacional e no início teve resistência de participar por que achava que era coisa de macumba, como nos diz:

Eu no começo não queria fazer essa terapia de ervas não, por que meu marido me levou uma vez no terreiro e lá o hóme falou que eu era médio, que eu era para trabalhar com as entidades, os esprito, mas eu não quero isso não, eu tenho medo disso, mas aí o hóme ainda me deu um descarrego de pólvora e mandou eu tomar banho. Ele disse que meu problema era cobrança, que eles tava cobrando, que eu tinha que trabalhar com as entidades. O meu marido acreditou mas eu não. Aí quando eu vi as ervas e essa água verde para tomar banho aqui no Caps, eu me lembrei e aí quase que eu não tomo o banho, mas eu hoje acho é bom ficar aqui na sessão, por que me dá uma paz na cabeça. O medo foi só no primeiro dia. Outro dia eu fiquei foi tão relaxada que eu fui lá pro jardim do éden, um lugar bem bonito, mas eu não sei dizer onde é. Só sei dizer que era bom. (ENTREVISTA, 12.11.2012).

Perguntei a Yasmin se ela sabia que as terapeutas de base ancestral africana era também mães de santo, no que ela respondeu que sabia, “mas como elas está aqui no Caps, eu não tenho medo delas não. Por que no Caps não tem aquelas entidades. Eu tenho medo é das entidades, num é das mães de santo não.”

Yasmin vem com regularidade nas sessões das mães de santo, mas não costuma tomar os chás ou sucos que são oferecidos, gosta mais dos banhos, das massagens e quando uma das mães de santo reza na cabeça dela. Nas suas crises de depressão vem com muita dificuldade e faz o seguinte relato:

Um dia eu cheguei aqui no Caps eu não tava bem. Por que eu sofri um aborrecimento, meu marido me fez um aborrecimento, eu não posso me aborrecer. Então eu cheguei no Caps sem querer fazer nenhuma atividade. Mas a mãe Vilma me chamou, conversou comigo e aí eu fui. Eu não queria ir não. Nesse dia eu não tomei banho, ela só lavou meus pés com as ervas, massageou meu corpo e acho que ela rezou também na minha cabeça. Quando ela terminou eu falei que estava do mesmo jeito. Mas quando eu ia embora eu falei que estava me sentindo melhor. Mas eu tava melhor mesmo. Pelo menos a perturbação da cabeça foi embora. (ENTREVISTA, 12.11.2012).

Durante a entrevista eu perguntei para Yasmin o que ela sentia após as sessões, que sensações e sentimentos ela tinha:

Nas sessões é bom. Eu sinto paz, tranquilidade, por que eu posso falar, conversar, as terapeutas cuida da gente, quando a gente tá com dor, ela cuida, ela faz a massagem com aqueles óleo cheroso, ela lava os pés da gente, dá aquela tranquilidade, aquela vontade de nunca mais sair dali. É bom! Eu gosto muito. Até o meu pai etá fazendo as sessões também. (ENTREVISTA, 12.11.2012).

Quando perguntada sobre que novos habitus no trato com seu sofrimento psíquico ela desenvolveu, respondeu assim: “eu acho bom vim aqui na sessão, mas lá em casa eu só uso os mediantes do meu médico. Por que eu não tenho paciência para fazer banho e eu não gosto de tomar esses chás e sucos. Meu pai faz eles quando eu tô nervosa.”

### **A história de Rosa**

Rosa é uma mulher de 53 anos, escolaridade de nível médio, dona de casa, trabalhava, teve 04 filhos, sendo um filho já falecido. Foi casada durante mais de 25 anos, mas o marido faleceu. Não tem histórico de problemas psiquiátricos na família, mas desenvolveu sofrimento psíquico após as perdas afetivas do filho mais novo num acidente de carro a 05 anos atrás e do marido em 2011. Relata que era uma mulher guerreira, forte, alegre, fazia tudo, tinha as rédeas da sua vida. Hoje se sente fraca, sente que já não tem as mesmas forças que tinha no passado, uma tristeza sempre presente em sua vida.

Rosa veio para o Caps por intermédio de sua vizinha, que tem um filho esquizofrênico que faz tratamento nessa unidade. Com muito convencimento conseguiu chegar até o Caps, por que ela não tinha forças nem para se levantar da cama. Para Rosa a vida não fazia muito sentido depois de suas perdas afetivas, principalmente de seu filho caçula.

Quando chegou no Caps Iracema foi acolhida por uma enfermeira, que ouviu seu relato e traçou com ela um plano terapêutico que incluía atividades como: consultas psiquiátricas, psicoterapia e grupos de arte-terapia. No início vinha somente para as consultas médicas e depois aceitou conversar com a psicóloga e começou a perceber que os usuários falavam muito bem do grupo de arte-terapia, então resolveu participar, foi e gostou. Atualmente faz parte do grupo permanente de oficinas de inclusão produtiva. Rosa foi diagnosticada com depressão grave com sintomas psicóticos, que é um sofrimento onde o paciente apresenta alucinações auditivas e visuais, associado a um quadro de transtorno do pânico, que é um medo exacerbado de tudo, mas no momento encontra-se com estabilidade dos sintomas.

Quando a terapia de base ancestral africana foi implantada no Caps, ela se inscreveu por curiosidade, foi na primeira sessão, gostou e ficou participando do grupo. Refere que adora tomar os banhos e fazer as massagens e, quando sai das sessões, sente-se muito bem. Segundo ela “a vida é cheia de sofrimento, e eu não posso deixar de viver, mesmo



tendo essa dor dentro de mim. Aqui na sessão da terapia a gente pensa que nem tem problema, fica tranquila, amada.”

Durante a entrevista perguntei se Rosa tinha conhecimento que as terapeutas eram também mães de santo e obtive a seguinte resposta:

Eu sei que mãe Vilma e Mãe Mocinha são mães de santo. Eu sou católica, não tenho problema com isso, por que Deus é um só. Elas fazem um trabalho muito bom com a gente. O povo diz que mãe de santo faz o mal pras pessoas, mas eu não vejo isso aqui não. Eu vejo que elas trata a gente muito bem, cuida, escuta, dá banho, lava os pés da gente, faz massagem. Eu acho que isso é fazer o bem para nós. (ENTREVISTA, 14.11.2012).

Durante a entrevista eu perguntei também para Rosa o que ela sentia nas sessões, se poderia descrever as sensações, os sentimentos:

Eu me sinto assim, como é que posso dizer. Eu sinto alívio, tira a perturbação da cabeça, eu fico mais alegre, sai um pouco aqueles medos que eu tenho, meu coração fica tranquilo, sem bater apressado com aquelas palpitações que dá. Em casa mesmo, a Mãe Mocinha me ensinou a fazer um chá de camomila, de cidreira para ficar calma, dormir melhor. Também gosto quando ela traz para gente aqueles sucos de hortelã, abacaxi, aí é muito bom. Eu me sinto é feliz. (ENTREVISTA, 14.11.2012).

No final da entrevista perguntei a Rosa, se ela notava alguma diferença de habitus no trato com seu sofrimento psíquico após conhecer as terapias com ervas e plantas, ela respondeu:

Eu sinto sim, que se Deus quiser eu vou ficar boa, por que eu não nasci com essa depressão e esse nervosismo. Quando eu tô nervosa e, aqui no Caps, às vezes falta o diazepam, então eu faço um chá bem forte e tomo, demora pra eu dormir, mas eu consigo [...] eu também aprendi que a respiração é importante para controlar a agitação dos nervos, aí eu faço também. Eu também não vou mentir que eu tirei o diazepam da minha vida, mas eu também uso os chás. É por que eu sou dependente desse diazepam, mas meu médico disse que se eu diminuísse a quantidade eu poderia ficar sem ele um dia. Eu acredito que isso pode acontecer, por que eu não queria ficar o resto da minha vida tomando diazepam. (ENTREVISTA, 14.11.2012).

### **A história de Orquídea**

Orquídea é uma mulher de 41 anos, casada a 16 anos, mãe de duas filhas, sendo uma delas falecida. Possui escolaridade de nível médio, trabalha como secretária de mandato parlamentar e é fumante compulsiva. Faz tratamento no Caps Iracema desde o começo do ano de 2012, com médico-psiquiatra, psicólogo e a terapia de base ancestral africana.

Essa usuária refere que foi diagnosticada com depressão sem sintomas psicóticos, em uso atualmente de medicamentos anti-depressivos e ansiolíticos. Nunca foi internada em hospital psiquiátrico, nem tem histórico na família de pessoas que tiveram transtornos mentais. Atribui seu problema a perda afetiva da primeira filha a 15 anos atrás e diz nunca ter esquecido ou superado a situação: “essa dor só sabe quem passa. Eu nunca vou ser uma pessoa completa, por que um pedaço de mim foi-se embora”.

A segunda filha nasceu algum tempo depois de sua perda afetivo-familiar, por que seu marido insistia para que ela engravidasse novamente. Mas, segundo Orquídea não foi fácil, por que ela não conseguia ter amor por essa filha e ainda hoje sente-se culpada com essa sua postura. Esse sentimento de culpa a faz muitas vezes ficar agressiva, irritada, triste, desanimada e chorosa, como está no momento da entrevista.

Por conta de Orquídea está apresentando esses sintomas de crise, solicitei que fizéssemos a entrevista em outro momento, mas ela se recusou. Queria falar de sua dor e de sua perda e, em respeito aos seus sentimentos, continuei a entrevista, mas sem o uso do gravador. Deixei-a falar, mas muito do seu relato não será utilizado nesse trabalho, porém diante de uma postura de humanização da pesquisa na área de saúde mental, não poderia me refutar de ouvir seu sofrimento, sua dor.

Em seu relato, um sobressaiu-se: a sua busca por conforto em diversas religiões, como nos contou:

Quando eu perdi minha filha eu fiquei muito desnorteada, tomei remédios para depressão e como tinha plano de saúde, me consultava psiquiatra e com uma psicóloga. Com o tempo fui me cansando daquele blá, blá, blá, daquela conversa fiada que eu tinha que esquecer minha filha. Então resolvi abandonar tudo, remédios, psicólogos, tudo. Nisso eu já tinha a minha segunda filha que foi criada praticamente com minha mãe e minha sogra. Depois eu busquei consolo em tudo, sai procurando as religiões para entender por que Deus levou minha filha. Fui a muitas religiões. Fui ao espiritismo, os protestantes, os grupos de oração de Maria da Igreja católica, fui numa esotérica, só não fui em terreiro, mesmo com a insistência de amigos. (ENTREVISTA, 19.11.2012).

A recusa em ir no Terreiro me fez perguntar o por que da recusa, já que havia procurado tantas religiões diferentes, mas ela informou que: “eu não fui por que sempre ouvi falar que coisas ruins acontecem nesses lugares, que só tem gente ruim fazendo maldade pros outros.” Eu perguntei se havia tentado conhecer essa religião, mas ela silenciou, pensou e respondeu: não! Eu não gosto desses lugares. Fiz uma nova pergunta: você sabia que as terapeutas de base ancestral africana do Caps, também são mães de santo de Terreiro? Sua resposta foi a seguinte:

Eu já sabia que elas eram mãe de santo, mas elas aí não fazem o mal, fazem o bem para todas nós. Elas tem umas mãos de ouro, sai tudo que é dor da gente. Quando eu descobri que elas também eram mãe de santo eu fiquei assim me perguntando: será que vale à pena fazer essa terapia, mas aí eu conversei com minha psicóloga, que disse que eu que decidia. Mas eu ouvia os paciente falando tão bem que eu resolvi arriscar. E não me arrependo, por que elas tiram um peso da minha cabeça, do meu corpo, diminui meu sofrimento. Até fico pensando que minha filha queria que eu ficasse bem. Eu até conversei isso com outra paciente que também perdeu o filho, ela se sente bem nas sessões, por isso que fiquei fazendo. (ENTREVISTA, 19.11.2012).

Orquídea, quando perguntada sobre o que sentia ao fazer a terapia com as ervas e plantas, relatou:

Foi assim, no começo eu tinha raiva, repulsa, ódio por que estava ali me cuidando, eu não queria muito me cuidar não. Eu não queria está ali. Mas com as sessões, eu fui relaxando e me sentindo bem com os banhos, as conversas com os outros do grupo. Eu ia deixando ela me massagear, me tocar, rezar em mim. Eu passei a tomar os chás, os sucos, mas ainda é difícil para mim, tem dias que fico muito triste quando lembro da minha filha, mas nas sessões, os banhos, a dor vai embora naquele momento, eu me sinto um pouco tranquila, acho que em paz. Mas a dor, tem dias que ainda dói. (ENTREVISTA, 19.11.2012).

Para finalizar a entrevista com Orquídea, perguntei sobre que habitus ela havia notado que modificaram-se no trato com seu sofrimento psíquico, após conhecer as terapias com ervas e plantas e sua resposta segue abaixo:

Eu acho difícil eu ser uma pessoa normal igual as outras, por que eu tenho esse buraco, esse ôco aqui dentro de mim pela falta da minha filha. Mas eu noto que quando estou em casa e que fico assim chorosa, triste, eu penso em tomar um banho e me deitar, mas aí eu fico achando que isso não vai resolver mais. Então eu saio, eu vou ver o mar, eu vou conversar com amigos ou eu rezo do meu jeito, com minhas palavras, por que eu não sou de religião nenhuma, mas eu fico respirando, sentada, eu começo a falar comigo mesma e, lá na sessão das terapias das ervas, as mães de santo falam que não tem problema a gente ficar conversando com a gente mesma e que rezar é ficar conversando com a gente mesma. Eu já fiz isso umas poucas vezes e aliviou mais minha tristeza. Acho que estou ficando mais perto assim de Deus, não sei. (ENTREVISTA, 19.11.2012).

Na observação participante nas sessões, Orquídea interage pouco com o grupo. Em alguns momentos tem um comportamento de alheamento. Por essa atitude, foi elaborado sessões de terapia individual com para ela e, nesses momentos, não me foi permitido assistir. Segundo as mães de santo, Orquídea precisa de cuidados mais constantes e elaborados, para que diminua as resistências em relação a si mesma e para que possa re-elaborar essa dor da perda de sua filha.

Finalizado esse período do campo em si, do processo das entrevistas com as usuárias – que fundamentalmente foram momentos de adentrar o universo particular de suas

vidas – e o contato direto nas sessões terapêuticas de base ancestral africana, pode compreender que no campo da saúde mental, a pesquisa é espaço singular e enriquecedor para ambos os lados. Tanto para quem está na condição de pesquisador, com pretensões de entender o enredo dialético da vida humana, como para quem está na condição de entrevistado ou locutor que narra suas experiências de vida, pois torna-se ele próprio o centro do processo, o sujeito que fala, que exprimi ideias, sentimentos, não mas unicamente o usuário-sujeito de uma instituição, mas o sujeito em sua autonomia de *Ser* falante, pensante, ser de sentidos, ser de vivências.

No campo da pesquisa qualitativa é preciso, pois, está atento aos enredos, as tramas e elos que constituem o espaço e seus sujeitos envolvidos. Como afirma Minayo (2007 *apud* CAMPOS, 2012, p. 205), nas pesquisas em saúde:

Precisamos ouvir, primeiro, como nosso interlocutor define sua situação. Em segundo lugar, qual é sua experiência biográfica, lembrando que uma pessoa sempre está situada biograficamente no mundo da vida e é nesse contexto que pensa, sente e age. Em terceiro lugar, qual é o seu enfoque de conhecimento ou seja, qual é sua sedimentação de experiências e situações vivenciadas, a partir da qual ele interpreta o mundo e pauta sua ação.

Portanto o campo da saúde mental torna-se desafiador pelos estigmas, preconceitos e discriminações que os usuários desses serviços sofreram/sofrem ao longo da história. Perversamente silenciados, amortecidos, incapacitados, violentados em seus direitos humanos e de cidadania, foram classificados como uma categoria à parte da sociedade, intitulados de “insanos”, “doentes”, “irracionais”, “malucos”, “doídos”, “loucos”, de onde não há possibilidade de erigir “racionalidade”.

O estudo de pesquisa teve como base ouvir esse sujeito andarilho das estradas da saúde mental, em sua relação com o universo das práticas ancestrais africanas, oportunizando relatos e expressões de seu sofrimento mental e os significados produzidos na interação com uma terapêutica de base filosófica complexa, advinda de um universo de matriz africana, como os Terreiros.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Timoneiro

Não sou eu quem me navega,  
Quem me navega é o mar  
Não sou eu quem me navega,  
Quem me navega é o mar  
É ele quem me carrega,  
Como nem fosse levar  
É ele quem me carrega,  
Como nem fosse levar

E quanto mais remo mais rezo,  
pra nunca mais se acabar  
Essa viagem que faz,  
O mar em torno do mar  
Meu velho um dia falou,  
com seu jeito de avisar:  
- Olha, o mar não tem cabelos,  
que a gente possa agarrar

Não sou eu quem me navega,  
Quem me navega é o mar  
Não sou eu quem me navega,  
Quem me navega é o mar  
É ele quem me carrega,  
Como nem fosse levar  
É ele quem me carrega,  
Como nem fosse levar

Timoneiro nunca fui,  
Que eu não sou de velejar  
O leme da minha vida,  
Deus é quem faz governar  
E quando alguém me pergunta,  
Como se faz pra nadar  
Explico que eu não navego,  
Quem me navega é o mar

Não sou eu quem me navega,  
Quem me navega é o mar  
Não sou eu quem me navega,  
Quem me navega é o mar  
É ele quem me carrega,  
Como nem fosse levar  
É ele quem me carrega,  
Como nem fosse levar

A rede do meu destino,  
Parece a de um pescador  
Quando retorna vazia, V  
em carregada de dor  
Vivo num redemoinho,  
Deus bem sabe o que ele faz  
A onda que me carrega,  
Ela mesma é quem me traz

(Paulinho da Viola)

A saúde mental é um campo amplo de diversidades ideológicas, políticas, epistemológicas, técnico-metodológicas e terapêuticas. Como uma política pública do governo brasileiro, torna-se uma condição de possibilidades, um espaço em construção, não definitivamente pronto e estático, mas dinâmico, em movimento, pois construir políticas públicas no campo da saúde mental é uma tarefa de muitas mãos, que envolve vários atores sociais que interagem nesse universo: profissionais, usuários, familiares, gestores e comunidade.

Com a reforma psiquiátrica brasileira, o sofrimento mental deixa de ser uma exclusividade dos hospitais psiquiátricos/manicômios e passa a ser concebida conforme a definição de Amarante:

O hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem. (AMARANTE; LANCETTI, 2006 *apud* CAMPOS, 2012, p. 615).

Na Política Nacional de Saúde Mental, que criou e ampliou uma rede de serviços de atenção em saúde mental no Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial é um serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico/manicomial. O Caps tem caráter inclusivo para as pessoas em sofrimento psíquico, onde a vivência dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde como a universalidade, a equidade e a integralidade devem está presentes.

No Caps, a universalidade por exemplo, deve garantir ao usuário um amplo acesso às diversas terapêuticas existentes, constituindo-se num serviço onde a equidade e a integralidade possam nortear as ações da unidade e o atendimento possa ser realizado sem imposições restritivas e discriminatórias, acontecendo num ambiente acolher e humanizado.

Especificamente acerca da concepção de integralidade, o SUS preconiza que deve ter assistência ao usuário em tudo que representa as suas necessidades, envolvendo uma teia de articulações no território, que vai da garantia de condições dignas de vida, ao atendimento nos serviços de saúde de forma resolutiva para a problemática que conduz o usuário ao serviço.

Portanto, essa dimensão integrativa do SUS está diretamente ligada à ideia de eficiência dos serviços de saúde, que nas unidades deve ser absorvido pelo conjunto dos profissionais, pelos usuários, pelos seus familiares e pela comunidade geográfica onde situa-se a instituição, inserindo em sua rotina cotidiana, esse princípio.

No Caps Iracema a vivência dos princípios do SUS obteve, com a implantação das práticas integrativas e complementares, um elemento a mais na ampliação do acesso a formas de tratamento em saúde mental disponíveis na sociedade brasileira. Todavia, no transcurso da pesquisa, posso afirmar que as práticas ancestrais africanas desenvolvidas pelas mães de santo apresentam um singular diferencial, pois significam não somente uma abordagem terapêutica a mais, essas práticas trazem embutidas em seu seio um outro modelo para pensar o processo saúde-doença: o paradigma africano.

Esse modelo paradigmático africano, que intitula-se Cosmovisão Africana é fundamentado por uma filosofia da ancestralidade e diferencia-se do modelo de pensamento ocidental, racionalista-europeu que hegemonizou-se pelo mundo. O paradigma africano é sustentado numa lógica que concebe, reconhece e legitima a vida como uma expressão material e imaterial em constante dialogicidade, onde a ancestralidade é:

A fonte de onde emergem os elementos fundamentais da condição africana. Ela mesma é um princípio capaz de organizar a vida e as instituições dos africanos e seus descendentes. É a categoria principal da “dinâmica civilizatória africana”, pois para além das relações de parentesco consanguíneo, a ancestralidade tornou-se o princípio organizador das práticas sociais e rituais dos afrodescendentes no Brasil. É a partir dela que se entende a lógica capaz de organizar os elementos estruturantes dessa cultura, pois tanto a **força vital**, o **universo**, a **palavra**, o **tempo**, a **pessoa**, os **processos de socialização**, os **ritos funerários**, a **família**, a **produção** e o **poder** são estruturados a partir da ancestralidade. (OLIVEIRA, 2003, p. 163).

É uma epistemologia com formas próprias de conceber, conhecer, vivenciar, explicar e experienciar a teia complexa do mundo material e suas conexões. Na filosofia da ancestralidade ou filosofia de matriz africana, o pensamento não é dissociativo pois há conectividade, interação, dialogicidade, não há maniqueísmo os opostos estão em contínua relação: bem e mal, bom e ruim, baixo e alto, amargo e doce, grande e pequeno, morte e vida.

Não há segregação, apartação, fragmentação para a Cosmovisão africana, pois todos os elementos do mundo material interagem com os do mundo imaterial, como diria Oliveira, “tudo está em tudo”. Há um sentimento de complementaridade, de integração, expressa como a possibilidade de congregação das diferenças num todo orgânico e não sua anulação ou negação. Por isso, o que diferencia o referencial filosófico de matriz africana são as possibilidades inclusivas de todos os elementos, como nos diz Oliveira:

O que há são possibilidades diferenciadas de arranjos sociais, culturais, etc., sempre flexíveis, sempre possíveis de novos arranjos. O que há são várias facetas que compõem uma mesma rostidade (chamaria também de identidade), um mesmo organismo. Vale o princípio da inclusão! (OLIVEIRA, 2003, p. 116).

Esse pensamento filosófico no campo específico da saúde mental fará emergir uma abordagem terapêutico-metodológica que encerra em si um olhar diferenciado sobre o sofrimento, sobre o adoecimento, sobre o cuidado, sobre o acolhimento, sobre a saúde, sobre o tratamento, re-significando o conceito de humanização. Por que para esse pensamento não se adoce sozinho, também não há cuidados sozinho. Tudo adquirir significado e significância numa dimensão coletividade.

A medicina tradicional em África subsaariana, desenvolvida com esse paradigma ancestral, preconiza que cuidar do outro é sempre com o outro e com a intermediação de sua ancestralidade. É preciso acessar os recursos da natureza como plantas, ervas, animais, minerais, água, mas fundamentalmente é necessário antes consultar as diversas possibilidades que podem ser engendradas pelo jogo divinatório. É por meio dele que os ancestrais emitirão

um parecer acerca da problemática e dos possíveis caminhos de tratamento, assim como o fazem os babálòrìsà e Ìyálòrìsà (pais e mães de santo) no Candomblé.

Desta forma a medicina tradicional africana expõe uma identidade diferente da medicina ocidental, pois reconhece que o corpo humano (*Ara ènia*) é o concreto, é a carne, os ossos, os músculos, os nervos, é a forma física dessa corporeidade. A respiração (*Èmí*) é o sopro divino no corpo humano, é a expressão da vida e a alma é *Orí Inú* (cabeça interior) que é a essência da personalidade, é o ser espiritual. Esses elementos integram e formam o *Ser Humano*, que nunca é visto ou tratado por partes. Trata-se as partes pelo entendimento do funcionamento do todo, trata-se o todo para atingir todas as partes. Eis como é concebido o corpo o humano. Isso vai ensejar uma outra epistemologia sobre o corpo, a doença, os tratamentos.

Na medicina ocidental o corpo humano é repartido, retalhado, fragmentado em partes orgânicas, apartado de sua dimensão espiritual. Criam-se médicos especialistas para tratar o olho, o ouvido, o joelho, o coração, a cabeça. E para a cabeça especialmente, dois especialistas: o neurologista que cuida da parte física e o psiquiatra que cuida da parte não física. E este último pauta seus diagnósticos pelo processamento das emoções no cérebro físico, daí o desenvolvimento de medicamentos psicofármacos que agirão no cérebro, acelerando ou desacelerando o processamento das emoções vividas, como ocorre na clínica médica psiquiátrica clássica, presente no relato de um dos médicos-psiquiatra do Caps Iracema, durante uma reunião de equipe técnica sobre o andamento do tratamento de pacientes que pude acompanhar:

Eu estou falando do ponto de vista médico, de pacientes psicóticos, esquizofrênicos que a gente atende aqui no Caps, [...] o suporte da instituição é necessário, por que a medicação falta com alguma frequência e isso pode trazer prejuízo para o tratamento. Eu estou falando especificamente da parte médica, da parte psicofarmacológica, eu estou falando desses medicamentos atípicos que melhoram a vida do paciente [...] mas que também a gente observa um ganho de peso que causa uma hipertensão, uma diabetes, quando eles estão usando esses medicamentos. (ENTREVISTA, 08.11.2012).

Portanto, no universo do Caps Iracema nota-se a presença de várias concepções e abordagens terapêuticas na saúde mental: a clínica psiquiátrica medicamentosa, a clínica psiquiátrica anti-manicomial (que prevê o uso mínimo de psicofármacos), as psicoterapias, os grupos de terapia ocupacional, os grupos de arte-terapia, os grupos de família e as práticas ancestrais africanas, que ao se referenciar num paradigma filosófico ancestral e pautar sua atuação metodológica no uso e manuseio de plantas, ervas e energias (*Asé = força vital*,



*energia vital*), traz para o cenário institucional o descerra do debate no campo das abordagens e do próprio conceito de adoecimento, tratamento e saúde.

As práticas ancestrais africanas possibilitam o acesso e integralidade no SUS, obtendo como respostas as melhorias significativas dos sintomas apresentados pelos usuários e seus familiares, com diminuição de seus quadros de ansiedade, tristeza, stress, pensamentos suicidas, dentre outros, conforme dados coletados durante a pesquisa, pois as práticas ancestrais africanas atuam diretamente no re-estabelecimento do equilíbrio energético do *Orí Inú* (ser espiritual), fortalecendo o *Ara Ènia* (corpo humano), acessando as energias cósmicas do universo da ancestralidade dessas pessoas, com diversas maneiras, dentre elas as benzeduras.

Também trabalham com uma dimensão educativa junto aos usuários e familiares no incentivo de outros modos de tratar seus sintomas, com a incorporação do uso de fitoterápicos e de uma alimentação de base natural com sucos, vitaminas e chás onde a presença das ervas e plantas são imprescindíveis. Constituindo-se numa alternativa medicamentosa de base natural diante da medicação química ofertada nos serviços de saúde mental.

É importante considerar que as práticas ancestrais africanas espelham o conceito de saúde dos Terreiros de matriz africana, desvelam os complexos conhecimentos trazidos pelos africanos para o Brasil no período da diáspora.

Durante a pesquisa, especialmente, um ato efetuado nas sessões dessa terapia ancestral chamou-me particular atenção: o ato do lava pés. Um momento onde as mães de santo lavam os pés dos participantes com um preparado de folhas e ervas, tocando, massageando, cuidando dessa parte essencial do corpo humano. São os pés que andam nos caminhos, sustentam toda a estrutura corpórea, eles registram nossos traumas, as boas e más experiências de nosso caminhar.

No tratar os pés, as mães de santo, cuidam, acariciam, enaltecem essa parte vital e tão esquecida no campo da saúde mental. A simbologia desse ato do lava pés nos remete ao gesto máximo que é cuidar o outro, de tocá-lo sem restrições, retomam a ideia de trabalhar o todo a partir das partes, de cuidar das partes como essências do todo. Um gesto eminentemente africano que revela acolhimento, aconchego, cuidado humanizado e amoroso.

Nos Terreiros os pés também são tratados, trabalhados num ato após a feita do *òrìsà*, quando ganhamos o caminho, a firmeza para a vida, pois os pés guardam nossa história, os caminhos percorridos e os caminhos que ainda o serão, os pés são a nossa essência

corpórea e a nossa linha espiritual que inicia na cabeça e vai até os pés. Eles contem todos os pontos energéticos que conectam com outras partes do nosso corpo.

Os pés poderiam simbolizar os próprios caminhos percorridos na pesquisa e o quanto ainda precisa-se percorrer, estudar, melhorar o entendimento da complexa relação *Òrun-Àiyé* (mundo imaterial – mundo material) e as contribuições da Cosmovisão Africana e da filosofia de base ancestral para a compreensão da vida, do mundo, da sociedade, das políticas públicas que intermedeiam a efetivação de direitos humanos e de cidadania no Brasil.

Esse estudo é uma possibilidade de abri-se uma porta ao que foi ignorado. Ele é um convite para que desposemos a cultura africana na saúde mental, pois os povos africanos que aportaram no Brasil, arrancados de suas famílias, das regiões mais diversas e longínquas da África, não são povos inferiores, escravizados desprovidos de conhecimentos e mão de obra barata para o sistema escravista. Nem tão pouco nós - seus descendentes – também o somos. É preciso desmistificar conceitos, quebrar paradigmas, deixar fluir as possibilidades de outras epistemologias.

Descubro ao final da pesquisa que, ao tentar entender os significados para os usuários de saúde mental do Caps Iracema, quando tratados com as práticas ancestrais afro-brasileiras, eu estava de fato criando um meio para que as falas ancestrais africanas pudessem ser ouvidas, entendidas, compreendidas. São falas e vivências, conhecimentos e práticas dos Terreiros de matriz africana predispostas ao diálogo no universo institucional de uma política pública de saúde mental.

E para essa tarefa que me dispus realizar, muitos acontecimentos, muitas pessoas, muitos entrecruzamentos tive que percorrer. Mas registro que na elaboração desse trabalho eu nunca me senti sozinha, numa produção isolada e solitária, pois que estava acompanhada cotidianamente com minha ancestralidade aparativa, de um cuidado amoroso. Muitos foram os sentimentos de angústia, tristeza, euforia, insegurança que rondavam-me, espreitavam-me. Mas fiz um acordo com minha ancestralidade: eu viveria esse momento único e singular de minha vida de forma não adoecedora. E consegui.

Ante as intempéries da vida numa sociedade excludente, apartada e discriminatória como a nossa, assumi um compromisso com os usuários do Caps Iracema e com todos que partilharam a pesquisa comigo, afirmando a partir de minha própria vivência como ser vivente e vivedora, que é possível fazer as coisas com prazer, é possível uma convivência harmônica com todas as dimensões que habitam nosso ser, é possível pensar,

elaborar e executar práticas diferenciadas na saúde mental, afinal esse campo não é uma fábrica de remédios químicos.

Portanto, nestes percursos de estar pesquisadora, muito caminhei e, muito acredito ainda terei que caminhar. Porém carrego comigo a força de minha ancestralidade africana, agregativa e transformadora de processos, de pessoas e de vidas: minha Ìya Ìyemonjá.

Hoje sinto-me parindo, a mesma sensação que tive quando do nascimento de minha linda filha Mariana. Sinto-me plena e completa, não por que estarei recebendo uma titulação de mestre, não porque finalizei uma dissertação, mas por saber-me que sou para a vida, um grande útero gestacional, um grande seio alimentador de processos. Trago em mim as marcas dos lugares de onde venho e de onde falo e preciso caminhar mais.

Finalizo afirmando o conceito de circularidade presente na Cosmovisão Africana, pois o conhecimento desse estudo acadêmico que iniciei, pode ter continuidade por outros e outras pessoas, como nos ensinamentos de uma ancestral da Umbanda Vovó Maria Conga:

*“Caminhou, caminhou  
preta velha caminhou  
na Aruanda maior  
a preta velha caminhou”*

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. Atenção à saúde em uma Comunidade tradicional de terreiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, suppl.1, p. 85-91. 2009.
- AS FOLHAS no Canomblé Ketu. **Revista Oriaxé**, 2012. Disponível em: <<http://www.oriaxe.com.br/eweorisa.htm>>. Acesso em: 15 maio 2012.
- ASSIS, Pablo. Uma breve história dos psicofarmacos. **Blog Pablo de Assis**, 2012. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/2012/09/uma-breve-historia-dos-psicofarmacos/>>. Acesso em: 22 nov. 2012.
- AUGRAS, M.; GUIMARÃES, M.A. O assento dos deuses. *In*: AUGRAS, M. **Alteridade e dominação no Brasil: Psicologia e cultura**. Rio de Janeiro, NAU, 1995.
- BARROS, Denise DIAS, Medicina negro-africana: institucionalidade, saberes e sentidos do adoecer e da loucura na África do Oeste e no Mali. **Revista Imaginário**. São Paulo, ano 10, n. 10, p. 77-114, 2005.
- BARROS, José Flávio Pessoa de. **A floresta Sagrada de Ossaim: o segredo das folhas**. Rio de Janeiro: Pallas, p. 82, 2010.
- BARROS, José Flávio Pessoa de. **O segredo das folhas: sistema de classificação de vegetais no candomblé jêje-nagô do Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas, p. 89, 1993.
- BARROS, N. F. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec; p. 82, 2006.
- BENISTE, José. **Òrun – Àiyé: o encontro de dois mundos: o sistema de relacionamento nagô-yorubá entre o céu e a terra**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- BERKENBROCK, Volney J. **A experiência dos Orixás: um estudo sobre a experiência religiosa no Candomblé**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3a. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.
- BRASI. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em 22 jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade**. Brasília, DF, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **DOU**, 4 maio 2006. Seção 1.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratados de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- CARONE, I.; BENTO, S. (Org.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CASA DE SANTO. **Documentário (Maragogipe)**. 2012. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=\\_drI3LuCToM](https://www.youtube.com/watch?v=_drI3LuCToM)>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.
- CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., Brasília, DF, 2010, **Relatório...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/77783640/IV-Confer-en-CIA-Saude-Mental>>. Acesso em: 15 maio 2012.
- COUTINHO, Eduardo Granja. **Velhas histórias, memórias futuras**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.
- COUTINHO, Domingos; SABACK, Eduardo. O Histórico da Psiquiatria na Bahia. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 77, n. 2, p. 210-218, 2007.
- COUTO, Mia. Cada homem é uma raça. Lisboa: Caminho, 2002.
- COUTO, Mia. **Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- CUNHA JÚNIOR, Henrique Antunes. NTU: introdução ao pensamento filosófico bantu. **Revista Espaço Acadêmico**, Fortaleza, ano 32, v. 1, p. 59, 2010.
- D'ADESKY, Jaques. **Racismos e anti-racismos no Brasil**. Rio de Janeiro: Palas, 2001.
- ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. São Paulo: Zahar, 1994.
- FORTALEZA. **Decreto de Criação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza**: resolução nº 02 de 08 de fevereiro de 2000. Disponível em: <[www.cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br)>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GONÇALVES, Amadeus Matos. A doença e a cura: um olhar antropológico. **Revista Millenium**, Viseu, n. 30, p. 159-171, 2004.
- GUIMARÃES, M. A. A área de ilusão e a subjetividade afro-descendente no Brasil. **Boletim Arayê Especial**, Rio de Janeiro, ano II, set, 1998, p 17-22. Número especial.
- GUIMARÃES, M. A. **A rede de sustentação**: um modelo winnicottiano de intervenção em saúde coletiva. 2001. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2001.

- GUIMARÃES, M. A. **É um umbigo, não é? A mãe criadeira, um estudo sobre o processo de construção de identidade em comunidades de terreiro**. 1990. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1990.
- GUIMARÃES, M. A. Os mistérios do nascer: significados na tradição religiosa afro-brasileira. *In*: \_\_\_\_\_. **Sinais de vida**: reflexões sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: REDEH, 1995.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.
- HOBSBAWM, Eric; RANGER, Terence. (Org.). **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. 2012. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home](http://www.ibge.gov.br/home)>. Acesso em: **14 jun. 2012**.
- LAPLANTINE, FRANÇOIS. **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- LOPES, N. **Kitábu**: o livro do saber e do espírito negro-africanos. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2005.
- LUCENA, J. Aspectos culturais na patologia mental em certos grupos brasileiros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 7-30, 1969.
- LUZ, Marcos Aurélio de Oliveira. **Agadá**: dinâmica da civilização africano-brasileira. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2000.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 200, 1983a.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993b.
- MOORE, Carlos. A África e o Brasil sob a ótica de interesses divergentes. *In*: **A ÁFRICA que Incomoda**: sobre a polemização do legado africano no cotidiano brasileiro. Belo Horizonte: Nandyala, 2008. (Coleção Repensando a África, v. 1).
- MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
- NASCIMENTO, Elisa Larkin. **Sankofa**: matrizes africanas da cultura brasileira. Rio de Janeiro: Eduerj; 1996.
- NINA RODRIGUES, R. Animismo fetichista dos negros bahianos. **Revista Brasileira**, Rio de Janeiro, 1896.

NUNES, M. O. **À temp et à contre-temps**: lês voix dès tambours du candomblé dans la psychose. Mptreéal: Universite de Montreal, 1999.

ODA, A. M. G. R. **Alienação mental e raça**: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

OLINTO, Antonio. **A Casa da Água**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999

OLIVEIRA, David Eduardo. **Cosmovisão Africana no Brasil**: elementos para uma filosofia afrodescendente. Fortaleza: Ibeca, 2003.

OLIVEIRA, Eduardo David de. **Filosofia da Ancestralidade: Corpo e Mito na**

**Filosofia da Educação Brasileira**. Curitiba: Editora Gráfica Popular, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD e Organização Panamericana da Saúde/OPAS. Brasília, FD, 2001.

PETROVICH, C.; MACHADO, V. **Ilê Ifé**: o sonho do Iaô Afonjá (mitos afro-brasileiros). Salvador: Edufba, 2002.

PODKAMENI, A.; GUIMARÃES, M. A. Brasil, pátria mãe gentil? **Boletim Kizumba**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 4-5, 1999.

PORDEUS JÚNIOR, Ismael, **Uma casa luso-afro-brasileira com certeza**: emigrações e metamorfoses da umbanda em Portugal. São Paulo: Terceira Margem, 2000. (Coleção África).

PORTAL DA SAÚDE. **Apresentação**. 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)>. Acesso em: **4 jun. 2012**.

ROCHA, N. S. **Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, J. E. **Os nagô e a morte**. Petrópolis: Vozes, 1984.

SCHNITMAN, D. F. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

SERRANO, Alan Indio. **O que é psiquiatria alternativa**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

SODRÉ, M. **A verdade seduzida, por um conceito de cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Codecri, 1983.

SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade**. Petrópolis: Vozes, 1988.

VERGER, Pierre Fatumbi. **Ewé: o uso das plantas na sociedade iorubá**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. J. brasileiro. psiquiatria, [online]. v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990a.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990b.



## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DO CAPS

1. Qual o seu nome ?
3. Você estudou até que ano ?
4. Você trabalha ?
5. Como você chegou no Caps ?
6. Quem lhe recebeu e qual o plano terapêutico que foi feito para você ?
7. Qual o seu diagnóstico psiquiátrico na saúde mental ?
8. No seu plano terapêutico inclui a terapia ancestral africana ? Se sim, a quanto tempo você participa dessas sessões ?
9. O que você acha dessas sessões terapêuticas ?
10. Em que aspectos essas sessões tem ajudado você no seu sofrimento psíquico ?
11. Você tem família ? Sim? Como sua família compreende esse tratamento complementar ?  
Caso Não, quem cuida de você compreende esse tratamento complementar ?
12. Você poderia espontaneamente falar sobre as sensações que você possui quando está fazendo a sessão ?
13. Você poderia falar como você se sente após as sessões ?
14. Você poderia falar quais os sintomas de seu sofrimento psíquico que melhoram com as sessões da terapia ancestral africana ?

## **APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MÃES DE SANTO**

1. Qual o seu nome civil ?
2. Qual o seu nome na religião ?
3. Com quantos anos você se iniciou na religião de matriz africana ?
4. Quais os motivos que te levaram a iniciar na religião de matriz africana ?
5. Como você veio trabalhar na saúde mental ?
6. Como você planeja seu trabalho ? E as sessões terapêuticas ?
7. Como é a participação dos usuários no tratamento ?
8. Qual a religião dos usuários que frequentam as sessões de terapias ancestrais africanas ?
9. Como você monitora e avalia o tratamento dos usuários que realizam tratamento com você?
10. Como você percebe a relação dos profissionais com o seu trabalho ? Há dificuldades ?  
Caso sim, enumere-as.
11. Como você definiria saúde mental ?
12. Quais as plantas e ervas utilizadas em suas sessões terapêuticas ? Você poderia definir a função de cada planta utilizada ?

### **APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**

1. Qual a sua formação acadêmica ?
2. Qual a sua religião ?
3. A quanto tempo você trabalha no Caps ?
4. Você conhece a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares ?
5. Esta Política vem sendo implementada no Caps ? Como ?
6. Você nota melhorias nos sintomas dos usuários que você acompanha e que também fazem uso das terapias ancestrais africanas ? Quais são essas melhorias ?
7. Você sabia que essas práticas terapêuticas usadas pelas mães de santo, são também práticas de saúde utilizadas nos Terreiros ?
8. Caso a resposta seja sim. Como você compreende os Terreiros no campo da saúde mental?

## **APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM BABÁLÒSSAÍM**

1. Qual o seu nome civil ?
2. Qual o seu nome na casa de santo ?
3. Como você conheceu o Candomblé ?
4. Com quantos anos você foi iniciado ?
5. Qual sua função no Candomblé ?
6. O que é ser Babálòssaím ?
7. Qual a importância do cargo de Babálòssaím ?
8. Como você definiria a relação do Candomblé com a natureza ?
9. Como você aprendeu suas funções de Babálòssaím ?
10. Você utiliza as folhas e ervas no seu cotidiano de vida, fora do Candomblé ?
11. Quais as plantas mais utilizadas em problemas de saúde mental ?

## APÊNDICE E – FOTOS DA PESQUISA

Figura 1 – Lava pés com ervas



Fonte: O autor, arquivos da pesquisa.

Figura 2 – Sentindo as ervas nas mãos



Fonte: O autor, arquivos da pesquisa.

Figura 3 – Macerando as ervas



Fonte: O autor, arquivos da pesquisa.

Figura 4 – Ambiente preparado com ervas



Fonte: O autor, arquivos da pesquisa.



Figura 5 – Folha popularmente conhecida como cuia mansa



Fonte: O autor, arquivos da pesquisa.

Figura 6 – Folha popularmente conhecida como cuia mansa



Figura 7 – Babálòóssaim (detém o segredo para o manuseio das plantas no Candomblé Ketu)



Fonte: O autor, arquivos da pesquisa.  
arquivos da pesquisa.