



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA

APROXIMAÇÃO E DISTANCIAMENTO ENTRE TERREIROS DE CANDOMBLÉ E
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO

Feira de Santana - Bahia
2025

TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA

APROXIMAÇÃO E DISTANCIAMENTO ENTRE TERREIROS DE CANDOMBLÉ E
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *stricto sensu* do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para o título de Mestre, sob a linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão do Cuidado, Políticas, Programas e Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

Feira de Santana – Bahia
2025

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Oliveira, Tereza Cristina de
O52a Aproximação e distanciamento entre Terreiros de Candomblé e
Atenção Primária à Saúde na produção de cuidado/ Tereza Cristina de
Oliveira. - 2025.
124f. : il.

Orientador: Deybson Borba de Almeida

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Mestrado Profissional em Enfermagem, 2025.

1. Espiritualidade. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Medicina
tradicional africana. 4. Pessoal de saúde. 5. Enfermagem. 6.
Integralidade em saúde. I. Almeida, Deybson Borba de, orient. II.
Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em
Enfermagem. III. Título.

CDU: 614:299.6

TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA

**APROXIMAÇÃO E DISTANCIAMENTO ENTRE TERREIROS DE CANDOMBLÉ E
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão do Cuidado, políticas, Programas e Serviços de Saúde.

Aprovado em 27/02/25

Documento assinado digitalmente
 **DEYBSON BORBA DE ALMEIDA**
Data: 01/04/2025 13:37:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

Documento assinado digitalmente
 **TANIA MARIA DE OLIVA MENEZES**
Data: 26/03/2025 16:50:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes
Universidade Federal da Bahia/UFBA

Documento assinado digitalmente
 **CLEUMA SUELI SANTOS SUTO**
Data: 27/03/2025 08:46:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Cleuma Sueli Santos Suto
Universidade Estadual da Bahia/ UNEB

Documento assinado digitalmente
 **WILTON NASCIMENTO FIGUEREDO**
Data: 28/03/2025 13:10:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Wilton Nascimento Figueredo
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

Dedico esta dissertação a todos que direta ou indiretamente me apoiaram incondicional em todos os momentos e acreditaram no meu potencial. Este trabalho é reflexo da confiança e inspiração que recebi de vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos 24 meses para a conclusão desta dissertação tive ao meu lado pessoas que devo eterna gratidão. Na longa (por ser 24 meses) e rápida (por ser pouco tempo para fazer muitas coisas) caminhada o que não faltou foi dificuldades, mas também posso dizer que sou um ser humano abençoado e pude contar com pessoas ímpares ao meu lado para dar o suporte que precisava em cada momento. Quando eu achava que nada ia dar certo, surgiam pessoas que proferiram palavras positivas nos momentos de aflição. Pessoas que se aproximaram para somar, ajudar e orientar. Tenho certeza de que sem elas não chegaria aqui.

Agradeço, primeiramente, à Deus pelo dom da vida, saúde, minha fonte de sabedoria e fé. Sem a Tua graça essa conquista não seria possível.

Aos meus pais, Antonio e Edelzuita, minha eterna gratidão e amor. Vocês sempre acreditaram em mim e me incentivaram a ir em frente em tudo que eu queria. Eu posso, eu quero e eu consigo! Dedico a vocês esse trabalho como forma de homenagear e agradecer tudo que fizeram e fazem por mim.

À minha irmã, Catarina, que é minha inspiração na vida acadêmica. Esse trabalho é uma celebração do que aprendi contigo.

Ao meu companheiro de vida, Cláudio, sua presença foi essencial em cada passo desta caminhada. Obrigada por acreditar em mim, por escutar minhas inquietações, por me ajudar sempre que eu precisava. Esse trabalho também é seu, porque sem o seu apoio essa conquista seria mais difícil. Sou muito grata por compartilhar a vida e os sonhos com você.

Ao meu orientador, Deybson Borba, agradeço por ter acreditado em mim, me direcionado e pelas oportunidades de aprendizado. Agradeço a paciência e reconheço que cada orientação foi valiosa para meu crescimento acadêmico.

Aos amigos e colegas de mestrado, que compartilharam comigo as angústias, desafios e conquistas. Obrigada por cada troca de ideia, por cada palavra de apoio e pelas parcerias que fizeram a diferença. Em especial à Daniela Marques, que não foi uma amiga, mas uma irmã, que segurou na minha mão até o fim.

À Cristina Vitor, minha eterna e sincera gratidão. Sempre disposta a compartilhar seu conhecimento e experiência, você me ajudou a enxergar novas perspectivas e me incentivou a seguir em frente. Seus conselhos foram um farol para os momentos de incerteza.

À Universidade Estadual de Feira de Santana e ao Laboratório de Estudos e Pesquisa em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem (GAHE) por todo apoio.

Aos sacerdotes de Terreiros de Candomblé, profissionais de saúde e gestores que gentilmente me acolheram e confiaram suas histórias e saberes para enriquecer esta pesquisa. Este trabalho é, em grande parte, um reflexo do que aprendi com vocês.

À CAPES.

"O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo."

Winston Churchill

RESUMO

OLIVEIRA, Tereza Cristina de. *Aproximação e o distanciamento entre Terreiros de Candomblé e Atenção Primária à Saúde na produção de cuidados*. 2025. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde/Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem. Feira de Santana, 2025.

Esta pesquisa analisa a aproximação e o distanciamento entre Terreiros de Candomblé e Atenção Primária à Saúde na produção do cuidado. A relação entre terreiros e unidades de saúde é relevante, pois os terreiros são espaços sagrados com amplo conhecimento de práticas tradicionais transmitidas entre gerações. Por outro lado, a Atenção Primária à Saúde representa o primeiro nível do sistema de saúde e abrange ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos, redução de danos e vigilância em saúde, inclusive nos terreiros. Contudo, observa-se uma relação frágil entre os Terreiros e a Atenção Primária à Saúde, o que compromete o potencial dessa articulação. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na metodologia do estudo de caso de abordagem compreensivista, dado o caráter ainda pouco explorado do tema. Os dados foram coletados em duas unidades de saúde da família do município de Camaçari-BA. Participaram seis profissionais de saúde, quatro sacerdotes de terreiros de candomblé e quatro gestores de saúde. A coleta ocorreu entre setembro e outubro de 2024. O material textual foi organizado no software NVivo 15 e submetido à Análise Temática de Conteúdo. Os resultados indicam que a interação entre o modelo de atenção à saúde e os terreiros é marcada por exclusão sistemática, invalidação desses saberes e fragilização da relação devido a questões relacionadas à formação e atuação dos profissionais. Diferentemente, as práticas espirituais que ocorrem nos terreiros articulam corpo e espírito demonstrando a produção de um cuidado integral. Foram identificadas práticas de distanciamento mediadas por barreiras culturais, religiosas, preconceito e demonização da religião que se manifestaram como ações ou omissões, que excluem os terreiros dos serviços, da gestão, das práticas e políticas de saúde. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de pessoal e recusas de atendimento corroboram a vulnerabilidade dessa relação. As iniciativas de aproximação oriundas das unidades de saúde se mostraram limitadas e pontuais, enquanto as práticas dos terreiros reconhecem os limites da espiritualidade na resolução dos problemas de saúde. Foram identificadas possibilidades de articulação entre práticas tradicionais e os tratamentos convencionais, assim como, a formalização de parcerias entre terreiros e unidades de saúde podem abrandar barreiras e ampliar o acesso da população a cuidados integrais. O estudo considerou que o modelo de atenção à saúde vigente é discriminatório e excludente. Espera-se que os achados desta pesquisa contribuam para a ampliação de uma perspectiva intercultural no Sistema Único de Saúde, para o combate ao racismo estrutural e para a inclusão das religiões de matriz africana nos processos de cuidado em saúde, assim como a produção dos produtos técnico tecnológico do Mestrado Profissional: nota técnica, livro e projeto de intervenção produzidos durante a pesquisa.

Descritores: Espiritualidade. Atenção Primária à Saúde. Medicinas Tradicionais Africanas. Pessoal de Saúde. Integralidade em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Tereza Cristina de. The relationship and distance between Candomblé Terreiros and Primary Health Care in the production of care. 2025. 114f. Dissertation (Professional Master's Degree in Nursing) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Department of Health/Professional Master's Degree in Nursing. Feira de Santana, 2025.

This research analyzes the relationship and distance between Candomblé Terreiros and Primary Health Care in the production of care. The relationship between terreiros and health units is relevant, since terreiros are sacred spaces with extensive knowledge of traditional practices transmitted between generations. On the other hand, Primary Health Care represents the first level of the health system and encompasses actions of promotion, prevention, diagnosis, treatment, palliative care, harm reduction and health surveillance, including in terreiros. However, a fragile relationship between the Terreiros and Primary Health Care is observed, which compromises the potential of this articulation. This is a qualitative study, based on the methodology of the case study with a comprehensive approach, given the still little explored nature of the theme. The data were collected in two family health units in the municipality of Camaçari-BA. Six health professionals, four priests from Candomblé Terreiros and four health managers participated. The collection took place between September and October 2024. The textual material was organized in the NVivo 15 software and submitted to Thematic Content Analysis. The results indicate that the interaction between the health care model and the terreiros is marked by systematic exclusion, invalidation of this knowledge and weakening of the relationship due to issues related to the training and performance of the professionals. In contrast, the spiritual practices that occur in the terreiros articulate body and spirit, demonstrating the production of comprehensive care. Distancing practices mediated by cultural and religious barriers, prejudice and demonization of religion were identified and manifested as actions or omissions that exclude the terreiros from health services, management, practices and policies. Difficulties in accessing health services, lack of staff and refusal of care corroborate the vulnerability of this relationship. The initiatives for rapprochement originating from health units proved to be limited and punctual, while the practices of the terreiros recognize the limits of spirituality in solving health problems. Possibilities of articulation between traditional practices and conventional treatments were identified, as well as the formalization of partnerships between terreiros and health units that can alleviate barriers and expand the population's access to comprehensive care. The study considered that the current health care model is discriminatory and exclusionary. It is expected that the findings of this research will contribute to the expansion of an intercultural perspective in the Unified Health System, to the fight against structural racism and to the inclusion of African-based religions in health care processes, as well as the production of technical and technological products of the Professional Master's Degree: technical note, book and intervention project produced during the research.

Keywords: Spirituality. Primary Health Care. Medicine, African Traditional. Health Personnel. Integrality in Health. Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comité de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GAHE	Laboratório de Estudos e Pesquisa em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI)
MPE	Mestrado Profissional em Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RENAFRO	Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde de Camaçari
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das nações Unidas para Infância

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Identificação dos participantes da pesquisa - Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2025.....	49
Quadro 2	Análise de dados apoiada pelo NVivo, Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2025.....	51
Quadro 3	O modelo biomédico na formação profissional e a produção de cuidado nas unidades de saúde	57
Quadro 4	Práticas espirituais e a produção de cuidados de saúde nos Terreiros de Candomblé	61
Quadro 5	O distanciamento entre unidades de saúde e terreiros mediado pelo preconceito e demonização da religião	62
Quadro 6	O distanciamento mediado por barreiras culturais e religiosas .	68
Quadro 7	A invisibilidade dos terreiros nas políticas e práticas de saúde .	71
Quadro 8	O distanciamento entre unidades de saúde e os terreiros mediado pela fragilidade da relação e intolerância	77
Quadro 9	Práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros .	79
Quadro 10	Reconhecimento dos limites da espiritualidade	83
Quadro 11	Potências e implicações das práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição, por variáveis sociodemográficas, de trabalhadores da saúde, gestores e sacerdotes de terreiros de candomblé, Camaçari, Bahia, Brasil - 2025 (n=14)	45
Tabela 2	Distribuição, por variável tempo de gestão(serviço), de trabalhadores da saúde e gestores, Camaçari, Bahia, Brasil – 2025.....	46
Tabela 3	Distribuição, por variáveis tempo de candomblé e tempo na função de sacerdotes, Camaçari, Bahia, Brasil – 2025.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	OBJETIVO GERAL.....	21
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	SABERES ANCESTRAIS E TERREIROS DE CANDOMBLÉ COMO ESPAÇOS DE CUIDADO: práticas de cuidados não hegemônicas e concepção de saúde.....	22
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	29
2.3	MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE: DO MODELO BIOLOGICISTA A SISTEMAS INTEGRAIS	36
3	METODOLOGIA	40
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	40
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	43
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
3.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	46
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	47
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	49
3.7	PRINCÍPIOS ÉTICOS	52
3.7.1	Aproximação com os trabalhadores de saúde e gestores locais ...	53
3.7.2	Aproximação com os gestores municipais	54
3.7.3	Aproximação com os sacerdotes de terreiros de candomblé	54
3.8	PRODUTOS PROPOSTOS.....	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS PRÁTICAS TRADICIONAIS NOS TERREIROS DE CANDOMBLÉ	57
4.2	PRÁTICAS DE DISTANCIAMENTO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E TERREIROS DE CANDOMBLÉ	62
4.3	PRÁTICAS DE APROXIMAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E TERREIROS DE CANDOMBLÉ	79
4.4	POTÊNCIAS E A IMPLICAÇÃO DE PRÁTICAS DE APROXIMAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E TERREIROS DE CANDOMBLÉ.....	85

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	93
	ANEXO A – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI	104
	ANEXO B – LIVRO ESPAÇOS SAGRADOS E DE CUIDADO NO CANDOMBLÉ.....	105
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA SACERDOTES DE TERREIROS DE CANDOMBLÉ	110
	APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES E TRABALHADORES EM SAÚDE	111
	APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	112
	APÊNDICE E - NOTA TÉCNICA	116
	APÊNDICE F- PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	122

APRESENTAÇÃO

Ao longo dos meus 23 anos atuando como enfermeira da Atenção Primária à Saúde (APS) de três municípios baianos, com diferentes características e especificidades pude observar a fragilidade da vinculação entre APS e Terreiros, infringindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitos pacientes possuem práticas de cuidados baseadas em saberes ancestrais, e que por diversas vezes são desconsideradas ou até mesmo desencorajadas pelos profissionais de saúde, e as unidades de saúde não criam vínculo com os terreiros (ou quando criam, são frágeis). Somado ao relato acima percebi uma incipiência de estudos na área.

A partir dessa inquietação busquei me aprofundar no tema, para compreender e encontrar caminhos para o fortalecimento da interseção dos terreiros e a APS. Durante o mestrado tive a oportunidade de me aproximar de estudos e projetos que já estão em desenvolvimento no Laboratório de Estudos e Pesquisa em Gestão, Avaliação e História da Enfermagem (GAHE) sob a coordenação do meu orientador Prof. Dr. Deybson Borba, sobre os terreiros como produção de cuidado desenvolvida por um grupo de pesquisa do Mestrado Profissional em Enfermagem (MPE) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

1 INTRODUÇÃO

A ligação entre terreiros e saúde é uma temática relevante e complexa, que tem despertado crescente interesse de pesquisadores e profissionais da área da saúde em todo o mundo. Os terreiros são espaços sagrados que preservam conhecimentos e práticas transmitidas de geração em geração pelas populações tradicionais. Esses saberes possuem um rico potencial para contribuir na promoção da saúde e na prevenção de doenças (França; Queiroz; Bezerra, 2016).

Nos últimos anos, tem-se observado uma maior disseminação de estudos que abordam a relação entre espiritualidade e saúde, especialmente no enfrentamento de doenças, bem como na promoção e reabilitação. Sabe-se que a dimensão espiritual na prática assistencial à saúde tem proporcionado apoio para pacientes e seus familiares diante de enfermidades (Thiengo *et al*, 2019).

Nesse sentido, a aproximação entre os Terreiros de Candomblé e a Atenção Primária à Saúde (APS) promove uma abordagem mais integral e compassiva no cuidado. Essa interação colabora para o bem-estar do indivíduo atendido, fortalecendo a integração entre saberes tradicionais e práticas de saúde contemporâneas.

Dessa forma, a integração entre os terreiros de candomblé e a APS não apenas enriquece o cuidado individualizado, mas também contribui para um modelo de atenção mais abrangente diante da convergência entre esses saberes. Essa perspectiva reforça a importância de organizar as práticas de saúde com base nas necessidades e nos problemas de saúde tanto individuais quanto coletivos e no fortalecimento de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e ampliação do acesso, especialmente em comunidades vulnerabilizadas.

Outrossim, compreendemos modelo de atenção como:

Forma de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades e aos problemas de saúde individual e coletiva: promoção da saúde (políticas públicas intersetoriais e ações voltadas à melhoria das condições e dos estilos de vida – modo de vida); prevenção de riscos e agravos (ações de vigilância sanitária e epidemiológica voltadas ao controle de riscos e de doenças – epidemias e endemias); tratamento e reabilitação (diagnóstico precoce, tratamento imediato, redução de danos e sequelas, recuperação da capacidade física, mental e social) (Paim, 2012, p.461).

Por sua vez, a APS é um espaço central para a implementação de modelos de atenção, representando o primeiro nível de cuidado no sistema de saúde. Trata-se de um conjunto de ações voltadas para a saúde individual, coletiva e familiar, que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, redução de danos e vigilância em saúde (Brasil, 2024a). Essas ações são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por equipes multiprofissionais e direcionadas à população de um território adscrito, sob a responsabilidade sanitária da equipe. A APS está fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 e revisada em 2017 com a publicação da Portaria 2436/2017, que orienta sua estruturação e operacionalização (Brasil, 2017a).

Quando criada, a PNAB destacava a importância de valorizar os diversos saberes e práticas, promovendo uma abordagem integral e resolutiva no cuidado em saúde. Nesse contexto, ela estabelece que, no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (AB), a atenção à saúde deve ser realizada não apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também em domicílios, escolas, creches, praças e outros espaços que comportem ações planejadas (Brasil, 2017a). Entre esses espaços inseridos nos territórios assistidos, destacam-se os terreiros, que possuem um papel relevante na promoção da saúde integral.

Dessa maneira, observa-se que os terreiros representam importantes espaços a serem trabalhados pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Essas equipes podem desempenhar um papel fundamental no processo de assistência à saúde e no fortalecimento do vínculo com a população, especialmente a negra, promovendo ações e serviços que respeitem e valorizem sua cultura e conceitos. Essa abordagem constitui uma oportunidade para fomentar a equidade em saúde. Assim, é pertinente consolidar o vínculo com o povo de terreiro, buscando reduzir as vulnerabilidades associadas a espaços frequentemente marcados por discriminação social.

No entanto, no campo prático, percebe-se que a relação entre a APS e os terreiros é marcada por fragilidade e instabilidade. Essa interação, muitas vezes tímida e com escassa vinculação bilateral, compromete e reduz o potencial de articulação entre os dois contextos (França; Queiroz; Bezerra, 2016). Mas por que essa relação se apresenta tão frágil?

Por um lado, Silva (2015, p. 9) menciona que “assentados na imagem que nutre as representações sociais acerca do candomblé, ou seja, ‘o exótico’, ‘potencialmente perigoso’, demoníaco e do qual se deve ‘manter distância’ seja um dos motivos desse distanciamento. Somado ao relato acima, Mendes, Costa e Ribeiro (2015) acrescentam a evidência de desigualdade de acesso, assistência e tratamento nos espaços de saúde que ocorrem diretas e indiretamente motivadas pelo racismo, o que causa sério prejuízo à saúde da população negra.

Por outro lado, os adeptos do candomblé resistem em procurar as unidades de saúde uma vez que possuem visões próprias de mundo, por conseguinte, concepções particulares do binômio saúde-doença. No espaço dos terreiros existe um modelo de cuidado e atenção à saúde que possui reflexo na qualidade de vida de seus adeptos e praticantes, pois o candomblé apresenta formas próprias de educação e atendimento em saúde, bem como um repertório simbólico único (Paz *et al*, 2015).

O conjunto de saberes vividos e apreendidos nos terreiros, guiados pela geracionalidade, por mais que difiram das verdades técnico-científicas dos profissionais de saúde, podem ser compreendidos como uma interlocução de conhecimentos/saberes não reificados que se consolidam no respeito e integralidade do indivíduo (Barbosa *et al*, 2018).

Para fomentar a aproximação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os terreiros, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou, em 20 de julho de 2023, a Resolução nº 715. Esse documento, de forma inédita, reconhece os terreiros como equipamentos promotores de saúde e cura, complementares ao SUS, no processo de promoção da saúde. Essa iniciativa reflete um reconhecimento popular da medicina não tradicional como um espaço legítimo de cuidado (Brasil, 2023).

Diante da percepção das fragilidades na interação entre os Terreiros e a APS, foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a temática em 2023. Essa revisão identificou lacunas significativas no conhecimento científico dessa área, evidenciando a necessidade de avanços no campo. A pesquisa foi conduzida no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "Candomblé" e "Saúde", sem delimitação temporal. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, com texto completo disponível gratuitamente.

No total, 46 estudos foram encontrados. Após a leitura de títulos e resumos, 12

artigos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais apenas cinco foram incluídos na revisão. É importante destacar que esses cinco estudos abordaram aspectos da saúde dos povos de matriz africana dentro da perspectiva do modelo biomédico, evidenciando a ausência de uma abordagem mais ampla que contemple práticas e saberes tradicionais.

Não foram encontrados artigos que se relacionassem à temática da aproximação entre os Terreiros e a APS, as práticas eram motivadas por iniciativa dos terreiros, que buscavam as unidades e se moldavam ao modelo biomédico. As atividades provenientes da APS eram escassas e pontuais, não caracterizando o encontro.

Partimos do pressuposto de que compreender a interligação entre os terreiros e a saúde é de fundamental importância, uma vez que subsidiam os princípios doutrinários e organizativos do SUS, bem como à formação de um modelo de gestão que seja efetivo, equitativo e acessível a todos os cidadãos. Ao explorar as características dessas interações, torna-se possível entender como essa cultura, transmitida de geração em geração, contribui para a promoção da saúde dos indivíduos.

Além disso, este estudo está alinhado com os compromissos do Brasil em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 10, que busca, até 2030, “empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, com o objetivo de reduzir as desigualdades, independentemente de idade, gênero, raça, etnia, nacionalidade, religião, condição econômica ou outra” (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2025).

Para além, compreendo que os saberes ancestrais são componentes essenciais da identidade cultural de muitos povos, e sua preservação é fundamental para promover a diversidade e a equidade. A medicina tradicional desempenha um papel importante no cuidado com o corpo, sendo necessário avançar no conhecimento científico nesta área, preenchendo as lacunas identificadas e explorando as inúmeras questões ainda em aberto. Nesse contexto, este estudo busca responder à seguinte pergunta: como se dá a aproximação e o distanciamento entre Terreiros de Candomblé e Atenção Primária à Saúde na produção de cuidado?

Tendo como objetos de estudo a aproximação e o distanciamento entre Terreiros de Candomblé e a APS, este estudo tem como objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a aproximação e o distanciamento entre Terreiros de Candomblé e Atenção Primária à Saúde na produção de cuidado

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os modelos de atenção à saúde e as articulações desenvolvidas entre os Terreiros de Candomblé (sacerdotes e praticantes) e gestores/profissionais de saúde da APS;
- Apontar as práticas de aproximação e distanciamento entre Terreiros e APS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SABERES ANCESTRAIS E TERREIROS DE CANDOMBLÉ COMO ESPAÇOS DE CUIDADO: práticas de cuidados não hegemônicas e concepção de saúde

O cuidado é a prática mais antiga do mundo e tem como objetivo a manutenção da vida da espécie humana (Collière, 1999). Para a autora, são exemplos dessas práticas os cuidados desde o nascimento, filhos, puérperas, companheiros assim como com a alimentação, ferimentos, entre outros.

Nessa mesma perspectiva, Barbosa (2018) concebe a prática do cuidado em saúde como um esforço para defender a vida, aliviar as dores e sofrimentos do semelhante, e promover o bem-estar do outro.

Inicialmente, essas práticas de cuidado eram oferecidas por mulheres e feiticeiras, que, sem o respaldo do conhecimento científico, se guiavam pela lei da natureza (práticas não hegemônicas). Segundo Collière (1999), com o passar do tempo e a influência da Igreja, surgiu a clínica, com a figura do médico (descendente dos padres e clérigos) como mediador dos sinais e sintomas e como anunciador de um mal identificado. Esse modelo perdura até os dias atuais, com as práticas hegemônicas ainda predominantes.

As práticas não hegemônicas, muitas vezes, não são amplamente aceitas e incorporadas nos sistemas de saúde, mas se destacam nas comunidades onde são aplicadas, devido ao reconhecimento da complexidade da saúde e à valorização da diversidade de perspectivas e métodos terapêuticos acessíveis (França; Queiroz; Bezerra, 2016).

Diante do exposto, ao falar de saberes ancestrais, é preciso também falar de conhecimento. Assim, o conhecimento se expressa de diversas maneiras, cada uma com suas peculiaridades, que, apesar de distintas, se complementam. No entanto, a forma como o conhecimento é adquirido e disseminado varia conforme o tipo de saber (Menezes, 2024).

Em seu texto “Tipos de Conhecimento”, Santos (2010) afirma que durante a história distinguem-se quatro tipos de conhecimento: popular ou senso comum, religioso, filosófico e científico, não existindo maior ou menor relevância entre eles. Com base no autor, são classificados em:

- Popular ou senso comum: existente desde os tempos das cavernas, transmitido de geração em geração, e responsável pela origem dos outros tipos de conhecimento;
- Religioso: tão antigo quanto o conhecimento popular, é a parte da característica humana de buscar explicações para as questões existenciais;
- Filosófico: baseado em especulações e principalmente, na argumentação lógica;
- Científico: fundamentado em fatos, tentando estabelecer leis e padrões.

Dessa forma, os saberes ancestrais podem ser entendidos como conhecimentos e práticas que foram reunidos e transmitidos ao longo de gerações por povos tradicionais e indígenas, sendo mantidos por diferentes culturas. São alicerçados em experimentos, observações, convicções e crenças de diversas comunidades em torno do mundo. Esses conhecimentos compreendem inúmeros aspectos da vida como técnicas de caça e pesca, rituais religiosos, medicina tradicional, entre outros. Incluem ainda, técnicas, métodos e rituais de cura que estão profundamente enraizados em sistemas culturais específicos, sendo utilizados para tratar uma ampla gama de doenças e enfermidades. Eles representam uma fonte importante de sabedoria para a saúde e o bem-estar das comunidades em todo o mundo (Dias; Caetano, 2021).

Os saberes ancestrais são respeitados e legitimados como parte valiosa da identidade e da cultura de um povo, desempenhando também um papel crucial na manutenção do equilíbrio da natureza e na estabilidade da heterogeneidade biológica. A contextualização histórica é importante para compreender sua relevância e presença em diferentes culturas ao longo do tempo (Silva, 2017).

Desse modo, os saberes ancestrais fornecem-nos uma visão holística da saúde e da doença, levando em consideração os aspectos físicos, mentais, emocionais e espirituais da vida. São baseados em uma abordagem integrada e complementar ao cuidado da saúde, esses saberes valorizam a diversidade e a singularidade dos indivíduos e de suas culturas. Além de serem influenciados por fatores socioeconômicos, históricos e culturais, moldados pelas tradições, crenças e valores de cada cultura, bem como pelas condições políticas, econômicas e sociais em que as comunidades vivem.

As práticas e saberes ancestrais atribuem novos sentidos à vida, inspirando e

reforçando as formas de existir e resistir, colaborando com o sentido do cotidiano. Freire (2019) deixa registrado em sua obra *“Pedagogia do Oprimido”* que “existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros”.

Devido à originalidade desses saberes, eles estão especialmente presentes entre os povos descendentes e nas comunidades tradicionais e assentadas, que organizam sua subsistência e sua vida cotidiana com base nesses conhecimentos. A sapiência acerca de plantas e ervas medicinais, que são utilizadas nos cuidados e tratamentos curativos, é um exemplo disso. Esse extenso e profundo acervo sobre cascas, flores, frutos, raízes, folhas, sementes colabora para a manutenção da existência desses povos, sendo transmitido das gerações mais velhas para as mais jovens (Dias; Caetano, 2021).

Ao revisitar um passado distante, os xamãs transmitem a composição de experiências através de um fluxo de análise, percepção, investigação mais atenta e menos redutora, assumindo a importância de expandir a interação do homem com a natureza. Essa prática, representada pelo pajé, traz a ideia principal dos saberes indígena, mantendo a sapiência da floresta viva, memorando e honrando as forças dos elementos e perpetuando a cultura ancestral (Araújo, 2022).

A sobrevivência de nossa espécie é impossível sem a natureza que nos alimenta, nos dá abrigo, tem seus remédios, sua cura. Quanto mais o homem se afasta da natureza, ele perde o conhecimento que está nela para se curar e isso é um erro. Os conhecimentos da tradição são valiosos demais. É simples: basta reverenciar e aceitar a cura que a natureza nos dá todos os dias (ARAÚJO, 2022, p. 98).

Como exemplo, o escalda-pés é uma prática de autocuidado com raízes profundas em saberes ancestrais, com origem na China, sendo reconhecido os benefícios terapêuticos pela imersão dos pés em água aquecida com ou sem ervas e sais. Essas práticas visam equilibrar as energias do corpo, promover a circulação e aliviar o estresse (Nascimento; Prade, 2020).

Sob enfoque histórico, o Brasil foi um dos países que mais recebeu pessoas africanas e o derradeiro a abolir o sistema escravocrata no mundo. Esse contexto facilitou a permeação dos saberes ancestrais afro descendentes, como religiões de matriz africana, medicina tradicional africana, cultura oral africana, culinária, artes e artesanato, na cultura atual, principalmente em regiões com grande população

afrodescendente. Em contrapartida Gomes (2020) relata que devido ao processo de colonização e escravidão que negaram os direitos e valores civilizatórios dos povos tradicionais os “não brancos” representam uma classe de maior vulnerabilidade, enfrentando pobreza, exclusão social, menor escolaridade, exposição a infraestruturas precárias entre, entre outros.

Esses saberes foram (e ainda são) obstruídos, silenciados, satanizados, rotulados e anulados diariamente em diversas esferas da sociedade, em virtude da destruição de conhecimentos, saberes e culturas que foram incorporadas pelas práticas ocidentais/brancas.

Na tentativa de proporcionar um lugar seguro onde os africanos e seus descendentes pudessem preservar as tradições religiosas e culturais surgiram os terreiros. Sob a perspectiva de Gomes (2020), no decorrer da história brasileira, os terreiros foram se organizando como locais de proteção da identidade negra, de fortalecimento das religiões de matriz africana e de conexão afetiva entre sujeitos que, no cotidiano das cidades e do campo, viviam segregados material e simbolicamente.

Nessa mesma perspectiva Boccuto, Mor e Teixeira (2022 p. 995), trazem que “todo terreiro é um quilombo, que luta contra preconceitos e adversidades que a minoria social negra vivencia”. Os terreiros são considerados espaços sociais e simbólicos importantes, onde as pessoas se conectam com a natureza para práticas religiosas e para disseminação e preservação da cultura africana, além de representarem um local de resistência e luta do povo negro.

No Brasil, esses espaços começaram a se formar no final do século XIX e início do século XX. Para Mota e Trad (2011), a família do terreiro acolhe, protege, produz e dá alimento a todos, representando uma importante rede de apoio ao indivíduo em situação de sofrimento.

Nos primeiros anos os terreiros enfrentaram coibição e perseguição vindas da Igreja Católica e das autoridades, que consideravam as práticas africanas como pagãs. A ignorância e o desconhecimento sobre a cultura negra e suas origens eram apontados como as principais motivações para essas ações opressoras (Oliveira, 2014). Contudo, não se pode desconsiderar a percepção de ameaça religiosa e descrença em relação às práticas afro-brasileiras. Em contrapartida, a resistência persistiu, tornou-se ainda mais organizada e, no início do século XX, passou a atrair seguidores de diversas classes éticas e sociais, o que contribuiu para um maior

reconhecimento e aceitação da religião afro-brasileira.

É relevante abordar que a história dos terreiros não é homogênea, pois existem diversas vertentes e transformações dentro da religião afro-brasileira, com práticas distintas, sendo cada uma única em sua afirmação e devoção. Este estudo se debruça sobre os terreiros de candomblé. Vale ressaltar que o preconceito e a estigmatização religiosa ainda se fazem presentes na sociedade moderna, porém os terreiros continuam sendo locais importantes de cura espiritual, cuidado, consolo e devoção.

A consolidação do candomblé no Brasil ocorreu e o país passou a ser um dos responsáveis pela preservação do patrimônio cultural dos africanos escravizados (Prandi, 1995). Os conhecimentos dessa religião chegaram com o tráfico de escravizados, contribuindo para a fusão de crenças africanas no Brasil, sobretudo em virtude da diversidade cultural dos africanos trazidos.

Em face do número restrito de médicos, escassez de recursos para desempenhar a prática médica e das dificuldades para renovar os conhecimentos, houve espaço para que as práticas africanas e indígenas fossem exercidas amplamente (Montero, 1985). Os negros se organizavam em torno dos chamados candomblés rurais, espaços de culto que ofereciam consultas a pessoas doentes, inclusive aos senhores de engenho, que sofriam com a carência de médicos formados (Montero, 1985).

O candomblé considera a saúde como um estado de equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual (Boccuto Mor; Teixeira, 2022). Valorizam a proximidade com os elementos da natureza como rios, plantas, árvores, vistos como divinos, proporcionando serenidade e renovação energética. Esses elementos colaboram para o cuidado físico e espiritual, oferecem práticas terapêuticas como danças dos Orixás e rituais como banhos de purificação e oferendas aos Orixás que auxiliam a restabelecer o equilíbrio energético e promover o cuidado pessoal. Em síntese, o candomblé oferece um espaço holístico que contempla aspectos físicos, mentais, espirituais e emocionais da vida dos praticantes.

Mota e Trad (2011, p.326) validam essa perspectiva ao afirmar que

[...] até o presente ainda é possível assegurar que o candomblé proporciona tratamento de doenças, empreende na promoção da saúde e se consolida como instituição de sustentação social além de possuir diminuta ligação com o universo sagrado da música, da dança e outras técnicas corporais, além de guardar segredos do uso de plantas e ervas medicinais.

Diante a realidade de desumanização que o sistema capitalista impõe, o candomblé desmistifica a proposta de saúde curativista e segmentada estabelecida pelo modelo biomédico, que não assegura um cuidado holístico nem condições adequadas de saúde para a população, em particular para a população negra. Além disso, os terreiros representam um espaço de desconstrução de estruturas autoritárias e segregativas.

Ressalta-se a contribuição dos terreiros para a promoção da saúde e o fortalecimento da identidade cultural, que perpetua a preservação e o enaltecimento das tradições culturais, que são essenciais para a construção da identidade coletiva e têm repercussões favoráveis na saúde mental e emocional dos praticantes (Gomes, 2020).

Segundo censo de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), contabiliza-se 167.363 adeptos ao candomblé no Brasil, sendo 40.295 na Bahia (IBGE, 2023a). De acordo com o Centro de Estudos Afro-Orientais da Universidade Federal da Bahia (UFBA), 99% dos terreiros de Salvador estão georreferenciados, totalizando 1165 terreiros cadastrados (Centro, 2024).

Não foram encontrados dados oficiais sobre o quantitativo de terreiros ou a sua distribuição no território brasileiro. Algumas iniciativas de organizações não governamentais, projetos de universidades e instituições religiosas se prestaram ao mapeamento dos templos, mas os dados disponíveis estão restritos a cidades ou estados, sem que tenhamos um panorama nacional sobre estas informações. A ausência de dados sobre o quantitativo de terreiros a nível governamental demonstra uma falta de regulação do poder público sobre essas organizações (Gomes, 2020).

Porém os saberes ancestrais difundidos pelas religiões de matriz africana têm sofrido ameaças pela homogeneização cultural e modernização, o que enfraquece conhecimentos ímpares. A valorização desses saberes é de suma importância para o incremento da identidade cultural afro descendente e para a ruptura de estereótipos negativos, assegurando a transmissão entre gerações e a permanência das tradições.

Em compensação, nos últimos anos alguns documentos norteadores específicos (portarias, leis, resoluções) foram criados para diminuir as iniquidades (sociais, raciais, religiosas), promover igualdade de oportunidades e de tratamento, bem como a inclusão dos grupos discriminados em áreas onde são minoria, tendo a intenção de reduzir vulnerabilidades.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reforça esse compromisso ao afirmar que “Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos da população” (Brasil, 2017b, p.31). Como exemplos de documentos normativos, destacam-se as Leis 8080/1990 e 8142/1990, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde e a PNSIPN (Brasil, 1990a, 1990b, 2013, 2017b).

Em 20 de julho de 2023 foi publicada a Resolução nº 715 que dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde, provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde, que abordou as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2023). Este documento possui 59 orientações estratégicas, entre elas algumas que visam fortalecer as ações afirmativas para enfrentar as desigualdades estruturais e históricas. O Anexo II apresenta diretrizes significativas:

Item 5. Orientar o SUS por paradigmas multiculturais desde a Atenção Básica, considerando a diversidade, as especificidades e as desigualdades que mantém grupos populacionais mais vulnerabilizados excluídos de seu direito à saúde, contemplando a pluralidade da população negra brasileira e reconhecendo suas dimensões de gênero, sexualidade, geração, patologia e deficiência, e implementando dispositivos concretos de indução da Política Nacional de Saúde da População Negra com ações macropolíticas (financiamento, regulação, monitoramento e avaliação) e micropolíticas (educação/formação, comunicação e mobilização).

Item 19. Resgatar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), reinstalando a equipe técnica da Coordenação Geral de apoio à Educação Popular em Saúde (EPS) no Ministério da Saúde, assim como o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com composição atualizada e ampliada, a fim de garantir a participação da diversidade de movimentos e instituições que desenvolvem a práxis da educação popular no país.

Item 23 - Fortalecer o Controle Social do SUS, garantindo Educação Permanente, Educação Continuada e Educação Popular em Saúde, com designação orçamentária nas três esferas de governo.

Item 35 - Fomentar a representatividade da população negra nos espaços de participação e Controle Social, para desenvolvimento de estratégias de informação e comunicação, com garantia de recursos financeiros, capacitação, formação continuada, educação popular e educação permanente para implementação da Política Nacional de

Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Visto que, a implementação da PNISPN, nas três esferas do governo é uma estratégia para promoção da equidade em saúde, do respeito aos saberes e práticas de saúde ancestrais e tradicionais e de reconhecimento das manifestações da cultura popular e das Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana como equipamentos de promoção à saúde e cura complementares do SUS (Brasil, 2017b).

Os terreiros de candomblé devem ser considerados um importante espaço de cuidado, tendo dentre as suas funções o acolhimento e o apoio aos seus membros. Uma das estratégias de regeneração do que foi esfacelado no período escravagista e colonialista é a utilização do termo “família de santo” para designação de seus membros. Esse termo faz referência à compreensão das relações familiares no candomblé, nas quais se deve respeitar um status hierárquico, constituído de laços de responsabilidade e cuidado entre os membros mais velhos e mais jovens na comunidade (Nascimento, 2020, Lima, 2003).

Estudos relatam que o ingresso na vida religiosa acontece, principalmente, por situações de sofrimento, aflição ou enfrentamento de problemas de saúde (Mota; Trad; Villas Boas, 2012). Para Nascimento (2020), além da dimensão espiritual há uma mobilização de um modo de ser e de agir, constituindo processos de subjetivação com especificidades vinculadas ao histórico de construção e transformação destas comunidades.

Com isso o espaço dos terreiros de candomblé desempenha uma importante função social, como preservação cultural, resistência, empoderamento, solidariedade, inclusão social, educação e conscientização que pode transversalizar práticas de cuidado na APS.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é fundamental na área da saúde, correspondendo ao primeiro nível de assistência. Ela é caracterizada por uma abordagem ampla, compreensiva e centrada no usuário, devendo também está arraigada no comprometimento com a igualdade e a equidade como salientado no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação,

cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]” (ONU, 2023).

O conceito sobre a APS vem historicamente sendo reavaliado e reconduzido, assim a Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) o definiu embasado em três elementos (OPAS/OMS, 2023):

1. Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção;
2. Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores;
3. Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas.

Países que privilegiam a APS comumente alcançam resultados mais satisfatórios em indicadores de saúde e bem-estar da população, por isso há um certo consenso entre formuladores de políticas de que a APS deva ser fortalecida (Giovanella, 2018) e, segundo a OPAS:

[...] um sistema de saúde baseado na APS orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e solidariedade social, e ao direito de todo ser humano de gozar do mais alto nível de saúde que pode ser alcançado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição política ou condição econômica ou social[...] (OPAS, 2023).

Portanto, a APS abrange uma diversidade de serviços, abrangendo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde com abordagem individual, familiar e coletiva.

Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em Alma Ata, capital do Cazaquistão. Durante o evento,

foram definidos três componentes essenciais: o acesso universal e o primeiro contato com o sistema de saúde; a indissociabilidade da saúde do desenvolvimento socioeconômico e seus determinantes; e a participação social (Giovanella, 2018).

No Brasil, a APS foi reestruturada e consolidada a partir do surgimento do SUS, em 1990. Esse sistema foi alicerçado pelas Leis 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a Lei 8142 /1990 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990a, 1990b).

A APS, como parte do SUS, fundamenta-se nos princípios de universalidade, igualdade de acesso, integralidade (englobando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) e equidade, priorizando indivíduos em situação de vulnerabilidade sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer tipo de preconceito.

Além desses princípios, que servem como alicerce, a APS é orientada por diretrizes que norteiam as ações a serem desenvolvidas. Dentre elas, ressaltam-se algumas de fundamental importância ao tema desta pesquisa, segundo a PNAB (Brasil, 2017a):

- **Regionalização:** identificar e reconhecer as regiões de saúde com o propósito de assegurar o direito à saúde, minimizando as desigualdades sociais e territoriais;

- **Territorialização e adscrição:** utilizar o território como unidade geográfica única, embasando a atuação dos serviços de saúde e atendendo às necessidades da população adscrita e de populações específicas;

- **Longitudinalidade do cuidado:** garantir a continuidade da relação de cuidado, promovendo a construção de vínculos e de corresponsabilidade entre usuários e profissionais.

Para direcionar o propósito da APS, a Lei 8080/1990 lista alguns objetivos fundamentais como: prevenção de doenças, promoção à saúde, execução de ações de vigilância, oferta de cuidados básicos, baixo custo e eficiência, entre outros, objetivos que visam garantir o acesso equânime aos serviços de saúde independente de questões geográficas, culturais e socioeconômicas (Brasil, 1990a).

Em 1991 foi implementado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que apesar de ter atendimento individualizado, fragmentado e com foco na doença, contribuiu para redução da mortalidade infantil e materna (Leal, 2018). Já em

1994, o Ministério da Saúde (MS), tendo a família como unidade programática, institui o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa se consolidou como uma das principais estratégias para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica, além de promover a reorganização da prática assistencial e adoção de novos critérios de abordagem, impactando todos os níveis do sistema de saúde (Cohn, 2009). Posteriormente os agentes comunitários de saúde pertencentes ao PACS foram incorporados ao PSF formando a eSF.

A eSF é composta minimamente, por médico generalista ou especialista em saúde da família ou em família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista, técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Concebida pela soma de movimentos sociais, profissionais de saúde, usuários e gestores das três esferas do governo, em outubro de 2011 foi aprovada a PNAB, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (APS consideram termos equivalentes), da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do PACS (Brasil, 2012a).

A política trouxe novas possibilidades de financiamento, dependendo da estrutura organizacional das equipes de atenção primária, além de ampliar as atribuições dos ACS. Também buscou fortalecer e estimular a conformação de ESF como estratégia de reorganização e qualificação da APS (Brasil, 2012a).

Na sua estrutura organizacional, a PNAB possui área adscrita e equipe multiprofissional buscando um amplo e detalhado conhecimento da população a ser atendida. Essa abordagem permite uma maior compreensão sobre a incidência e prevalência de doenças, para que ações preventivas sejam realizadas assim como maior efetividade nos tratamentos com a detecção precoce.

Perante essa nova organização da APS, com a ESF, ocorreu uma intensa expectativa de melhoria de saúde, então o MS investiu nessa estratégia que contrapõe o modelo biomédico, focando no indivíduo e não na doença. Para Cohn (2009) por meio da ESF, o propósito do MS era reverter o quadro de saúde existente e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde”, pois presume-se que quando o processo de trabalho é feito pela equipe que conhece o território e suas necessidades ele pode ser reavaliado e reconstruído de forma dinâmica.

Ressalta-se a relevância da APS na identificação e promoção de ações nos grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade em uma comunidade, incluindo pessoas com baixo acesso a serviços de saúde, grupos étnicos minoritários, pessoas com baixa renda prioritariamente identificados na população negra devido ao processo histórico brasileiro.

Reforça-se que a população negra remonta a história de discriminação e desigualdade enfrentada pelos afrodescendentes ao longo dos séculos. No Brasil, foram avassalados a séculos de escravidão, seguidos por décadas de segregação econômica e política, o que teve um impacto significativo em sua saúde e bem-estar (Almeida; Gondinho, 2023). Indicadores de saúde demonstram essa disparidade: “Precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência” (Brasil, 2017a, p.23).

Em 2006, o MS juntamente com movimentos sociais e acadêmicos (Almeida, 2023), com o intuito de minimizar e reconhecer as desigualdades em saúde que circundam essa população, cria a PNSIPN que vem servir de base para fortalecer as ações desenvolvidas, uma vez que ela aborda temas e questões inerentes à referida população que precisam ser trabalhadas para redução das iniquidades (Brasil, 2017b).

A PNSIPN está pautada em princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana como repúdio ao racismo e igualdade (Brasil, 2017b), porém apresenta limitações na prática. Em recente estudo Almeida e Gondinho (2023) mostra que desde sua criação, a PNSIPN foi implementada em apenas 28% dos municípios brasileiros, e destes menos que 10% são avaliados quanto ao seu impacto na população, indicando baixa adesão em território nacional. Além disso, recebe pouco investimento financeiro do MS direcionado a melhoria da população negra e as pautas antirracistas.

Em 2017 ocorreu uma atualização da PNAB, no sentido de reconhecer novos formatos de equipe, com a inclusão do gerente de atenção básica, criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), redução do teto populacional por equipe, incorporação do registro eletrônico em saúde e integração da Vigilância em Saúde e da AB (Brasil, 2017a).

Durante muitos anos a APS foi vista como centro de comunicação da Rede de

Atenção à Saúde (RAS) e articuladora do acesso dos usuários, porém no decorrer do tempo observou-se que essa entrada acontecia repetidas vezes através das emergências e especialidades, desmistificando essa compreensão e conferindo a ela uma nova dimensão, a de Coordenadora dos Cuidados (Brasil, 2017a). Sobre este aspecto Almeida, *et al* (2018) apontam que coordenar o cuidado denota o estabelecimento de conexões de modo a alcançar o objetivo de atender as necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde com qualidade e continuidade.

Dentre as diversas descrições em sua estrutura como princípios, diretrizes, responsabilidades, infraestrutura, funcionamento, atribuições entre outros, a PNAB traz em seu tópico de Processo de Trabalho das Equipes de APS realizar atenção à saúde na UBS, no domicílio, no território e em outros espaços (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada (Brasil, 2017a). Intrínseco em “outros espaços” estão os terreiros de candomblé, objeto de estudo desta pesquisa, que representa um grande potencial na assistência à saúde, se houver essa interação.

O uso de plantas medicinais, rodas de conversa e educação popular em saúde contribui para o tráfego das comunidades de terreiros pelo SUS, principalmente na APS evitando a procura apenas na atenção terciária (Nascimento; Prade, 2020). Diante do exposto, supõe-se algumas justificativas plausíveis para a interação entre APS e Terreiros como citadas por Nascimento e Prade (2020):

→ **Saúde Integral e Abordagem Holística:** terreiros têm visão holística da saúde, avaliando aspectos emocional, espiritual e social, e não apenas o corpo físico. A interação auxilia a uma perspectiva mais ampla e individualizada para o cuidado do indivíduo e da comunidade;

→ **Pluralidade Cultural e Inclusão Social:** terreiros são ambientes de demonstração religiosa e cultural de comunidade afro-brasileira, repleto de rituais, tradições e conhecimentos ancestrais. A sensibilidade e inclusão devem estar presentes na relação entre a APS e terreiros, identificando e respeitando as crenças e práticas;

→ **Barreiras de Acesso à Saúde:** comunidades de terreiros podem se deparar com dificuldades de acesso aos serviços de saúde tradicionais (cultura, linguística, estigmatização) e a interação respeitosa pode identificar meios para

minimizar os obstáculos e melhorar o acesso;

→ **Prevenção e Promoção da Saúde:** os terreiros têm fundamental importância na educação sobre saúde e prevenção de doenças em suas comunidades, a interseção pode ser benéfica no sentido de divulgação de informações de saúde, construindo uma população mais esclarecida e saudável;

→ **Ações Integradas e Parcerias:** interação entre profissionais de saúde e líderes religiosos propiciam uma abordagem participativa para a saúde da população, promovendo estratégias modernas de cuidado;

→ **Potencial de Mudanças nos Serviços de Saúde:** a interação pode resultar em um melhor atendimento às necessidades das comunidades ligadas aos terreiros;

→ **Equidade em Saúde:** ao se trabalhar e identificar as diversidades de saúde que afetam as comunidades de terreiros, podem facilitar a busca pela equidade.

Desde sua implantação até os dias atuais reconhecem-se os diversos avanços da APS e do SUS com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população (Giovanella, 2018).

De uma perspectiva política e social busca-se o fortalecimento do SUS e da APS a partir de documentos elaborados após discussões dos Conselhos de Saúde nos 3 níveis de governo, compostos por usuários, trabalhadores de saúde do Governo e prestadores de saúde, demonstrando sua capilaridade e preocupação com todos (Brasil, 2023).

2.3. MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE: DO MODELO BIOLOGICISTA A SISTEMAS INTEGRAIS

O modelo de atenção à saúde constitui um sistema estruturado que organiza o funcionamento RAS, estabelecendo relações específicas entre a população e suas subpopulações, estratificadas conforme os riscos. Integra também os focos das intervenções no sistema de saúde e os variados tipos de ações sanitárias, sendo delineado com base na visão predominante sobre a saúde, nas condições demográficas e epidemiológicas, bem como nos determinantes sociais da saúde, próprios de um determinado período e contexto social (Mendes, 2011).

Os modelos de atenção em saúde são fundamentais para a compreensão das

práticas e políticas de saúde em diferentes contextos. Têm avançado ao longo do tempo, refletindo mudanças no entendimento das necessidades humanas e na abordagem das doenças e o papel dos profissionais da área.

Inicialmente, no século XX, predominou o modelo biologicista, também conhecido como modelo biomédico, que propiciou uma compreensão mais detalhada dos processos biológicos do corpo humano. Esse modelo tem como foco a doença em termos puramente biológicos, ou seja, é uma abordagem centrada na patologia, com ênfase nos aspectos físicos da saúde e na identificação de disfunções orgânicas, o que restringe a atenção à fisiologia e à intervenção médica direta.

Nesse paradigma, o ser humano é frequentemente considerado um "objeto" passivo, e dividido em "pedaços" (Barros, 2002), cuja doença resulta de causas externas ou desequilíbrios internos que podem ser corrigidos por intervenções médicas, como medicamentos, cirurgias e outros tratamentos.

Embora o modelo biologicista tenha sido crucial para o avanço de muitas áreas da medicina, existem limitações. De um lado, foi amplamente reconhecido e adotado pelos serviços de saúde devido aos seus benefícios no alívio da dor e no tratamento de diversas condições que afligem a população. Por outro, suas limitações na atenção à saúde das pessoas são igualmente reconhecidas, destacando-se: a ênfase no tratamento do indivíduo de forma isolada, com foco nas intervenções sobre o corpo e nas partes afetadas ou "não funcionantes" do corpo visto como uma máquina ; a priorização das ações curativas voltadas para doenças, lesões e danos; o processo de medicalização; e a predominância da atenção hospitalar, caracterizada pelo uso intensivo de tecnologias materiais (Fertonani *et al*, 2015).

Diante do exposto, pode levar a uma abordagem mecanicista e desumanizada do cuidado, onde o paciente é visto mais como uma série de sintomas do que como um ser humano integral. A falta de atenção a fatores contextuais, como o ambiente social e as condições de vida, também pode reduzir a eficácia de tratamentos em longo prazo.

Em seguida o modelo sanitarista, emergiu como resposta às limitações do modelo biomédico, adotando uma perspectiva mais ampla, considerando as condições de vida e os determinantes sociais da saúde. Este modelo enfatiza a importância da promoção da saúde, prevenção de doenças e a necessidade de intervenções em nível comunitário baseado em campanhas e programas especiais

(Teixeira; Paim; Vilasboas, 1998). A abordagem sanitária busca integrar ações de saúde com políticas públicas, reconhecendo que a saúde é influenciada por fatores como habitação, educação e acesso a serviços básicos.

No século XXI, o modelo de vigilância à saúde se destaca por sua ênfase na monitorização e controle de doenças e agravos à saúde da população. Este modelo é essencial para a identificação precoce de surtos, avaliação de riscos e implementação de medidas de controle orientadas pelos determinantes do processo saúde/doença (Fertonani *et al*, 2015)

A vigilância à saúde não se limita à observação de doenças, mas também abrange a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, promovendo uma abordagem integrada que visa proteger e promover a saúde coletiva.

No entanto, com o avanço das ciências sociais, das políticas públicas e das práticas interdisciplinares, surgiram abordagens mais integradas, que consideram não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores psicossociais e ambientais que impactam a saúde. A transição para modelos de atenção em saúde mais holísticos e integrados, como os sistemas de saúde baseados na atenção primária e na promoção da saúde, especialmente na ESF, tendem uma visão mais ampla e eficaz da saúde, promovendo a prevenção, o cuidado contínuo e a participação ativa dos indivíduos e das comunidades no processo de cuidado (Oliveira, 2013).

A transição de um modelo biologicista para abordagens mais integrativas e biopsicossociais também está intimamente relacionada às mudanças no contexto global da saúde que visam não somente tratar doenças, mas de assegurar melhores níveis de saúde (Castaneda, 2019). O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, bem como o crescente reconhecimento de questões de saúde mental, como depressão e ansiedade (Lopes, 2020), tem destacado a necessidade de modelos de atenção mais holísticos.

Além disso, a integração de cuidados de saúde também se alinha com os ODS da ONU, especialmente no que se refere à saúde e bem-estar (ODS 3), que enfatizam a importância de sistemas de saúde acessíveis, inclusivos e orientados para a pessoa (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2025).

Nessa perspectiva, ao longo dos anos foram surgindo novos modelos de

atenção à saúde que apresentassem um olhar diferenciado e abrangente. Como exemplo podemos citar:

Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead - baseado no modelo de atenção às condições crônicas e pode ser utilizado no SUS. Abrange cinco níveis de intervenção distintos: o primeiro nível refere-se a intervenções de promoção focadas nos determinantes distais e intermediários da saúde, aplicáveis à população total vinculada à rede. O segundo nível envolve ações de prevenção direcionadas aos determinantes proximais relacionados ao comportamento e aos estilos de vida, voltadas para subgrupos em situação de risco devido a esses fatores. Os níveis três, quatro e cinco são dedicados às intervenções de gestão clínica, aplicadas a subpopulações com condições de saúde já estabelecidas, e estratificadas conforme o risco (Mendes, 2011).

Modelo de Medicina Integrativa - é outra vertente que surge como uma alternativa ao modelo biomédico estrito, incorporando práticas e abordagens de diferentes saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), com ênfase em terapias complementares e a promoção da saúde como um todo. No SUS as MTCI são chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Esse modelo não se limita à cura da doença, mas busca a prevenção e o bem-estar integral, considerando as interações entre corpo, mente e espírito (Tesser, Souza, Nascimento, 2018). A APS, amplamente promovida pela OMS, também reflete essa transição para um modelo mais holístico. A APS enfatiza a importância do cuidado contínuo e acessível, centrado na pessoa e na comunidade. Ao invés de tratar o paciente apenas quando ele se apresenta com uma condição específica, a APS adota uma abordagem preventiva, focando na promoção da saúde e na gestão das doenças de forma abrangente e contínua.

Embora os modelos de atenção integrados tenham ganhado força, ainda existem desafios significativos para sua implementação plena. As barreiras incluem a resistência a mudanças dentro do sistema de saúde, a falta de formação interdisciplinar e a escassez de recursos para adotar práticas mais holísticas em larga escala.

Além disso, o sistema biomédico ainda prevalece em muitos países (Quiroz; Larrea-Killinger; Rodríguez-Martín, 2024), e a transição para uma abordagem mais integrada exige transformações significativas na prática clínica, na educação médica

e nas políticas de saúde.

No entanto, o futuro dos cuidados em saúde parece caminhar para uma maior integração, em que as diversas disciplinas e abordagens se complementam para promover a saúde de maneira mais abrangente e eficaz. A busca por modelos sustentáveis e a incorporação de tecnologias digitais podem facilitar essa transição, oferecendo novas oportunidades para os sistemas de saúde integrados.

A evolução dos modelos de atenção à saúde reflete uma crescente conscientização de que a saúde não é um fenômeno unidimensional. O modelo biologicista, embora fundamental para a medicina moderna, tem sido progressivamente complementado por abordagens que reconhecem a complexidade do ser humano.

O modelo biopsicossocial e os sistemas de saúde integrados surgem como respostas a essa complexidade, buscando não apenas tratar a doença, mas promover o bem-estar holístico dos indivíduos. O futuro da saúde parece ser cada vez mais integrado, com uma abordagem que transcende a divisão entre corpo e mente, e que valoriza o cuidado contínuo, a prevenção e a inclusão de diversas práticas terapêuticas.

3. METODOLOGIA

Este capítulo descreve o percurso do estudo necessário para elaboração do mesmo, sendo esse detalhamento imprescindível para garantir a qualidade e a fidedignidade dos resultados alcançados. A seguir, serão delineadas as principais etapas, instrumentos e técnicas utilizadas, assegurando uma visão precisa e integral do processo de investigação.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa de cunho compreensivista, uma vez que o tema ainda é pouco estudado e por compreender que, ao buscar entender e interpretar o ser humano, sua vida e seus mundos, é necessário sensibilizar-se diante da apropriação de novos dispositivos e ferramentas que representam e modulam essa mesma humanidade (Silva Filho; Minayo, 2019).

A abordagem qualitativa permitiu uma análise aprofundada e detalhada da compreensão e da experiência dos participantes em relação à temática investigada. A escolha dessa abordagem justifica-se pela complexidade do objeto de estudo, que requer uma compreensão aprofundada das variáveis e dos contextos envolvidos.

O estudo de caso é um método de pesquisa que segundo Sátyro (2020) é utilizado para “compreender fenômenos sociais complexos que demandem uma investigação que preserve suas características holísticas e desvende os processos e mecanismos significativos, separando-os de um grande conjunto de fatores e processos secundários ao processo central de análise”. Este tipo de estudo é instituído da análise social de uma circunstância relevante, desenvolvendo-a, concebendo-a, e percebendo-a de maneira extenuante e acentuada, possibilitando ao pesquisador investigar fenômenos individuais ou em grupo, casos concretos, com o intuito de explorar, discorrer e argumentar um evento (Casarin, 2021, Gil; Sousa; Martins, 2020).

Robert Yin (2015) é considerado o principal precursor do estudo de caso e o classifica em dois tipos:

→ Único: abordagem qualitativa que analisa profundamente um único caso, como uma pessoa, grupo, organização ou evento, com o objetivo de entender

fenômenos complexos em seu contexto real. Foca na exploração intensiva de variáveis e relações específicas, sem pretensão de generalização, buscando uma compreensão detalhada do caso;

→ **Múltiplo:** abordagem qualitativa que analisa vários casos para compreender fenômenos complexos, permitindo a comparação de padrões e variáveis comuns ou distintas entre eles, com o objetivo de gerar insights mais amplos sobre o fenômeno.

Da mesma forma, Godoy (1995) subdivide conforme a análise em:

→ **Interpretativo:** descreve e explica os fenômenos, abordando as razões subjacentes a sua ocorrência. Envolve uma visão holística, reconhecendo a complexidade, historicidade, estrutura e dinamicidade dos fatos sociais;

→ **Avaliativo:** analisa a eficácia e impacto de programas ou intervenções, coletando dados detalhados para identificar fatores de sucesso ou insucesso, com o objetivo de gerar recomendações para melhorias.

No caso desta pesquisa, adotou-se uma abordagem metodológica de estudo de caso múltiplo e avaliativo, visando avaliar a eficácia e o impacto dos fenômenos investigados. Essa metodologia possibilitou a coleta de dados detalhados sobre cada caso, proporcionando uma compreensão abrangente dos fatores que influenciam os resultados.

Já a pesquisa qualitativa abarca uma abordagem interpretativa do mundo, o objetivo central é compreender a complexidade e a profundidade das experiências humanas, focando na intensidade vivencial dos fatos e das relações interpessoais. Essa perspectiva busca explorar os significados subjetivos que os indivíduos atribuem aos fenômenos que vivenciam, considerando o contexto social, cultural e emocional no qual estão inseridos privilegiando a análise das dinâmicas e das interações que constituem o cotidiano das pessoas, reconhecendo a multiplicidade de significados que podem surgir a partir dessas experiências. Dessa maneira, a abordagem qualitativa propõe um olhar holístico e detalhado sobre a realidade, destacando as nuances e complexidades que moldam as vivências humanas (Minayo; Costa, 2019).

Ao optar por qualquer uma das metodologias de pesquisa encaramos vantagens e limitações próprias que vão tanger diretamente os resultados, exigindo do pesquisador dignidade e lisura para a validade científica.

Dentre as vantagens da pesquisa qualitativa relacionam-se identificar

imprecisão e antítese nos dados, além de permitir uma exploração aprofundada de particularidades uma vez que se dedica a compreender detalhes, condições e sutilezas dos conhecimentos dos participantes (Vieira, 2022). Baseado no exposto, a pesquisa proposta nos permitirá uma compreensão mais aprofundada da experiência e da realidade vivida, além de poder contextualizar as práticas e crenças culturais presentes.

Como limitações deve-se atentar para autenticidade e exatidão das informações coletadas, subjetividade da interpretação do pesquisador, a não uniformidade dos resultados uma vez que a amostra pesquisada é reduzida e peculiar, vivendo circunstâncias individuais assim como limitações culturais e preconceito (Vargas; Mancia, 2019).

Sabe-se que a pesquisa em terreiros e APS poderá enfrentar alguns desafios:

→ Quanto aos Terreiros, questões relativas ao acesso e confiança (comunidades tradicionais), barreira linguística (a linguagem própria pode dificultar a comunicação e a interpretação de dados coletados), sensibilidade cultural (práticas religiosas afro-brasileiras pode enfrentar estigmas sociais criando dificuldade na obtenção de consentimento informado e na divulgação dos resultados da pesquisa), subjetividade do pesquisador (diferentes visões de mundo) e aceitação da pesquisa (alguns terreiros podem ter desconfiança em relação à pesquisa e ao pesquisador);

→ Quanto à APS, a generalização de dados, viés de seleção (participantes podem ser selecionados de forma não representativa), disponibilidade de participantes (pode restringir a amostra), tempo (processo demorado o que pode ser um desafio para a APS onde o tempo é limitado).

O encontro com os participantes desta pesquisa revelou-se extremamente positivo, caracterizado por um ambiente receptivo e acolhedor, que favoreceu a troca de informações e experiências. A interação foi esclarecedora, permitindo que os participantes se sentissem à vontade para compartilhar suas perspectivas e contribuições, o que enriqueceu significativamente a coleta de dados. Essa atmosfera colaborativa não apenas facilitou o diálogo, mas também fortaleceu o vínculo entre os pesquisadores e os participantes, evidenciando a importância de um espaço de escuta ativa e respeito mútuo no contexto da pesquisa.

Para assegurar a transparência e o rigor no relato deste estudo, foram

considerados os critérios estabelecidos no protocolo COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), um conjunto de diretrizes que visa assegurar a transparência e a rigorosidade na apresentação de estudos qualitativos, permitindo a replicação do estudo e a qualidade e integridade da pesquisa realizada (Tong; Sainsbury; Craig, 2007). Neste sentido, serão descritos o local do estudo, instrumentos e procedimentos de coleta de dados, seleção dos participantes e sua caracterização e análise dos dados.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Camaçari, localizado na Região Metropolitana de Salvador, Estado da Bahia, a 50 Km da capital, maior território da região, com área de 785,421 km, segundo IBGE (2023b). Com uma faixa costeira de 42km, formado por uma população estimada de 309.208 habitantes de acordo com o censo de 2021 do IBGE (2023b).

A rede de atenção primária à saúde está distribuída entre a sede e costa do município e é composta por 38 USF, que juntas reúnem 65 eSF (destas 42 possuem Equipes de Saúde Bucal), 04 UBS e 02 academias de saúde, onde trabalham profissionais com diferentes formações e especialidades (Camaçari, 2022).

A escolha do *lôcus* da pesquisa se deu de acordo com o objeto de estudo e pela proximidade da pesquisadora com o campo uma vez que é servidora da APS do município, possuindo conhecimento sobre a existência de diversos terreiros (poucos cadastrados no sistema eletrônico de informações) e tendo a possibilidade de contato com as unidades de saúde, os terreiros de candomblé e a secretaria de saúde.

Ressalta-se que por se tratar de um mestrado profissional e tendo como requisito a apresentação de um produto, o qual desempenha um papel importante na divulgação do conhecimento produzido aplicado ao SUS e consequentemente à saúde da população, a pesquisadora poderá participar do processo de implementação.

Para o estudo foram escolhidas duas unidades de saúde, uma da região da sede e uma da costa que atenderam aos seguintes critérios: serem unidades mais antigas da orla e da sede, possuir equipe completa e terem terreiros de candomblé na sua área de cobertura. As unidades foram escolhidas de acordo com os parâmetros

da pesquisa, levando em consideração o perfil aspirado para alcançar o objetivo do estudo.

Com relação aos terreiros, foram escolhidos os que estavam na área de cobertura das eSF, sendo três sob o cuidado da equipe da unidade da costa e um da unidade da sede.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Decididas as unidades, foram elegíveis como participantes deste estudo: profissional de nível superior, profissional de nível médio/técnico, agente comunitário de saúde (o mais antigo da unidade), gestor de unidade de saúde, gestores municipais e sacerdotes de terreiros de candomblé vinculados ao território de abrangência da eSF.

A ênfase na especificação de quais profissionais de saúde participaram se deu devido à composição obrigatória e ao processo de trabalho das equipes de saúde da família. O recrutamento de participantes foi por amostragem aleatória estratificada. Nesse método os entrevistados não se sobrepõem, mas representam coletivamente toda a população.

Os critérios de inclusão dos gestores de unidades, Secretaria de Saúde de Camaçari (SESAU) e profissionais de saúde foram: estar, ao tempo da realização da pesquisa, inseridos no processo de trabalho do município no mínimo há 6 meses. Os sacerdotes de terreiros de candomblé deveriam estar em atividade no município de Camaçari no mesmo período estipulado. O critério de exclusão foi estar de licença, férias ou outros afastamentos no período da coleta de dados.

Em relação à amostra deste estudo, foram convidadas 14 pessoas, não houveram recusas e todos foram incluídos: 2 gestores municipais, 2 gestores locais (gerentes das unidades de saúde da família), 6 profissionais atuantes na APS (2 profissionais de nível médio, 2 profissionais de nível superior e 2 ACS e 4 sacerdotes de terreiros de candomblé. Ressalta-se que profissionais, gestores locais e sacerdotes eram pertencentes ao mesmo território, adscrito às equipes de saúde da família. As tabelas abaixo caracterizam os participantes:

Tabela 1 – Distribuição, por variáveis sociodemográficas, de trabalhadores da saúde, gestores e sacerdotes de terreiros de candomblé, Camaçari, Bahia, Brasil - 2025 (n=14)

VARIÁVEIS	TRABALHADORES	GESTORES	SACERDOTES
Idade			
35 - 44 anos	1	1	0
45 - 54 anos	2	2	1
55 - 64 anos	2	0	0
65 - 74 anos	1	1	1
75 - 84 anos	0	0	2
Gênero			
Masculino	3	1	2
Feminino	3	3	2
Raça			
Preto	2	0	2
Branco	1	2	0
Pardo	3	2	2
Escolaridade			
Analfabeto	0	0	1
Fundamental incompleto	0	0	3
Médio completo	0	1	0
Superior	2	0	0
Superior incompleto	3	1	0
Pós-graduado	1	2	0
Estado civil			
Casado/Estável	4	3	1
Solteiro	1	1	2
Divorciado	1	0	0
Viúvo	0	0	1
Religião			
Cristão	2	1	0
Católico	1	3	0
Protestante	1	0	0
Candomblé	0	0	4
Indefinido	2	0	0

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2 – Distribuição, por variável tempo de gestão (serviço), de trabalhadores da saúde e gestores, Camaçari, Bahia, Brasil – 2025

TEMPO DE GESTÃO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES)	NÚMERO DE PROFISSIONAIS
6 meses	1
2 anos	1
5 anos	1
6 anos	1
7 anos	3
8 anos	1
32 anos	2

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 3 – Distribuição, por variáveis tempo de candomblé e tempo na função de sacerdote, Camaçari, Bahia, Brasil - 2025

TEMPO NO CANDOMBLÉ	TEMPO NA FUNÇÃO DE SACERDOTE
38 anos	21 anos
50 anos	40 anos
54 anos	49 anos
60 anos	53 anos

Fonte: Elaborado pelos autores

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, composta por questões abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a oportunidade de expor suas ideias sobre o tema, enquanto o entrevistador pode formular novas questões com base nas informações fornecidas, além de ser considerada como ferramenta de grande eficácia no apoio à concepção, desenvolvimento, organização e execução de projetos de extensão universitária em comunidades com diferentes características (Elias; Sartori; Almeida, 2021).

As entrevistas são instrumentos de coletas de dados largamente usadas na pesquisa qualitativa, e assim como qualquer método apresenta limitações e possibilidades. Profundidade e detalhamento das informações, flexibilidade na adaptação das perguntas, captação e significado das respostas, possibilidade de

adentrar em assuntos delicados e aprofundar o tema a ser pesquisado são algumas das possibilidades da entrevista.

Minayo (2011) relata que o intuito da entrevista semiestruturada é desenhar as narrativas em termos mais conceituais a abstratos, minuciar perspectivas e experiências, tornando possível a identificação de aspectos comuns e divergentes dos discursos coletados, possibilitando a compreensão de sentimentos, experiências e percepções que o entrevistado traz consigo a respeito do objeto investigado.

O instrumento foi composto por perguntas abertas e fechadas, permitindo informação concreta nas perguntas fechadas sobre dados de identificação dos participantes, no tempo em que as abertas concederam ao participante entrevistado buscar suas próprias vivências e concepções. Obedece a um roteiro que foi utilizado pelo pesquisador para facilitar a abordagem e garantir que as hipóteses ou pressupostos fossem contemplados durante a conversa. Foram utilizados dois roteiros para as entrevistas: um para os sacerdotes de terreiros de candomblé (APÊNDICE B) e um para trabalhadores em saúde e gestores (APÊNDICE C). A primeira parte do roteiro foi destinada à caracterização sociodemográfica, contendo dados significativos para compreender os fatores que influenciam a aproximação e o distanciamento na produção de cuidados em saúde.

A entrevista foi previamente testada com um profissional e um sacerdote, para verificar sua clareza e entendimento pelos participantes e sua capacidade de descrever o objeto dessa pesquisa. A partir deste pré-teste, o roteiro foi considerado adequado, não houve necessidade de ajustes e as entrevistas teste foram incluídas no estudo.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação ética deste estudo e a anuência da SESAU, houve contato prévio da pesquisadora com o Distrito Sanitário da Costa e Sede apresentando o projeto e seus documentos de aprovação a fim de iniciar a seleção dos participantes e início da coleta dos dados. Foi pactuado com o gestor, o local das entrevistas nas unidades de saúde, que deveria ser bem iluminado, com boa acústica e sem influência de ruídos externos, em um ambiente que pudesse ser respeitada a privacidade.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, mestranda em enfermagem,

trabalhadora da APS do município, campo deste estudo. O contato inicial com os participantes aconteceu nos meses de setembro/2024 e a coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro/2024.

Após selecionados os participantes, ocorreu contato telefônico e por mensagem eletrônica aos gestores das unidades para que fosse viabilizado o contato e agendamento com os profissionais. Os ACS contactaram os sacerdotes agendando o melhor dia e horário para o encontro presencial, a coleta se deu no terreiro.

Aos participantes foi apresentado o objetivo da pesquisa, foram informados sobre o caráter voluntário da participação e sobre o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, sem acometimento de qualquer consequência negativa. Assim como foram informados sobre o direito que lhes cabe de solicitar esclarecimentos adicionais e de fazer perguntas sobre o estudo, a qualquer momento, assim como entrar em contato com o responsável pelo estudo, posteriormente, caso surja alguma dúvida, preocupação ou fato novo que possa modificar o seu interesse em continuar fazendo parte da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas através do aplicativo instalado em aparelho celular pertencente à pesquisadora, tiveram uma duração média de 25 minutos, sendo a mais curta 12 minutos e a mais longa 38 minutos. Após a gravação, as entrevistas foram ouvidas diversas vezes, transcritas e disponibilizadas ao entrevistado por e-mail. Os participantes leram, revisaram, modificaram ou acrescentaram conteúdos e/ou quaisquer informações, posteriormente validaram os dados. Durante a entrevista, quando foi obtida uma resposta vaga, a pergunta inicial foi reestruturada com a finalidade de esclarecimento e aprofundamento do tema.

Após validadas, as entrevistas foram submetidas ao processo de exame de saturação teórica dos dados indicado por Nascimento *et al* (2018), consecutivamente tematizadas e após ratificação da saturação foi ampliado o percentual de 20% do número de participantes com o intuito de finalizar a coleta de dados. Os participantes foram identificados na pesquisa por letras do alfabeto e números de acordo com cada categoria, sendo:

Quadro 1 - Identificação dos participantes da pesquisa, Camaçari, Bahia, Brasil – 2025

Identificação dos participantes	
NS1 e NS2	Profissional Nível Superior
NM1 e NM2	Profissional Nível Médio
ACS1 e ACS2	Agente Comunitário de Saúde
G1, G2, G3 e G4	Gestor da Unidade de Saúde e Gestores Municipais
S1, S2, S3 e S4	Sacerdotes de Terreiros de Candomblé

Fonte: Elaborado pelos autores

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A partir do material textual organizado foi realizada a análise dos dados em busca de aspectos repetidos, confirmados ou divergentes. Primeiramente utilizou-se o software N-Vivo 15 que permite organizar e gerenciar dados qualitativos, possibilitando a categorização de trechos das falas em núcleos de significados. Este programa é amplamente utilizado em pesquisas de saúde com abordagem qualitativa oferecendo a oportunidade de realizar uma análise aprofundada das entrevistas, disponibilizando diversas funcionalidades para a estratificação das falas, estatísticas de frequência de palavras, opções para a categorização dos dados e relatórios gerenciais de análise. Assim, o software permite que os pesquisadores dediquem mais tempo à análise, adotem uma abordagem sistemática, evitem a perda de dados, aprimorem suas informações e identifiquem conexões sutis que seriam difíceis de perceber manualmente. Além disso, o NVivo possibilita a validação rigorosa das descobertas com evidências, a gestão de todo o material em um arquivo de projeto e a manipulação dos dados na língua portuguesa.

Consequente os dados foram analisados segundo a técnica de Análise Temática de Conteúdo de Bardin (1977, p.42) definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Essa metodologia preconiza as seguintes fases:

→ Pré-análise: contato inicial com os materiais, com o objetivo de formar o corpus da pesquisa – “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 1977, p.96). Utiliza a leitura flutuante, a escolha dos documentos que contém informações que possam responder ao problema levantado e a formulação das hipóteses através da observação da frequência relativa ou absoluta e um tema em relação aos outros.

→ Categorias de análise: a partir de sucessivas leituras do material de análise e da teoria serão elaboradas categorias que vão emergir do discurso e conteúdo dos documentos. Segundo Bardin (1977, p.117) as categorias emergem por meio de uma “grande operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”.

→ Tratamento e interpretação dos resultados: trata-se do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações, é o momento da análise reflexiva e crítica.

Os resultados obtidos foram apresentados por meio de relatórios descritivos, que permitiram uma análise qualitativa dos dados que representem as complexidades da experiência dos participantes em relação à temática investigada, além de permitir uma compreensão aprofundada e detalhada da aproximação e o distanciamento entre os Terreiros e a APS.

As fases inicialmente proferidas foram operacionalizadas pela transcrição das entrevistas, na íntegra, respeitando-se os intervalos e demais comportamentos; escuta atenta e leitura flutuante e extenuante do material das entrevistas para levantar as abordagens sobre o tema e as convergências que são elaboradas pelos participantes, estruturando as categorias de análise que emergem dos registros e se vinculam com os objetivos do estudo.

Para a análise, foi inserido no *software NVivo15* documentos que correspondem ao número de entrevistas realizadas e, em seguida, foi realizada a primeira codificação, referente às abordagens realizadas pelos participantes sobre a aproximação e o distanciamento, sendo os núcleos de sentido deste estudo definidos durante a análise. A primeira codificação pode ser vista no Quadro 2:

Quadro 2 - Análise de dados apoiada pelo NVivo. Camaçari, Bahia, Brasil – 2025

GRUPO DE CÓDIGOS	CÓDIGOS	ARQUIVOS	REFERÊNCIAS
Dificuldades	Acesso	10	19
	Atividades ou estratégias em conjunto	11	20
	Interação	14	51
	Modelo assistencial	2	9
	Plano de gestão	1	3
	Preconceito	10	29
Equipamentos sociais	Equipamentos sociais	3	5
Facilidades	Atividades grupos específicos	8	15
	Benefícios	11	30
	Captação vacina	7	9
	Desmistificação	5	7
	Encaminhamento para medicina	2	3
	Espiritualidade	2	4
	Práticas em saúde e cura	4	10
Total		14	214

Fonte: elaboração própria

Durante o aprofundamento da análise, os códigos foram revisados e adquiriram novos agrupamentos para chegar às categorias que foram apresentadas, assim o conteúdo dos códigos espiritualidade e práticas em saúde e cura, modelo biomédico e modelo assistencial foram agrupados na categoria “Modelos de atenção à saúde e as práticas tradicionais nos terreiros de candomblé”; os códigos preconceito, barreiras culturais e religiosas, plano de gestão e acesso foram agrupadas na categoria “Práticas de distanciamento entre unidades de saúde e terreiros de candomblé”, os códigos atividades ou estratégias em conjunto, interação, atividades grupos específicos, captação de vacina, encaminhamento para medicina, constituíram a categoria: “Práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé”; e por fim, foi acrescentada a categoria “Potências e a implicação de práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé” por

entender que a potencialização das práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé pode ser entendida a partir dos benefícios derivados da colaboração mútua, que favorece o entendimento e o respeito pelas diferentes formas de cuidado. Essa integração também implica na desmitificação de estigmas e preconceitos históricos, contribuindo para uma maior valorização das práticas de saúde tradicionais e promovendo o diálogo intercultural entre saberes e práticas diversas.

Para auxiliar na sistematização e apresentação dos resultados, os dados foram distribuídos em quadros temáticos, contendo as falas dos participantes e aspectos que resumizam o conteúdo das entrevistas. Não foi possível a devolução dos resultados para obtenção do feedback dos participantes, o que será feito após a apresentação dos dados ao Programa de Pós Graduação.

3.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos foram observados os aspectos éticos preconizados pela Lei 14874/24 que visa ampliar o conceito de pesquisas em seres humanos abrangendo não apenas a pesquisa clínica, como também a pesquisa científica, tecnológica ou de inovação, assim como instituir e moderar as boas práticas clínicas (Brasil, 2024b), a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a pesquisa em seres humanos pela Resolução 580/2018 (Brasil, 2012b, Brasil, 2018) que estabelecem as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS e também pela Resolução 510/2016 (Brasil, 2016) que trata das especificidades das Ciências Humanas e Sociais em pesquisas. Assim, este estudo buscou atender aos quatro princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O projeto deste estudo foi submetido ao Sistema CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil e encaminhado ao CEP/UEFS e aprovado sob certificado de apreciação ética (CAAE) número 78297224.0.0000.0053. Ressalta-se que a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação pelo CEP/UEFS e uma cópia do parecer firmado e aprovado foi entregue à SESAU. O estudo também obteve a anuência do município para a sua realização (ANEXO A).

Foi explicado aos sujeitos, o intuito da pesquisa, os riscos e benefícios, assim

como assegurados o sigilo e anonimato, a garantia de que poderiam se recusar a responder qualquer questão (total ou parcial) sem ter que justificar o motivo da recusa, não podendo o pesquisador reescrevê-la ou reestruturá-la na tentativa de obter resposta, concedendo-lhe em seguida a opção, de participar ou não.

Os participantes foram instruídos acerca dos riscos que, apesar de ínfimo nesta pesquisa, poderiam ocorrer, particularmente quanto ao momento da entrevista, pois responder às questões previamente formuladas poderia produzir algum tipo de incômodo diante da dificuldade de abranger ou de lidar com certas circunstâncias. O incômodo que a entrevista poderia porventura aguçar foi diminuído com a utilização de estratégias que beneficiam a um estado de calma, deixando os participantes o mais à vontade possível para que não se sentissem constrangidos a responder, mas, ao contrário, levando-os a interagir com o pesquisador de forma natural.

Durante a condução da pesquisa, foram implementadas rigorosas medidas éticas para garantir a segurança e o bem-estar dos participantes e não houve danos físicos, psicológicos ou sociais aos envolvidos.

Foi vultoso salientar aos participantes que a pesquisa trará benefícios para o aprimoramento do trabalho realizado pelos profissionais de saúde, por amplificar a compreensão em torno do objeto de estudo, o que ascenderá, possivelmente, em uma melhor prestação de serviço aos usuários e um estímulo ao aumento da aproximação entre APS e terreiros.

Caso aceitasse participar, foi solicitada a assinatura do TCLE em duas vias, uma ficando sob a guarda do pesquisador e outra dos participantes, com dados para contato com o pesquisador, orientador e do CEP para que seja facilitada a comunicação em qualquer momento.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, e os participantes foram identificados por letras do alfabeto e numeração sequencial. Os custos da pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador, não tendo custo nenhum aos participantes.

3.7.1 Aproximação com os trabalhadores de saúde e gestores locais

Através das apoiadoras das unidades de saúde, a pesquisadora conseguiu o contato telefônico dos gestores das unidades onde seriam desenvolvidas a coleta de

dados. Por meio virtual de mensagem (*WhatsApp*), fez o primeiro contato apresentando o estudo e sua importância, assim como os critérios de escolha dos participantes, e solicitou agendamento de uma data mais viável para os entrevistados a fim de evitar prejuízos para o fluxo de funcionamento da unidade.

Na data e horário agendado a pesquisadora foi até a unidade de saúde, onde apresentou individualmente, de forma clara o estudo, o TCLE foi lido, juntamente com o participante, esclarecido os questionamentos, e só então o termo foi assinado. Após a assinatura, iniciou-se a coleta de dados.

3.7.2 Aproximação com os gestores municipais

A abordagem com um dos gestores municipais ocorreu por meio virtual (*WhatsApp*) uma vez que a pesquisadora já tinha o contato telefônico e do outro gestor se deu por conhecido em comum onde foi agendado dia, local e horário oportuno para participante. Pessoalmente, antes de iniciar a entrevista foi explicado o conteúdo e relevância da pesquisa e assegurada a interrupção imediata, caso houvesse necessidade de atender demandas do trabalho, retomando posteriormente. Após leitura e assinatura do TCLE foi iniciada a entrevista.

3.7.3 Aproximação com os sacerdotes de terreiros de candomblé

Já em relação aos sacerdotes de terreiros de candomblé, o contato se deu através dos ACS que fazem cobertura da área abrangente do terreiro. Foi agendado dia e horário, diante da disponibilidade do participante, para ida ao terreiro. Solicitado ao entrevistado um local reservado para acontecer a entrevista a fim de deixá-lo confortável para responder as perguntas. Pessoalmente, com linguagem simples e compreensível foi explicado o conteúdo, relevância, riscos e benefícios da pesquisa. Esclarecido sobre a proteção das identidades e o uso das informações de cunho essencialmente científico. Lido pausadamente o TCLE, esclarecido as dúvidas e assinado o documento. Posterior a assinatura, iniciou a coleta de dados.

Observação: Foi explicado a todos os participantes que a entrevista seria gravada, transcrita e enviada por e-mail ou *WhatsApp* para lerem, retirarem ou acrescentarem informações que porventura desejassem, e posteriormente autorizado

o uso.

3.8. PRODUTOS PROPOSTOS

A proposta deste estudo, é construir uma nota técnica, projeto de intervenção e um livro como produtos técnico-tecnológicos do Mestrado Profissional em Enfermagem.

A nota técnica é um documento que condensa os resultados elementares, sugestões e aplicabilidade do trabalho desenvolvido no decorrer da pesquisa. Seu objetivo é expor de forma prática os achados e contribuições para a população, gestores e trabalhadores de saúde. Será entregue aos terreiros, secretaria de saúde e unidades de saúde, além de sugerir implementar um projeto de intervenção de um agravo em unidade sentinela com monitoramento e avaliação.

O livro sobre os espaços sagrados e de cuidado no candomblé visa compilar experiências práticas onde os ritos e saberes ancestrais são preservados e vivenciados servindo como um recurso educativo para profissionais, estudantes e sociedade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os resultados emergidos na análise, eles evidenciam o papel dos terreiros na promoção da saúde e no cuidado integral das comunidades que os frequentam. São descritas práticas de aproximação e de distanciamento entre os terreiros e a APS, a presença de um alijamento¹ e de perspectivas para esta interação. No entanto, a discussão também destaca os desafios enfrentados e as barreiras apontam para a necessidade de iniciativas que promovam o diálogo intercultural, para assim haver uma produção de cuidado integral.

A amostra se caracterizou por 14 participantes, cuja maioria era do sexo feminino, casadas, pardas e pretas. A faixa etária dos entrevistados de maior predomínio foi de 45-54 anos para os profissionais, e para os sacerdotes uma média de 75-84 anos (n=2). Com relação à escolaridade, gestores e profissionais, na maioria, possuíam nível superior completo, com ou sem pós-graduações e os sacerdotes eram analfabetos (n=1) ou possuíam o nível fundamental incompleto (n=3). Quanto ao tempo de atuação na unidade/gestão, os profissionais relataram uma variação de 5-8 anos, com destaque para um profissional que tinha mais de 32 anos de serviço, os sacerdotes, por sua vez estavam no candomblé a um período entre 38-54 anos, atuando como sacerdotes de 21- 49 anos, e um deles tinham mais de 60 anos com 53, na posição de sacerdote.

É possível ainda verificar nos dados sociodemográficos, que para os profissionais de saúde e gestores, a religião dominante foi a cristã, com predomínio dos evangélicos e católicos (n=8) e somente dois não definiram a religião.

A pesquisadora formulou deduções e conduziu interpretações onde foram reagrupadas e elaboradas categorias dos dados emergidos nas entrevistas, assim os resultados são apresentados em quatro categorias:

1. Modelos de atenção à saúde e as práticas tradicionais nos terreiros de candomblé
2. Práticas de distanciamento entre unidades de saúde e terreiros de candomblé

¹ Alijamento é um substantivo masculino, que significa eliminação; ação de jogar fora, de se livrar de alguma coisa (Dicionário Online de Português, 2025).

3. Práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé
4. Potências e a implicação de práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé

4.1. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS PRÁTICAS TRADICIONAIS NOS TERREIROS DE CANDOMBLÉ

Esta categoria aborda as interações entre o modelo de atenção à saúde e a exclusão sistemática dos terreiros de candomblé, destacando os desafios e lacunas existentes no reconhecimento e valorização dos saberes tradicionais no contexto do SUS. As questões relacionadas à formação e atuação médica foram apontadas por dois gestores, que destacaram a desconstrução destes saberes tradicionais e, uma visão tecnológica para a abordagem dos usuários, o que resulta em invalidação, discriminação e fragiliza a relação entre os terreiros e a APS. Os recortes abaixo exemplificam estas constatações:

Quadro 3 - O modelo biomédico na formação profissional e a produção de cuidado nas unidades de saúde

Abordagens	Corpus
Modelo biomédico	Então o médico recém-formado, ele sai da faculdade, ele já sai com isso na cabeça. E chegou, tem que passar exame, e chegou, tem que passar medicamento, e o bom é o que ele aprendeu ali na faculdade, e que aquele chá e aquela pessoa que mora em frente do posto está acostumada a usar o chá para melhorar de um problema, por exemplo, de gases, ele já quer desconstruir aquilo, que em vez do chá quer tomar algum outro comprimido (G4) [...] de dificuldade a gente coloca a questão mesmo educacional. Na formação, na graduação não existe nenhuma, não é abordado esse tema de dentro da academia, dentro da universidade [...] para que as pessoas saiam da academia com essa intolerância tratada, dessa atitude discriminatória que existe com os sacerdotes de terreiros de candomblé, e como os adeptos em geral sem ser sacerdotes (G4) [...] muitas vezes o profissional de saúde, ele tá ligado apenas no medicamento, o foco dele, a queixa-conduta (G3) [...] é muito na forma que o profissional de saúde enxerga ainda o usuário (G3) [...] E eu acredito que os profissionais ainda hoje estão focados

	naquele modelo médico centrado , naquela queixa conduta e com isso, você acaba programando suas ações para a doença do usuário. E aí todas essas dimensões muitas vezes, não são escutadas da forma correta. Não são acolhidas, não são valorizadas . E até às vezes o próprio usuário, ele nem refere que ele tem uma família de santo, ou que ele frequenta um terreiro, porque ele acha que ali o profissional nem vai valorizar [...](G3)
	[...] e o trabalhador em saúde e gestor em saúde tem suas características, seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida... (G4)
	[...] e para além disso tem o foco na questão da valorização do modelo biomédico... (G3)

Fonte: Elaborado pelos autores

O sistema de saúde no Brasil tem passado por constantes transformações estruturais e políticas ao longo dos anos. Desde o Movimento Sanitário, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e pela Constituição Federal de 1988, até a criação do SUS, foram estabelecidos marcos importantes para a consolidação da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

No Brasil, o modelo de atenção à saúde, embora fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, apresenta lacunas significativas. Uma delas é a dificuldade em contemplar as especificidades sociais, culturais e espirituais de povos tradicionais, como os de terreiros de candomblé. Esses espaços exercem um papel fundamental na manutenção da saúde física, mental e espiritual de seus membros, representando, além disso, locais de resistência para populações afrodescendentes e periféricas (Pereira, 2023).

De acordo com Regis (2017), o modelo hegemônico brasileiro reflete uma abordagem predominantemente curativista, eurocêntrica e fragmentada, o que compromete o cuidado integral e as condições de saúde, especialmente para a população negra.

Nos depoimentos acima os participantes salientaram as dificuldades enfrentadas pelos praticantes do candomblé no acesso às unidades de saúde pública devido ao modelo de atenção à saúde médico assistencial predominante, incentivada e ovacionada na área acadêmica.

Enquanto haja um consolidado destaque no cuidado espiritual, não há uma repulsão à medicina ocidental no candomblé, e os sacerdotes relatam terem conhecimento do limite das doenças físicas e espirituais indicando a busca pelo tratamento médico convencional, conjecturando que os dois possam andar juntos.

A concepção mecanicista do organismo humano e da doença levou a medicina ao longo dos anos a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida à manipulação técnica e ao desenvolvimento, no campo do saber médico, sob a influência do paradigma cartesiano, o modelo biomédico (Koifman, 2001). Para o autor, esta prática coloca o corpo como uma máquina imperfeita que necessita da inspeção de especialistas, da terapia médica e manipulação técnica, resultando no desenvolvimento de métodos sofisticados de diagnóstico e terapêuticos.

O modelo biomédico está difundido nos sistemas de saúde e se perpetua excluindo questões subjetivas dos indivíduos como as sociais, espirituais e emocionais, com a assistência fragmentada dificultando a produção do cuidado e a integralidade na saúde. Dessa forma, é possível compreender as limitações impostas pelo modelo aos saberes tradicionais, como o das comunidades de terreiros e outras práticas culturais.

Para Veras *et al* (2020), os profissionais tendem a se sentirem limitados diante das dimensões do adoecimento humano pela inabilidade de lidar com a complexidade trazidas por elas, assim, as instituições formadoras precisam produzir, durante a formação inicial, intervenções que permitam aos futuros profissionais serem mais resolutivos em relação ao processo do adoecer que extrapolam o campo biomédico. Boccuto, Mor e Teixeira (2020) corroboram afirmando que é necessária a formação de profissionais capacitados e sensibilizados para dialogar e construir elos de complementaridade para tais saberes e práticas.

Para Menéndez (2003) as formas de cuidado de uma sociedade estão relacionadas às questões religiosas, étnicas, econômicas, técnicas, científicas, dentre outras que originam formas diferentes de cuidado que muitas vezes se opõem à biomedicina.

O cuidado muitas vezes é operacionalizado por meio de grupos sociais, e suas diferentes formas tendem a não ser reconhecidas pelas instituições biomédicas, pois estas propiciam a difusão de uma visão estigmatizada e excludente de algumas formas de cuidado, colocando essas práticas em oposição à eficácia, à eficiência, à legitimidade e à racionalidade científica relacionadas ao saber biomédico (Menéndez, 2003). Assim, com base nas técnicas empregadas na prestação do cuidado tradicional, são desconsiderados o sentido e o significado cultural que lhes é atribuído pelos praticantes.

Para Fernandez, Silva e Sacardo (2018) os saberes biomédicos representam a perspectiva dominante e só valorizam a cultura do outro quando há possibilidade de aceitação dos métodos diagnósticos e terapêuticos recomendados. Isso faz com que a religião seja concebida como uma interferência no processo de cuidados, sendo necessária a redução dessa interferência, reservando para o profissional a prerrogativa de decidir sobre a vida dos pacientes.

Embora a APS proponha o uso de algumas dessas formas de cuidado, especialmente as "tradicionais", elas têm sido pouco incentivadas pelo setor de saúde, salvo em determinados contextos como parte de uma concepção de ampliação de cobertura a baixo custo para populações marginalizadas (Menéndez, 2003). O princípio da igualdade no SUS pode ser usado de forma equivocada, pois ao postular que todos têm o direito e as mesmas oportunidades de acessar o sistema de saúde e de usar os recursos oferecidos, pode negar a singularidade de cuidados ao homogeneizar os usuários e o serviço prestado (Fernandez; Silva; Sacardo, 2018).

A origem das religiões de matriz africana no Brasil está ligada à história da escravidão e à diáspora africana entre os séculos XVI e XIX, período em que milhares de pessoas escravizadas, portadoras de diversas culturas, foram trazidas ao país (Paulo Franco, 2021). Essas religiões surgiram como resultado do encontro cultural e da resiliência desses povos diante do processo de colonização e da imposição da religião cristã. Como afirmam Flor do Nascimento e Silva (2022, p. 6): *"essas religiões emergem no cenário de resistência do povo negro ao racismo e suas táticas opressoras, que desumanizam e destroem as vivências daqueles que carregam as marcas visíveis de uma ancestralidade africana."*

As religiões de matriz africana incorporam práticas de saúde fundamentadas em saberes ancestrais, promovendo um cuidado integrado. Essas tradições oferecem uma abordagem holística da saúde, destacando a conexão com a natureza, o equilíbrio entre corpo e espírito e a relevância das relações humanas e com o sagrado.

A abordagem holística apresenta diversos benefícios, ao ir além da cura de doenças, promovendo uma melhoria na qualidade de vida. Ela incentiva as pessoas a participarem ativamente de seus processos de saúde e a adotarem hábitos saudáveis. No quadro abaixo um gestor e os sacerdotes citam práticas espirituais que ocorrem nos terreiros e a articulação entre corpo e espírito:

Quadro 4 - Práticas espirituais e a produção de cuidados de saúde nos terreiros de candomblé

Práticas espirituais e de saúde nos terreiros	A saúde nos terreiros é uma coisa boa , viu, porque a gente aqui chega doente e sai daqui são. A gente reza dor de cabeça, a gente reza dor de dente, a gente reza do vento, a gente reza a espinhela caída, certo [...] Tem muitas vezes também que é problema de doenças, sobre orixás mesmo, a gente pega e faz uma limpeza de corpo, a gente dá um banho de folhas, com as ervas, a gente vai no mato e tira, e dá o banho nas pessoas, e as pessoas graças a Deus e aos orixás melhora (S1)
	Quando é na vida espiritual , tem os banhos, tem as limpezas de descarrego, tem às vezes, o cliente tem até necessidade de virar filho de santo, que passa pelo processo de nascimento de ser um buri, pra ir uma feitura [...], dependente da necessidade ele esteja usado no corpo dele, do lado da doença, se for uma doença espiritual (S2)
	Se for espiritual a gente conduz , conversa com a pessoa, faz a pessoa ver que é necessário fazer a limpeza da saúde, e então a gente inicia isso e a depender com a evolução das coisas que a gente vai fazendo espiritualmente, fazendo uma limpeza de ebó de ogum, ebó de exú. (S4)
	O povo de santo vê o corpo como um todo , ele sabe que se a perna dele apresentou algum edema, alguma inchação, ele vai procurar ver o que foi que provocou aquele edema, aquela inchação, o lado mental, espiritual dele se está inserido nisso ou não. (G4)
	Então eu tenho que jogar, eu jogo, vejo a saúde da pessoa , ver como é que a pessoa tá, ver o que pode acontecer na vida da pessoa, ou o que está acontecendo, e aí a gente vai em frente [...] se acontecer precisar de folhas pra sacudimento , limpeza, pra fazer a limpeza com verduras, com essas coisas aí depende da folha. Porque cada um tem uma folha diferente (S3)
	...tudo é no comando de Deus, no momento de Deus, e que o tempo permita, mas tem a necessidade espiritual nós vamos ser profundos. Mas o primeiro processo é o lado espiritual , que é o descarrego (S2)
	Como eu tenho muitas filhas de santo aqui que eu tirei de dentro do posto de saúde, porque ela estava se cuidando pelo médico, mas o problema dela era do candomblé . E eu trouxe elas e cuidei, e elas estão boas até hoje. Graças a Deus! (S1)
	São banhos de folhas, a gente passa cereais,[...], a gente dá banhos de infusão, depois tem o banho doce, que é banho verde, é o banho cheiroso depois de todo aquele processo que passa dos ebós, de tudo, a gente dá banho no rio, mergulha, a depender, por isso que eu digo cada qual tem seu tipo, seu jeito de ser conduzido a espiritualidade (S4)

Fonte: Elaborado pelos autores

As plantas medicinais têm sido utilizadas como recurso terapêutico nas ofertas de cuidado em saúde direcionadas aos sujeitos e às coletividades, principalmente nas práticas populares em saúde e nos terreiros. Muitas vezes estes estabelecimentos

são para a população uma última opção de cuidado em saúde, quando as outras ofertas disponíveis se revelaram como falhas (Rocha; Severo; Félix-Silva, 2023).

Estas práticas foram citadas pelos participantes deste estudo e demonstram a integralidade do cuidado que abrangem o corpo e o espírito e são conduzidos pelos sacerdotes nos terreiros.

No estudo de Paz *et al* (2015), os discursos dos líderes do candomblé buscam tornar mais compreensível a fragilidade da vida humana, diante do impensável, oferecendo alternativas para o manejo de patologias específicas, mas a prática médica tem desvalorizado estes saberes. Segundo os autores, a compreensão das práticas da medicina tradicional e de sua influência na vida das pessoas poderá fornecer elementos para compreender a realidade cultural daqueles a quem se destina a assistência e isso confirma a necessidade do estabelecimento de modelos assistenciais pautados em uma abordagem de todos os aspectos da saúde humana.

5.2. PRÁTICAS DE DISTANCIAMENTO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E TERREIROS DE CANDOMBLÉ

As práticas de distanciamento dos terreiros de Candomblé e as unidades de saúde podem ser caracterizadas por ações ou omissões, conscientes ou inconscientes, adotadas por indivíduos, grupos ou instituições, que resultam na marginalização e exclusão dos terreiros de Candomblé dos serviços, da gestão, das práticas e políticas de saúde. Os quadros abaixo demonstram a manifestação dessas práticas.

Quadro 5 – O distanciamento entre unidades de saúde e terreiros mediado pelo preconceito e demonização da religião

Abordagens	Corpus
Preconceito	Porque as vezes minha filha, tem assim eu tenho mais de trinta e tantos filho de santo, se elas caírem doentes por lá e forem para o posto médico, às vezes, tem vezes que a gente vai lá pra visitar, se precisar fazer qualquer coisa a gente não faz, porque o povo não deixa. O povo do posto de saúde não deixa a gente fazer lá dentro [...] (S1)
	Eu acho que vai desde essas questões da falta de conhecimento dos profissionais em relação à valorização da espiritualidade (G3)
	Acho que ninguém propôs essa ideia, a gente já tem trabalhos voltados

	para grupos específicos aqui, mas não para o público de religião. Talvez ninguém nunca teve essa ideia por algum preconceito, ninguém teve ideia por algum motivo. Não sei dizer por que foi exatamente (NS1) [...] O acesso à unidade de saúde, é de forma única, independente de gênero e religião. E se eu fosse colocar uma dificuldade, como se trata de terreiros de candomblé, existe uma resistência, um preconceito muito grande (NM2) [...] eu acredito que eles também sintam essa dificuldade, e sintam esse preconceito ao adentrar e se beneficiar de todo o leque de serviço que a gente tem a oferecer para comunidade de um modo geral (NS2) [...] não existe esse olhar diferenciado. Não existe. Eu nesses 7 anos que estou aqui, em momento algum eu vi buscar diretamente esse público-alvo. Eu acho que se tiver esse olhar, essa desconstrução do preconceito [...] quando estamos dando assistência, a gente está dando assistência ao cidadão. Então a religião, se eu sou católica, se o outro é protestante, isso não tem nada a ver (NM2) [...] os postos não se batem muito com o candomblé (S3) É a falta de conhecimento! É a falta de não querer saber entender o que é o candomblé. Porque o candomblé tem tudo de bom. É preconceito, simplesmente preconceito (S4) [...] existe uma segregação entre o que é evangélico e o que é o candomblé muito grande, bem nítido (NM1) [...] por ser um grupo que é discriminado, que nós sabemos que são discriminados, deveria ter essa busca ativa para equilibrar, para ter equidade [...] atrair essas pessoas, para eles serem acolhidos aqui (NM2)
Falta de informação	[...] eu acredito que futuramente essas pessoas poderiam passar algo novo e falar da peculiaridade com relação a questão do convívio, como elas se alimentam, até porque teoricamente alimentação desse pessoal, que é do candomblé é um pouco diferenciada, então isso também direcionaria a um norte para algumas doenças, alguns agravos, tipo doenças cardiovasculares, pressão. O caruru, o vatapá, se eles tivessem mais proximidade e a gente pudessem passar essa informação para não existir essa, com relação a alimentação e atividade física provavelmente o índice até diminuísse de muitas doenças que são voltadas a pessoas que são do candomblé, elas poderiam até ser amenizadas. Até porque muitas senhorinhas elas têm um pouco de peso, em função até talvez em questão da alimentação, que por ficar um pouco distante e afastada justamente das pessoas que confundem profissionalismo com religião, elas tendem a ter esse tipo de comorbidades (NM1)
Demonização	Mas eu não posso fazer nada, né minha filha, perante as pessoas que são incrédulos, que acha que aquilo, são pessoas maldosas, são pessoas que acham que o candomblé é coisa do diabo, e não é (S4) [...] eles são vistos como pessoas negativas, pessoas que de certa forma, elas assustam porque no contexto geral, eles falam que são pessoas que podem desejar coisas do mau, feitiço, coisa parecida (NM1) [...] eu vejo que existe uma resistência quando se trata de religião, em especial o candomblé, uma ... E como temos hoje maciçamente, posso dizer que os evangélicos [...] eles veem o pessoal do terreiro de candomblé, que é outra religião, como se fosse uma religião do mau (NM1)

Fonte: Elaborado pelos autores

No Candomblé, a saúde é concebida de forma ampla e integral, sendo considerada um pilar fundamental na vida dos filhos de santo. Nesse contexto, os aspectos físico, psicológico e espiritual estão em constante interação e se influenciam de maneira dialógica (Boccuto, Mor; Teixeira, 2022). Em contrapartida, a medicina tradicional adota uma abordagem mais segmentada e técnica, o que pode gerar incompreensões. As práticas terapêuticas realizadas nos terreiros, como rezas, banhos e consultas, frequentemente não são reconhecidas ou são invalidadas pelos profissionais de saúde, resultando em barreiras de comunicação.

A falta ou pouco conhecimento sobre essas práticas e crenças do candomblé por parte dos profissionais, faz com que aconteça um acolhimento desrespeitoso e uma abordagem inconveniente e preconceituosa. Diante do exposto, os praticantes do Candomblé se esquivam em revelar sua religião com receio de rejeição ou até mesmo em frequentar os serviços de saúde. Para Gomes (2020, p. 89):

[...] a invisibilidade dos terreiros de candomblé permanece como uma realidade histórica no contexto brasileiro a falta de reconhecimento dificulta o acesso dessa população às políticas públicas, perpetuando ciclos de exclusão, segregação e violações de direitos humanos que atingem esses grupos.

As falas revelam como o preconceito influencia negativamente a aproximação entre os terreiros de candomblé e as unidades de saúde na APS, contribuindo para o alijamento dessas comunidades no cuidado integral em saúde. Esse preconceito manifesta-se de formas sutis e explícitas, desde a ausência de iniciativas específicas até a perpetuação de estereótipos que dificultam a inclusão plena dos praticantes do candomblé nos serviços de saúde.

A falta de um "olhar diferenciado" para esse público resulta de uma organização do cuidado ainda permeada por discriminações históricas e pela desinformação sobre essas práticas culturais e religiosas.

Nos discursos dos profissionais e dos sacerdotes, foi possível identificar a presença do preconceito das unidades com relação à religião, resultante da falta de informação por parte dos profissionais e pela demonização dos terreiros, como relatado por sacerdotes nos discursos do Quadro 5.

Apesar de vivermos em um país considerado laico, muitas contradições persistem. Farias (2023) aponta que nem todas as religiões conseguem vivenciar plenamente sua espiritualidade, ou praticar sua liturgia de forma livre, enfrentando preconceito e intolerância. Esse é o caso das religiões de matriz africana no Brasil, que historicamente, têm sido alvo de perseguição. Inicialmente reprimidas pelos colonizadores, essas religiões agora enfrentam frequentes ataques, especialmente de segmentos neopentecostais.

A demonização dos terreiros de candomblé faz parte de um processo histórico que reflete a persistência do racismo religioso e da intransigência cultural no Brasil. Desde o período colonial, as práticas religiosas de matriz africana foram sistematicamente associadas a conceitos negativos, como "feitiçaria" (Magalhães, 2022). Esse estigma, potencializado ao longo dos séculos, ainda está presente atualmente, perpetuando a marginalização dessas práticas e comunidades.

As construções populares que associam o candomblé a manifestações explícitas do demônio cristão, são resquícios de como a Igreja Católica reagiu diante das manifestações culturais das pessoas originárias da África e que foram escravizadas no Brasil (Rocha, 2018).

Comportamentos preconceituosos e discriminatórios por parte de profissionais de saúde e gestores podem impactar diretamente a qualidade do atendimento prestado aos frequentadores do candomblé. Esses comportamentos frequentemente manifestam-se por meio de estigmatização, tratamento diferenciado e, muitas vezes, pela demonização das práticas religiosas, comprometendo tanto a qualidade quanto a equidade no cuidado. Quanto a esse aspecto, vale destacar que nenhum dos profissionais entrevistados pertencem às religiões de matriz africana.

Repelir a demonização dessas práticas, reconhecer e valorizar a diversidade religiosa e cultural são atitudes fundamentais para promover justiça social e garantir o direito à saúde de forma igualitária para todos.

Barreiras profissionais também reforçam esse preconceito, dificultando o diálogo entre as unidades de saúde e as lideranças dos terreiros. As equipes de saúde, muitas vezes por falta de conhecimento e de sensibilização, tendem a negligenciar a singularidade do candomblé, desvalorizando aspectos essenciais, como as práticas alimentares e suas possíveis repercussões na saúde. Essa postura não apenas reduz a efetividade do cuidado, mas também perpetua a ideia de que o

candomblé está à margem das preocupações do sistema de saúde.

Sobre este aspecto Menéndez (2003) argumenta que racionalidades religiosa e étnica têm sido utilizadas de forma negativa pela biomedicina, ao incluir fatores religiosos e/ou as crenças populares como determinantes do processo de adoecimento, por se oporem às práticas biomédicas, e as formas de cuidado "culturais" são postas de lado ao invés de serem utilizadas positivamente na redução de danos.

A ausência de um "olhar diferenciado" para esse público reflete uma organização de cuidado ainda marcada por discriminações históricas e desinformação sobre as práticas culturais e religiosas. Além disso, o preconceito institucional desincentiva a aproximação dos usuários oriundos dos terreiros aos serviços de saúde, gerando um ciclo contínuo de exclusão e invisibilidade.

É essencial promover uma desconstrução sistemática do preconceito no âmbito da saúde. Essa iniciativa exige a capacitação contínua das equipes sobre diversidade cultural e religiosa, além da criação de espaços de diálogo com as lideranças dos terreiros. Reconhecer as especificidades das práticas culturais e religiosas do candomblé como elementos legítimos e relevantes para o cuidado integral é um passo fundamental para reduzir as barreiras de acesso e construir um sistema de saúde mais equitativo e inclusivo.

O estudo de Rocha (2018), que investigou os processos de interações entre religiões de terreiros e eSF também constatou a inexistência de canais dialógicos, descaso e descompromisso por parte das equipes no que se refere às populações praticantes de religiões afro-brasileiras, resultando em situações de preconceitos velados e sutis, que operam a nível do instituído.

A demonização do candomblé é uma das expressões mais evidentes do alijamento das comunidades de terreiro no contexto da APS. Esse processo de estigmatização associa as práticas religiosas de matriz africana a concepções negativas, como a ligação com o "mal" ou forças diabólicas, perpetuando um preconceito estrutural que impacta tanto os usuários quanto os profissionais de saúde.

Esta associação não apenas aprofunda o isolamento social e institucional das comunidades de terreiro, mas também desumaniza seus membros, reduzindo-os a estereótipos que comprometem sua dignidade e restringem o acesso ao cuidado. No ambiente de saúde, essa percepção pode resultar em atitudes discriminatórias, como

a recusa em compreender ou atender às especificidades culturais e espirituais desses grupos. A crença de que as práticas do Candomblé representam algo "maldoso" ou "ameaçador" prejudica qualquer tentativa de diálogo e cooperação entre os terreiros e os serviços de saúde.

As políticas públicas de saúde devem reconhecer e enfrentar a demonização do Candomblé como uma forma de violência simbólica. Isso requer a implementação de ações educativas e de sensibilização voltadas tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade em geral, com o objetivo de desmistificar as práticas religiosas de matriz africana e valorizar sua contribuição para a cultura e a saúde comunitária. Somente ao desconstruir essas narrativas negativas será possível estabelecer pontes de respeito mútuo e garantir a inclusão efetiva dos povos de terreiro nos serviços de saúde.

As falas destacam a discriminação contra praticantes do Candomblé no contexto da APS, a falta de acolhimento ativo e a segregação. Essa discriminação é evidenciada pela ausência de iniciativas específicas voltadas para a inclusão desses grupos.

Diante disso, torna-se fundamental a promoção de ações afirmativas e estratégias de busca ativa que considerem e respeitem as especificidades culturais e religiosas dessas comunidades, possibilitando um cuidado inclusivo, acolhedor e comprometido com a diversidade.

O distanciamento entre os terreiros de candomblé e as unidades de saúde enfrenta barreiras significativas relacionadas à religião e à cultura, que são reforçadas pela intolerância às práticas religiosas dos terreiros e pela exclusão de seus praticantes, majoritariamente negros.

A ausência de reconhecimento dos saberes ancestrais por parte das unidades de saúde contribui para a invisibilização e marginalização do Candomblé, afastando seus praticantes. Esse distanciamento faz com que esses usuários não se sintam acolhidos pelos profissionais, comprometendo, ou até mesmo inviabilizando, o acesso equitativo e inclusivo aos serviços. As falas constantes no Quadro 6, exemplificam essa situação:

Quadro 6 – O distanciamento mediado por barreiras culturais e religiosas

Abordagens	Corpus
Religião	As pessoas é um pouco incrédulo , é, acha que o candomblé não existe, mas não sabendo que o candomblé existe sim, e é dentro do candomblé que a gente resolve muitas, mas muitas coisas mesmo que eles lá não podem fazer (S4)
	[...] Como eu já falei antes, talvez a questão do preconceito. Existem pessoas aqui que são de outras religiões e talvez não tenham contato, então preferem evitar o contato (NS1)
	Bom, o que eu entendo é que existe uma barreira bem visível [...] eu vejo que as pessoas, elas se colocam como se fosse assim, a religião dela acima de todas as religiões. E isso não condiz com a conduta. E faz com que esse grupo, que é de terreiro de candomblé, eles ficam segregados (NM1)
	Tem hoje as Igrejas chamadas pentecostais, elas aumentam cada dia mais o número de Igrejas, de adeptos, de evangélicos, de pentecostais que também tem uma intolerância grande em relação a esse povo (G4)
	[...] existe uma segregação entre o que é evangélico e o que é o candomblé muito grande, bem nítido (NM1)
	[...] por conta da questão do preconceito , que a gente sabe que existe a intolerância religiosa (NS2)
	Volto a dizer até por causa da resistência . Da resistência do evangélico, talvez até o catolicismo, os católicos eles têm mais um pouco de aceitação, mas os evangélicos são muito taxativos (NM1)
Cultura	É uma fragilidade intensa, existe até mesmo algum tipo de intolerância religiosa por parte de alguns trabalhadores de saúde e gestores de saúde também, em relação ao povo de santo, como chama o povo do axé (G4)
	Então existe uma certa resistência, até porque quando tem alguém que visualmente é daquela religião, ele é tratado com receio, porque pensam que são feiticeiros ou coisa parecida, coisa negativa, então é justamente essa barreira cultural que faz com que isso aconteça (NM1)
	Tem a questão mesmo da educação familiar, que a pessoa traz de dentro da sua família e aquele estigma ele carrega ao longo da vida , então fica difícil você romper isso (G4)

Fonte: Elaborado pelos autores

De acordo com alguns sacerdotes, a intolerância religiosa impede que esses profissionais reconheçam a importância e a relevância das práticas ancestrais no cuidado à saúde, especialmente na abordagem de questões que as unidades de frequentemente não conseguem atender, como a dimensão espiritual.

Alguns participantes do estudo como G4, NS1, NM1 e NS2 apontam que determinadas religiões contribuem para o fortalecimento da intolerância religiosa, dificultando o diálogo respeitoso entre os profissionais e os usuários que frequentam

os terreiros de Candomblé. Esse fato impacta negativamente no vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, fragilizando a relação e limitando a inclusão de práticas ancestrais de cuidado. Estas, no entanto, são essenciais para atender de forma integral às necessidades dessa população.

Alguns autores, ao discutirem as possibilidades de interação entre saberes de matriz africana e a medicina ocidental na atenção em serviços de saúde, encontraram situações de preconceito e discriminação contra sujeitos e seus saberes (Silva; Fernandez; Sarcado, 2017). Na pesquisa, foram citados casos de desrespeito a objetos de proteção, durante o exame físico e procedimentos, censura à religiosidade, agressões verbais e um tipo de violência simbólica manifestada na negação de práticas rituais mais simples, como os banhos de ervas, que seriam utilizados para atender às necessidades de praticantes do candomblé.

Ao nos referirmos à interferência da cultura nas práticas de distanciamento entre os terreiros e os serviços de saúde, constatamos a persistência de estigmas profundamente enraizados na sociedade. Essa visão distorcida dificulta o reconhecimento das práticas de cuidado dos terreiros como uma complementaridade valiosa às abordagens tradicionais.

Ao analisar os discursos dos entrevistados, destaca-se a necessidade urgente de promover o diálogo entre profissionais de saúde, gestores e praticantes de Candomblé sobre a importância da aproximação entre os terreiros e os serviços de saúde. Essa interação possibilitaria a interseção entre os saberes ancestrais e as práticas de saúde, contribuindo para superar preconceitos e construir um modelo de cuidado mais inclusivo e respeitoso com a diversidade cultural e religiosa.

As barreiras culturais estão profundamente enraizadas nos serviços de saúde. A hegemonia do modelo biomédico na assistência, ignora ou desconhece as práticas tradicionais e espirituais (Ceballos, 2015), frequentemente rotulando-as como alternativas ou empíricas. A falta ou pouco conhecimento sobre os termos utilizados no Candomblé, bem como sobre a estrutura e os propósitos de suas práticas, pode gerar atritos na comunicação entre os profissionais de saúde e os praticantes da religião, além de alimentar preconceitos.

De forma similar, as barreiras religiosas exercem uma influência direta nos serviços de saúde. A discriminação religiosa, especialmente as afro-descendentes, é intensa no Brasil e contribui para a estigmatização de seus adeptos (Marinho, 2022).

As diferenças filosóficas podem levar à falta de compreensão e aceitação mútua, resultando no afastamento dos praticantes do Candomblé dos serviços formais de saúde.

A exclusão ou marginalização dos terreiros de candomblé é fruto de uma história marcada pelo preconceito, racismo estrutural e intolerância religiosa (Pereira; Santos; Oletto, 2023), que impactam negativamente as práticas de matriz africana e o acesso dessas comunidades ao direito à saúde.

Um exemplo disso é a falta de reconhecimento da legitimidade desses espaços como locais de cuidado e cura, apesar do uso de saberes ancestrais em suas práticas cotidianas por adeptos e frequentadores da religião. Esse cenário é agravado pelo desprezo e hostilidade do sistema de saúde em relação a esses conhecimentos.

O racismo estrutural e a intolerância religiosa intensificam essa exclusão (Marinho, 2022), resultando na ausência de diálogo entre os profissionais de saúde e as lideranças religiosas. Além disso, a falta de interfaces entre as políticas públicas e os saberes tradicionais no SUS dificulta o uso do potencial desses conhecimentos na promoção da saúde.

A insuficiência de equipes adequadas e o despreparo para lidar com a diversidade religiosa, agravam ainda mais as dificuldades de acesso e consequentemente o distanciamento. A sobrecarga das equipes existentes, evidencia uma lacuna no planejamento que afeta, não apenas a qualidade do atendimento, mas também a confiança dos praticantes no sistema de saúde, levando-os a buscar alternativas privadas ou depender exclusivamente de recursos internos das comunidades.

Os participantes, quando questionados sobre a existência de relações entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores da APS, testemunham esta fragilidade. Essa lacuna é reforçada pela falta de diálogo e a inexistência de articulações entre a gestão pública, as unidades de saúde e os terreiros de candomblé, o que tem impedido que a abordagem da APS contemple a cultura dos sujeitos e respeitem seus conhecimentos.

Os participantes reconhecem a necessidade desta aproximação, mas o alijamento está presente nas políticas públicas, práticas de saúde, plano de gestão e nos serviços de saúde. Os enxertos no Quadro abaixo, exemplificam esta situação:

Quadro 7 – A invisibilidade dos terreiros nas políticas e práticas de saúde

Abordagens	Corpus
Política	Nunca vi ninguém falar sobre isso aqui, nem gerente. Olha que eu já passei pelas mais variadas pessoas, nem da própria gestão, da secretaria de saúde, ninguém nunca deu essa ideia. Devia haver um vínculo maior em convidar essas pessoas, nada (NS1) [...] principalmente considerar as crenças dos usuários, que eu acho que pode haver ainda uma falta de estruturação nesse sentido, dentro da própria gestão, de não ter ainda essa parte bem estruturada, a gente também, se eu te falar que durante esse tempo eu já fui pra algum encontro de SESAB, de Ministério da Saúde que falasse desse tema especificamente pra gente, nunca teve (G3) [...] no Relatório Anual de Gestão, não tem nada, pelo menos que eu tenha visto que contemple. Nem nos documentos de planejamento, também nada programado (G3) [...] as ações direcionadas que não tem uma política de, pelo menos o que eu li, o que eu busquei, não vi assim uma interação, uma normativa, protocolo, porque tem os mecanismos das ações, das pessoas. Por exemplo, o PSE tem ações. Não tem as ações para fora, em caso dos sacerdotes, dos terreiros da região (G2) E são decisões que não adiantam ser de forma descendente. Não pode ser a gestão que manda fazer. Senão a gente pegava a própria Política Nacional da População Negra, botava debaixo do braço e ia botar ali artigo por artigo daquele considerando e fazendo com que a equipe desenvolvesse aquelas atividades. Entretanto não é assim, tem que ser de forma ascendente, tem que vir isso realmente da equipe em conjunto com as lideranças da comunidade, do território para, de forma ascendente, para chegar até a gestão (G4)
Práticas	[...] A escola sim, já tivemos ações aqui voltadas para grupos de profissionais, tipo mototaxista, tivemos ações voltadas, mas essa questão aí voltada para religião, não se encontra muito não (NM2) Bom, eu posso dizer que esse grupo, essas pessoas ficam mais centradas nas unidades que têm os terreiros, então, aqui são poucas pessoas que vêm, são pouquíssimas, até porque se identificam pelos adereços, e a gente percebe por ser. Então aqui, em especial na unidade, são pouquíssimas pessoas que aparecem (NM1) [...] não existe esse olhar diferenciado. Não existe. Eu nesses 7 anos que estou aqui, em momento algum eu vi buscar diretamente esse público-alvo [...] (NM2) [...] as equipes de saúde da família estão muito encasteladas dentro da unidade, a gente percebe isso. Elas têm dificuldade em circular o território, em fazer articulações dentro do território. Isso aí faz com que essas atividades são mais demandadas por parte deles, povo de santo, sacerdotes desses terreiros, do que pela equipe (G4) [...] nunca houve nenhuma interação, nem tão pouco nenhuma atividade (G1) [...] em relação aos terreiros como eu falei não temos nenhuma ação específica [...] Nós não temos ações direcionadas, específicas (G2) [...] eu enquanto (cita o cargo que ocupa) [...] nunca recebi nenhum

	convite, como te falei, nenhum encontro, nada, nem recebi eles aqui pra qualquer tipo de conversa. Nunca teve essa demanda (G3) Acho que essa relação está ainda distante, assim, aqui pra gente enquanto gestão nunca apareceu nenhuma demanda específica relacionada aos terreiros, tanto de vinculação com a unidade, ou solicitando algum tipo de atividade específica à atenção primária à saúde, assim como eu não vejo algum relato, pode até existir mas não vejo relato dos profissionais nos diversos encontros e momentos que haja alguma relação com esses terreiros, em relação à realização de atividades, dentro do próprio terreiro (G3) Eu percebo uma inércia, não existe nenhuma preocupação direcionada para este povo, talvez porque não exista, ou por haver uma invisibilidade nesse sentido (NS2)
Limites administrativos	[...] a gente faz atividades voltadas para grupos específicos, e são avaliadas. Exceto terreiros de candomblé. Nunca teve. Porque não é por falta de vontade das pessoas da unidade em querer fazer, o problema é esse aí, a dificuldade é isso aí. Porque falta. Se tivesse outra equipe, seria bem mais fácil, não só para os terreiros de candomblé, como para comunidade em si (ACS2) [...] o rapaz lá dono do terreiro outro dia esteve aqui se queixando que estava com COVID, aí nesse dia ele não foi atendido, ficou chateado, aí pagou uma consulta lá e foi bem atendido e tal. Mas frequenta aqui, pega medicação, a esposa dele, a filha dele pega, frequentam aqui (ACS1) [...] fazemos (práticas de saúde) mas, só espiritualmente. Porque carnalmente depender de posto médico ou UPA nós não temos.... Ou quem tem dinheiro dentro da sua religião vai para clínica particular (S2) Todo mês eu vou para meu médico em Salvador, porque posto de saúde em (cita a localidade) Camaçari é difícil ir. [...] Mas em termo de ter esse vínculo com meus filhos de santo e posto de saúde (cita o nome da localidade) é difícil (S2) Questão logística, da disponibilidade de recurso, que é necessário às vezes ter transporte, devido a localização. E organização com relação ao tempo de atividade interna e atividade externa. Que na verdade as vezes choca, quando temos demanda, às vezes saímos do compromisso em função de demandas internas, elas saem do compromisso em função de outras coisas que deveriam estar programada e não é possível ser cumprida (NM1)

Fonte: Elaborado pelos autores

A formulação de políticas de saúde específica para os terreiros de candomblé é de suma importância para reconhecer e valorizar esses espaços como produtores de cuidado integral e coletivo, conseqüentemente as práticas seriam mais inclusivas e específicas para essa população.

Nos últimos anos, as questões religiosas têm sido abordadas com maior transparência, liberdade e respeito. No entanto, apenas dois documentos fazem menção, de forma indireta, aos cuidados voltados para essa comunidade. A PNAB

menção que a APS deve estar presente em todos os espaços, permitindo subentender que os terreiros poderiam ser incluídos, embora isso não esteja explicitamente registrado. Já a PNSIPN apresenta uma resposta do MS às desigualdades que afetam essa população, reconhecendo o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde.

A relação entre a população negra e os terreiros de candomblé está profundamente enraizada na história, na cultura e na resistência. Esses espaços representam uma importante frente de luta contra a opressão no Brasil, simbolizando não apenas práticas religiosas, mas também estratégias de enfrentamento às desigualdades sociais e culturais. Boccuto; Mor; Teixeira (2022) acrescenta que todo terreiro é um quilombo, simbolizando a resistência contra o preconceito e enfrentando as adversidades vivenciadas pelas minorias sociais.

Para Farias (2023), a representatividade no Congresso Nacional tem o potencial de assegurar a defesa e divulgação das concepções de visões de mundo e concepções de uma comunidade. O autor ao se referir aos povos tradicionais e as políticas públicas governamentais, face à ascensão dos neopentecostais aos cargos eletivos no Brasil, menciona que este fato acaba repercutindo diretamente no sistema legislativo fazendo com que as conquistas sejam efetivadas para uma determinada parcela da população enquanto outros são esquecidos.

Desse modo, fica evidente a morosidade na criação de políticas públicas que beneficiem os povos de matriz africana, o que acaba por dificultar a defesa dos interesses desse grupo. A ausência de um amparo legal específico contribui para a invisibilidade e, conseqüentemente, o alijamento das suas práticas de saúde ao longo do tempo.

Nas falas analisadas, percebe-se a instalação de um ciclo vicioso. Os profissionais e gestores justificam a falta de ações pela inexistência ou desconhecimento de portarias e normativas que orientem esse tipo de trabalho. Enquanto o gestor G1 relata que existem ações em âmbito municipal, mas que estão ausentes nos postos de saúde, o gestor G2 afirma não haver dificuldade em implementar medidas, pois ações semelhantes já são realizadas com outros grupos. Por outro lado, os gestores esperam que as equipes conheçam o território e as lideranças locais para desenvolverem as iniciativas necessárias.

A ausência de ações efetivas mantém a população dos terreiros desassistida e

evidencia falhas significativas na aproximação entre os terreiros de candomblé e as unidades de saúde na APS, especialmente no que diz respeito à gestão e ao planejamento estratégico dessas ações. As declarações apontam para a ausência de políticas e práticas organizadas que considerem as particularidades religiosas e culturais dos povos de matriz africana, revelando um cenário de exclusão que compromete o princípio da equidade no SUS.

Inicialmente, a gestão declara um estado de inércia quanto ao reconhecimento da relação entre saúde e religiosidade e essa invisibilidade manifesta-se tanto na falta de ações concretas quanto na ausência de diretrizes específicas em documentos estratégicos, como relatórios anuais de gestão e planos de ação. Esse silêncio institucional reflete uma negligência que perpetua desigualdades e marginaliza comunidades que, historicamente, enfrentam discriminação estrutural.

A carência de estratégias concretas para estabelecer vínculos e dialogar com os terreiros expõe uma desconexão entre os princípios organizativos do SUS e a realidade vivida por profissionais e usuários. O princípio da integralidade, que prevê um cuidado que abranja as dimensões biológica, social e cultural, não é efetivado no que se refere aos credos religiosos desses grupos. Essa lacuna impede a construção de um cuidado em saúde que respeite as especificidades culturais e promova um acolhimento adequado.

Outro aspecto relevante é a percepção de que, mesmo quando a gestão desenvolve atividades pontuais, estas não são articuladas de forma concreta com as unidades de saúde. Essa fragmentação limita o alcance de ações que poderiam fomentar a interação com comunidades religiosas. A ausência de planejamento e monitoramento sistemáticos de iniciativas voltadas para a inclusão das religiões de matriz africana no cuidado em saúde perpetua práticas excludentes e heterogêneas.

É primordial reconhecer que a exclusão observada no contexto da gestão vai além de uma simples omissão, caracterizando uma forma de violência estrutural. Para Miguel (2015), este tipo de violência é de difícil percepção, pois ela atua de forma orgânica e é naturalizada pelas normas institucionais e pelas relações sociais. Assim, a violência estrutural desconsidera as especificidades dessas comunidades e o sistema de saúde reforça barreiras de acesso e compromete o exercício do direito à saúde.

No que se refere às práticas de saúde, as falas destacam a ausência de ações específicas e o reconhecimento insuficiente das necessidades desses povos,

evidenciando, mais uma vez, uma negligência que inviabiliza a promoção de uma atenção integral e equitativa — pilares fundamentais do SUS.

Um dos principais fatores que sustentam esse alijamento é a falta de articulação entre as equipes de saúde e os territórios. As equipes são descritas como "encasteladas", revelando dificuldade em circular pelo território e estabelecer vínculos significativos com comunidades, como os terreiros. Essa inércia é agravada pela ausência de capacitação específica e pela inexistência de demandas formais registradas, refletindo tanto o distanciamento das equipes quanto a invisibilidade institucional dos povos de terreiro. Dessa maneira, as práticas de saúde permanecem moldadas por um viés que desconsidera a diversidade cultural e religiosa.

Adicionalmente, o modelo de gestão descendente, que exclui a participação ativa das comunidades no planejamento e execução das políticas públicas, perpetua essa exclusão. Embora existam diretrizes, como a PNSIPN, sua implementação enfrenta limitações devido a abordagens que não incluem as lideranças comunitárias no processo.

Quanto às limitações administrativas citadas pelo profissional NM1, no que se refere ao tempo para as atividades e a disponibilidade de recursos, podemos compreender que a falta de apoio logístico e estrutura organizacional nas instituições de saúde podem limitar a integração com os terreiros. Assim, as políticas de saúde não contemplam as necessidades específicas dos terreiros, não existem mecanismos institucionais que favoreçam a colaboração entre os terreiros e as unidades de saúde, e a invisibilidade dessas comunidades nas práticas e nos planejamentos institucionais.

Para superar essas barreiras, é imprescindível adotar um modelo de atenção que articule gestores, equipes de saúde e lideranças comunitárias de forma colaborativa. Somente assim será possível incorporar as especificidades culturais e religiosas nas práticas de cuidado, garantindo a construção de um sistema de saúde mais equitativo, inclusivo e acessível.

Entende-se o acesso à saúde não apenas como a prestação de serviços, mas como um conjunto mais amplo de questões e políticas voltadas à garantia do direito à saúde (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

O acesso universal e gratuito aos serviços de saúde é um direito garantido a todos pela Constituição Federal de 1988 e reforçado em 1990 com a criação do SUS. No entanto, apesar de sua base legal, a implementação desse direito ainda enfrenta

desafios, sendo marcada por desigualdades e exclusões (Assis; Jesus, 2012).

Conforme Assis e Jesus (2012) e Nascimento (2022, p.7) “... a comunidade circundante procura os terreiros em busca de auxílio e para suprir a carência de acesso aos serviços de saúde pública.”

Quando surgem barreiras no acesso aos serviços de saúde, os praticantes dos terreiros de Candomblé enfrentam desafios ainda maiores para garantir os cuidados de saúde de que necessitam.

Essas barreiras podem ser observadas quando o preconceito por parte de profissionais e gestores resulta em uma abordagem insensível e discriminatória. Isso ocorre quando as práticas religiosas dos frequentadores de Candomblé são desvalorizadas, quando a demonização da religião leva a opiniões preconceituosas durante o atendimento, ou quando, pela fragilidade de compreensão da religião e falta treinamento sobre diversidade cultural e religiosa, os atendimentos são inadequados, desvalorizando os saberes tradicionais, o que gera desconfiança e afastamento.

Outro fator relevante é o impacto negativo do racismo no acesso aos cuidados de saúde, limitando o direito dos indivíduos a serviços de saúde de qualidade. Gomes (2020, p. 90) afirma que “o racismo estrutura a inacessibilidade dos negros aos recursos materiais e simbólicos da sociedade até os dias atuais.”

Após compreendermos sobre as barreiras ao acesso mencionadas, é possível perceber, nas falas constantes no Quadro 8, que as dificuldades para o acesso ao serviço de saúde são resultantes do preconceito quanto às práticas do candomblé, da rejeição, da falta de pessoal e das recusas dos profissionais, como exposto pelos sacerdotes.

Quadro 8 – O distanciamento entre unidades de saúde e os terreiros mediado pela fragilidade da relação e intolerância

Abordagens	Corpus
Fragilidade da relação/vinculação	[...] é muito frágil essa relação existente entre o trabalhador da saúde em geral, inclusive o da Atenção Primária à Saúde, os trabalhadores, gestores com os sacerdotes das religiões afro... As informações de saúde e da saúde, realmente é muito frágil essa relação (G4)

	Se tivesse esse relacionamento de postos de saúde e candomblé seria bem melhor [...]. Se o povo do posto desse uma oportunidade ao povo do candomblé, visitasse o povo do candomblé, porque é difícil (S2)
	Se a gente ficasse verificando as questões das doenças crônicas, diabetes, pressão alta. Porque como eu disse, eles não procuram. Quando estão bem mais, quando passam mal, eles procuram como paciente (G2)
	Eu acho que a gente traria essas pessoas para mais perto da assistência , para mais perto do que a unidade, do que a APS tem para oferecer (NS2)
Intolerância	Porque muitas vezes nós somos do candomblé, a gente procura o posto de saúde, e quando chega lá tem muitas vezes que é até rejeitado , viram a cara, as vezes desconjuro a gente que somos do candomblé, mas devagar a gente vai tapeando daqui, tapeando dali e termina resolvendo (S1)
	Essa intolerância é demonstrada em tentar inviabilizar quando ele chega, a invisibilizar quando ele chega em uma unidade de saúde, principalmente se eles estiverem paramentados com as roupas da seita, da religião deles, sejam eles sacerdotes, sejam eles apenas adeptos da religião, então essas pessoas são discriminadas no ambiente das unidades de saúde (G4)
	A gente vem, a nível de gestão a gente tem conversado muito, porque como gestor de saúde a gente tem que conversar em todos os segmentos da população, e a gente também percebe por parte de alguns gestores [...] algum tipo de dificuldade ao acesso dessas pessoas (G4)
	Eu não vejo que poderia ser melhor, entretanto se houver uma demanda de lá pra cá, que esse indivíduo por pertencer a esse crédulo religioso meio que diferente , que ele se sinta desconfortável, ou que ele se sinta descriminalizado por ele está dentro desse outro lado, eu acho que eu a gente poderia melhorar sim esse acesso [...] (NS2)

Fonte: Elaborado pelos autores

As falas retratam que essa exclusão resulta de uma combinação de fatores, como a desinformação dos profissionais sobre a importância da espiritualidade no cuidado, o despreparo para lidar com a diversidade cultural e religiosa, e a perpetuação de atitudes discriminatórias.

O preconceito em relação ao Candomblé, frequentemente enraizado em visões estigmatizantes e intolerantes, leva à rejeição explícita ou implícita de seus praticantes nos serviços de saúde. Essa rejeição pode se manifestar desde atitudes hostis e invisibilização até a recusa direta de atendimento. O cenário se agrava quando membros dos terreiros buscam atendimento usando roupas ou adereços característicos, o que intensifica a discriminação, transformando a espiritualidade e a

identidade religiosa em barreiras adicionais ao cuidado.

A compreensão limitada da religião dos profissionais sobre a importância da espiritualidade e das práticas culturais no cuidado integral também contribui para dificultar o acesso das comunidades de terreiro aos serviços de saúde. Profissionais tendem a desvalorizar ou ignorar as necessidades específicas desses grupos. Essa desinformação reforça a exclusão e limita a construção de vínculos entre as unidades de saúde e as comunidades de Candomblé.

O estudo de Rocha (2018) também encontrou uma situação semelhante ao verificar que os profissionais de uma eSF sabiam da existência de um terreiro em seu território, através das informações de moradores da localidade, mas referiram não dialogar com os adeptos e não desenvolverem atividades específicas a esses povos. Como justificativa, alguns profissionais relataram que uma vez que os trabalhadores da eSF não pertenciam a uma religião de matriz africana a realização de atividades direcionada às populações de terreiros era difícil.

A rejeição vivida pelos praticantes do Candomblé nos serviços de saúde, expressa nitidamente nas falas, frequentemente resulta na busca por soluções paliativas ou no abandono completo do sistema público. Alguns relatam recorrer a práticas espirituais dentro dos terreiros ou ao atendimento particular, evidenciando uma ruptura do vínculo com a APS. Isso reflete não apenas uma falha de acolhimento, mas também uma descontinuidade no cuidado, que pode levar a desfechos negativos em saúde.

Um estudo realizado em Salvador, Estado da Bahia, que discutiu aspectos da relação entre os terreiros e as políticas públicas de saúde, encontrou práticas incipientes, que resultaram de um preconceito cultivado e alimentado por intolerância religiosa (Serra; Pechine; Pechine, 2010). Os autores destacam a contribuição das igrejas neopentecostais para a propagação do que chamaram de “guerra santa”, na qual existe a repulsa pelos candomblés, que consideram “casas do diabo”. Estas posturas têm resultado na incriminação do candomblé, da capoeira e outras tradições negras, que afetam os fiéis, cerceando o seu direito quando profissionais marginalizam e excluem essas pessoas da prestação de serviços públicos a que fazem jus (Serra; Pechine; Pechine, 2010)

Silva, Fernandez e Sarcado (2017) também relatam esconjurações e acolhidas provenientes de profissionais cristãos que, ao identificar o praticante pela indumentária,

o cumprimentava com palavras do jargão evangélico, praticando o que as participantes caracterizam como assédio religioso, sendo um fator de adoecimento e uma iatrogenia do sistema de atenção à saúde com relação às questões relacionadas à religiosidade.

4.3 PRÁTICAS DE APROXIMAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E TERREIROS DE CANDOMBLÉ

As práticas de aproximação entre os terreiros de candomblé e as unidades de saúde exprimem uma valiosa articulação no cuidado integral, respeitando os saberes tradicionais e religiosos da cultura afro-brasileira. Essas práticas têm como objetivo estimular a integração entre a medicina convencional e os saberes ancestrais. Os quadros abaixo exemplificam a ocorrência dessas práticas.

Quadro 9 - Práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros

Abordagens	Corpus
Campanhas e eventos	Normalmente quando acontece essas questões de vacinação, não específica para o público de candomblé etc., quando tem qualquer tipo de ação, nós acionamos os ACS, a equipe se reúne, define e passa para os ACS a data, e os ACS vão lá e convocam , e acontecem as ações (G2)
	Aqui a gente já realizou e realiza eventualmente a Feira de Saúde em terreiros de candomblé... a equipe de (localidade) desenvolve algumas atividades com eles, mas são coisas pontuais (G4)
	[...] essas ações de saúde devem ser realizadas fora da estrutura da unidade de saúde, extramuros , como a gente utiliza esse termo. Realizando atividades coletivas na comunidade, às vezes até atividades individuais, mas no território. Isso aí facilitaria bastante essa inter-relação entre os sacerdotes e os profissionais de saúde, as equipes de saúde presentes ali no território (G4)
	Elas vêm tomar a vacina da COVID, da gripe, vem porque a gente passa na casa e pergunta, assim como a gente fala com eles sobre a prevenção do câncer de próstata, fala com elas pra fazer mamografia a partir dos 40, entendeu? Fazer preventivo. Então eles vêm através da orientação da gente, porque eles também sempre frequentaram, né (ACS1)
Atividades integrativas	Lá também no Distrito da Costa, tem uma profissional, que desenvolve atividades com o povo de santo , que é (nome da profissional) [...] (G4)
	[...] Tem uma na minha área mesmo que ela estava problema sério, agora mesmo perdeu o olho e tudo, ela é dona de um terreiro, ela é uma senhora bem idosa, ela é diabética, ela vem aqui fazer os

	curativos, fazer tudo, mas às vezes quando precisa de alguma coisa tem dificuldade, não tem o transporte. Ela também não tem certas condições, aí a gente ajuda como pode, os médicos vão lá, as enfermeiras. Faz os procedimentos todos, eu sempre estou visitando ela (ACS2) A facilidade hoje eu diria que é a comunicação, os meios de comunicação, a própria internet, as redes sociais, hoje a informação está mais fácil para chegar às pessoas, então torna isso um facilitador para mudança do comportamento, não só dos trabalhadores e gestores de saúde, como dos próprios sacerdotes. Hoje todo mundo utiliza a internet, as redes sociais que são pontos assim bastante, que eu vejo como facilitador para que tenha uma interação melhor entre os sacerdotes e os trabalhadores da saúde (G4) (sobre a avaliação das atividades desenvolvidas em conjunto) todas foram avaliadas como positivas inclusive, tanto pelos profissionais, os trabalhadores que atuaram, que atuam nessas atividades eles gostam [...] os adeptos daquela casa, daquele terreiro, eles ficam bastante satisfeitos. Inclusive quando eles começam a associar o que ele tem de leigo, conhecimento leigo dele, como conhecimento científico. Então eles acham isso muito legal. Quando a gente pega, por exemplo, as ações de fitoterapia, eles utilizam muito, muita fitoterapia. Então quando eles veem que o uso da erva cidreira, do alumã, algum fitoterápico dele, alguma planta medicinal dessa tem respaldo científico, eles ficam bastante satisfeitos, eles gostam muito (G4)
--	---

Fonte: Elaborado pelos autores

Os resultados das entrevistas, a respeito das práticas de aproximação entre as unidades de saúde e os terreiros de candomblé nos permitiram separar as ações em duas perspectivas: a primeira das unidades de saúde em direção aos terreiros e a segunda, dos terreiros com relação aos serviços. Ressaltamos que a leitura das falas requer a cautela de compreender que estas ações ainda são pontuais e se dão, em sua maioria, por iniciativa dos atores envolvidos.

O engajamento entre as unidades de saúde e os terreiros de candomblé, estimula práticas inclusivas ao integrar saberes tradicionais e cuidados de saúde e pode ser usado como estratégia de integração social e promoção da saúde coletiva.

Sobre as iniciativas provenientes da APS, identificamos ações estratégicas, como campanhas de educação em saúde, campanhas de vacinação e ações de saúde realizadas nos próprios terreiros. Vale ressaltar que a valorização do uso de ervas medicinais e mutirões de atendimento médico com encaminhamentos integrados, onde as necessidades espirituais e físicas dos pacientes são levadas em consideração, criam vínculos que respeitam a espiritualidade e promovem a saúde integral das comunidades.

Conforme as falas dos entrevistados, G2, G4 e ACS2, as atividades realizadas pelas unidades de saúde com relação aos terreiros são campanhas, feiras de saúde e visita domiciliar. G4 quando perguntado sobre a avaliação de atividades desenvolvidas em conjunto com os terreiros, cita a satisfação dos adeptos do candomblé quando há a integração do conhecimento que ele chama de “leigo” com o científico.

Uma característica das intervenções oriundas das unidades de saúde para com os terreiros é a horizontalidade das ações que em geral são pontuais e baseadas em campanhas, não tendo a possibilidade de se configurarem como uma interface (Rocha, 2018).

Um estudo que analisou formas de cooperação entre terreiros e órgãos de saúde pública em Salvador, Bahia, identificou que, mesmo incipiente, havia uma abertura ao diálogo, impulsionada pela sociedade civil, incluindo lideranças de terreiros e organizações não governamentais (ONGs) ligadas aos movimentos negros (Serra; Pechine; Pechine, 2010). Nos resultados, foi possível compreender que essas iniciativas não avançaram devido à falta de recursos, às limitações de poder e às resistências internas no governo da época. Corroborando os dados deste estudo, as ações consideradas bem-sucedidas, foram as feiras de saúde realizadas nos terreiros, que ofereciam serviços e informações ao público, vacinação, orientações sobre problemas de saúde, pesagem de crianças, atendimento odontológico, dentre outros (Serra; Pechine; Pechine, 2010).

Ainda sobre as possibilidades de interação entre o SUS e as comunidades de terreiro, Flor do Nascimento e Silva (2023) destacam a importância de elementos que auxiliem na implementação da PNSIPN, tomando como base experiências exitosas para só então, estabelecer vínculos com as comunidades que vivenciam as religiões de matrizes africanas. Uma experiência de atuação entre as religiões de matrizes africanas e o SUS a nível nacional, se deu a partir das iniciativas da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (Renafro), um movimento composto por adeptos das diversas religiões de matrizes africanas e ameríndias, gestores, profissionais e pesquisadores da área da saúde, e representantes da população negra, dentre outros, que fomenta atividades e capacitações no Brasil que visam a interação entre o SUS e as comunidades afro-religiosas, valorizando saberes e contribuindo para a consolidação da integralidade no SUS (Flor do Nascimento, Silva,

2023).

O estudo de Rocha (2018) identificou a existência de relações de cuidado entre trabalhadores da saúde e adeptos das religiões afro-brasileiras, mas chama atenção para a possibilidade destas relações adquirirem configurações hierarquizadas e colonizadoras, beneficiando apenas os serviços, como no caso do combate às enfermidades.

A parceria entre o SUS e os terreiros é uma demanda da atualidade e, desde que não retire a autonomia das comunidades afro religiosas e nem as colonize, pode fornecer para o SUS o aprendizado de estratégias de acolhimento e cuidado, que já são estabelecidas no contexto das práticas das religiões afro-brasileiras (Flor do Nascimento, Silva, 2023).

As iniciativas provenientes dos terreiros derivam do reconhecimento dos limites da atuação espiritual nos problemas de saúde que envolvem o corpo do indivíduo e identificação da necessidade de encaminhamento para a medicina tradicional. Essa prática é descrita pelos sacerdotes como respeitosa e de valorização dos conhecimentos científicos da medicina ocidental e manutenção do tratamento através dos saberes ancestrais.

Nos terreiros, os líderes espirituais (babalorixás e yalorixás) têm uma compreensão das questões que podem ser tratadas no âmbito espiritual e das que requerem intervenção médica convencional, esse discernimento é embasado em práticas observacionais, diagnósticos espirituais (jogo de búzios) e no aprendizado reunido ao longo dos anos. Esta forma de condução do tratamento também foi descrita por França, Queiroz e Bezerra (2016) quando afirmam que para os sacerdotes do Candomblé, o adoecimento espiritual ou emocional impacta o corpo físico, tornando essencial a busca por atendimento médico.

No Quadro 10, os líderes espirituais relatam que orientam os membros a buscarem o sistema de saúde formal sem abandonar a fé, fomentando a ideia de que o cuidado médico e espiritual é complementar. Essa articulação é um exemplo de diálogo intercultural e inter-religioso direcionada para a promoção do bem-estar integral.

Quadro 10 – Reconhecimento dos limites da espiritualidade

Abordagens	Corpus
Limite da espiritualidade	Mas se for uma doença carnal, a gente acompanha todo o processo no médico pra poder colocar essa pessoa boa [...] E se tem a necessidade do homem, dos médicos, nós vamos acompanhar essa pessoa e ver o que se faz no lado espiritual (S2)
	Porque tem muito tipo de doença que a gente cura, quando chega aqui que a gente vê, quando chega na minha casa, que eu vejo que não é o caso de eu cuidar eu encaminho para a saúde (S1)
	[...] a gente tem que cuidar no candomblé e mandar para o centro de saúde pra cuidar do lado material... a gente tira o espiritual, e o material manda pra saúde pra o centro de saúde pra tirar o que é de ruim (S4)
	Porque o candomblé é o candomblé, a gente trabalha de um jeito e o posto de saúde trabalha de outro , e aí vamos em frente [...] porque o posto é uma coisa, é pra doenças, pra alguma coisa que aconteceu na vida da pessoa, bom. E o candomblé já é outra coisa diferente (S3)
	Se a gente ficasse verificando as questões das doenças crônicas, diabetes, pressão alta. Porque como eu disse, eles não procuram. Quando estão bem mais, quando passam mal, eles procuram como paciente (G2)

Fonte: Elaborado pelos autores

Para França, Queiroz e Bezerra (2016), nas religiões de matriz africana, o axé é a força vital presente em todos os elementos da natureza, seu equilíbrio é essencial para a saúde, sendo fortalecido por ervas e ritos que restauram a energia e promovem o bem-estar. A doença está associada a um desequilíbrio resultante de energias ruins, o que faz com que os sacerdotes entendam as limitações da atuação do trabalho espiritual na saúde dos adeptos e que este tipo de atenção não substitui o atendimento médico.

No estudo de Lages (2017), o discurso de lideranças da religião afro-brasileira da Umbanda evidenciou elementos capazes de transferir saberes do universo religioso para o campo político da saúde pública, ao mostrar que eles reconheciam a incompletude dos procedimentos terapêuticos realizados e dos limites de tratamento no terreiro, fazendo o encaminhamento dos filhos da fé para o tratamento médico. Ressaltando que, para os sacerdotes, na fronteira entre a intervenção espiritual e os cuidados da medicina oficial existe a colaboração mútua, pois as práticas não devem se dar de forma excludente.

Considerando o itinerário terapêutico de pessoas que procuram atenção e cuidados à saúde em terreiros de candomblé, os sacerdotes S1, S2, S3 e S4 citaram

as limitações do tratamento espiritual para as questões do adoecimento do corpo físico. Embora as unidades de saúde e o candomblé sigam por caminhos distintos, a condução da doença no terreiro e na unidade de saúde, para os sacerdotes, devem caminhar em paralelo e a busca pela medicina tradicional é incentivada por eles.

Nos terreiros, a busca por saúde leva os praticantes a frequentar as unidades de saúde na vigência do adoecimento, mas o povo santo mantém as práticas espirituais, demonstrando o potencial de colaboração entre esses saberes para um tratamento eficaz e duradouro (Araújo; Repetto, 2016).

Segundo Gomes (2020) e Boccuto, Mor e Teixeira (2022), os terreiros realizam um trabalho intersubjetivo com seus frequentadores e traz a cura como um processo de transformação geral na vida das pessoas. Boccuto, Mor e Teixeira (2022, p.994), acrescentam:

É no convívio cotidiano, permeado pelas festas públicas, rituais fechados, rezas, banhos, iniciações, consultas etc., que são proporcionadas narrativas bem estruturadas para dar sentido aos processos de saúde-doença, trazendo novas possibilidades de rotina e hábitos mais satisfatórios.

Quanto ao reconhecimento dos sacerdotes sobre as possibilidades de atuação na saúde dos adeptos ao candomblé e de que determinadas questões são de outra ordem, tais como físicas ou psicológicas, porém relacionadas à dimensão transcendental e espiritual (Rocha, 2018).

Assim podemos perceber que os terreiros são mais propensos ao reconhecimento da complementaridade dos sistemas, do que o próprio sistema de saúde, conforme demonstrado neste estudo a partir das falas dos participantes.

Rocha, Severo e Félix-Silva (2019) destacam a importância que os profissionais de saúde têm no estabelecimento desta aproximação com os terreiros, sendo necessária a compreensão da cosmologia da religião, para que se possa entender a concepção de saúde e adoecimento deste povo.

Assim, a atuação do profissional de saúde é fundamental para a promoção de uma relação de confiança entre as partes, favorecendo a adesão ao tratamento médico, ao mesmo tempo em que preserva e valoriza os elementos culturais e espirituais que são essenciais para a identidade e a saúde dos adeptos.

Portanto, o fortalecimento do diálogo e da cooperação entre terreiros e

unidades de saúde não apenas amplia o acesso e a qualidade do atendimento, mas também contribui para a construção de um sistema de saúde mais plural e equitativo.

4.4. POTÊNCIAS E A IMPLICAÇÃO DE PRÁTICAS DE APROXIMAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E TERREIROS DE CANDOMBLÉ

A articulação entre os terreiros e as unidades de saúde consente o potencial terapêutico de práticas como o uso de plantas medicinais, rituais de purificação e suporte espiritual, que podem contribuir para o equilíbrio biopsicossocial dos indivíduos, assim como permite a adesão a tratamentos de saúde convencionais. Além disso, iniciativas que formalizam parcerias entre terreiros e unidades de saúde, incluindo capacitações interculturais para profissionais, podem abrandar barreiras como o racismo religioso e ampliar o acesso da população a cuidados integrais. Essas potências são exemplificadas no Quadro abaixo:

Quadro 11 – Potências e implicações das práticas de aproximação entre unidades de saúde e terreiros de candomblé

Abordagens	Corpus
Potências	[...] porque se a gente cura, os médicos também curam (S1) Se tivesse, seria um apoio pra gente do candomblé... porque tem as nossas ervas, tem nossas folhas, insabas, mas também necessitamos de um curativo de um posto médico, de uma enfermeira que entre dentro do candomblé, que venha atender, as vezes a gente está com uma pessoa recolhida, não pode passar, não pode entrar em um posto médico, não pode passar em encruzilhada. Mas se no posto médico tivesse uma enfermeira que viesse no terreiro pra fazer um curativo, aplicar uma injeção seria maravilhoso. Mas nós não temos (S2) [...] Atenção Primária à Saúde, o foco dela é o território, e o território é dinâmico, o território você não pode só definir os espaços, eu só vou na escola, eu só vou na associação, tudo que faz parte do território, tudo que faz parte das crenças das famílias do território adscrito deve fazer parte do cuidado que vai ser estabelecido (G3) A primeira sugestão é o profissional da Atenção Primária à Saúde, ele tem que conhecer o território. É a primeira ação. Então na hora que ele parte pra conhecer o território, ele forçosamente vai conhecer os equipamentos religiosos do seu território. É uma das premissas da Atenção Primária à Saúde, principalmente da Estratégia da Saúde da Família, é você identificar lideranças daquele território. Quem são as lideranças? Lideranças políticas, lideranças comunitárias, lideranças

	religiosas e manter uma relação com essas lideranças. (G4) [...] Já que deu certo com outros grupos porque não daria certo com o pessoal que é da religião candomblecista? Matriz africana. Seria o mesmo processo que foi com os outros grupos. Chegar junto com os agentes comunitários de saúde, convidá-los para um evento aqui na unidade de saúde, eu acho que se for do interesse deles, acredito que seja, eles viriam com maior frequência (NS1) [...] Trabalhando com os profissionais, desconstruindo essa questão do que a gente sabe o profissional é católico, é evangélico, e a gente sabe que profissional de saúde não deve se vestir de vestimenta nenhuma. Ele tem que se desconstruir, e que precisa atender o usuário, independentemente do que ele seja, do crédulo religioso, da orientação sexual, eu acho que é isso que a gente está aqui pra cumprir o nosso papel (NS2) [...] seria muito mais fácil, eles trabalharem pela saúde do povo, de interagir para saúde do povo, e dele não ficar naquela que só ele sabe das coisas (S4) [...] a facilidade é que seria mais um grupo para ser acolhido na unidade, e fazer discussões que muitas vezes não é feito pelo preconceito que eles sofrem. Então trazia pra próximo da unidade, trazia vários profissionais, a gente poderia fazer atividades, rodas de conversa, e com certeza iria desmistificar, e seria um povo mais acolhido, em relação ao grupo, mas de modo geral são todos assistidos (G1) Dificuldade eu não vejo que exista, às vezes assim, a questão do preconceito institucional que existe, entretanto, a gente sabe que nós somos profissionais de saúde e precisamos desconstruir tudo aquilo que a gente traz como crédulo religioso, e atender a população de um modo geral, sem preconceito, assim como preconiza, sem preconceito, sem discriminação e eu acho que o objetivo é esse. Deve ser dessa forma (NS2) [...] eu acho até que a Política da População Negra, ela traz muito isso da questão de enquanto gestão, a gente disparar informes, documentos, CI's, coisas que sensibilizem as unidades de saúde a fazerem essas atividades de promoção à saúde em qualquer espaço (G3) Se a gente começar a pensar em ações, seria interessante porque normalmente eles não buscam (G2)
Implicações	[...] seria interessante está acompanhando as pessoas nas condições de saúde deles, pra ver se não tem diabetes, pressão alta (G2) Acho que poderia ser melhor sim, a comunicação iria fluir bem com o povo, que muitas vezes sofre de preconceitos, no atendimento, na forma de abordagem, que se a gente aproximar vai haver um diálogo, desmistificar muita coisa e com certeza a relação seria bastante proveitosa porque aproxima de fato os profissionais da unidade de saúde com o povo de terreiro de candomblé (G1) [...] o aprendizado seria mútuo. Os profissionais de saúde teriam muito a aprender com as práticas de saúde do povo de candomblé, e juntar com o conhecimento científico deles [...]. Por outro lado, o povo santo passaria a ter mais conhecimento científico das práticas que ele ouviu da mãe dele, que o avô fazia, que a tataravó fazia [...]

	(G4)
	Porque poderia muito bem se dar muito bem, porque de qualquer maneira tanto candomblé, como o povo da saúde a gente trabalha em prol de que? Dá saúde para as pessoas. Pequenos, grandes, ricos, pobres, preto, branco, mameluco, todos, né isso? Então seria muito mais fácil para eles. Conhecer de folhas, conhecer de raízes, conhecer dessas coisas para poder adiantar o lado da ciência (S4)
	A facilidade seria realmente aproximar mais um povo, mais um grupo para nossa unidade trabalhar em conjunto (G1)
	[...] a produção do cuidado depende muito de todas as dimensões que fazem parte do usuário, e a espiritualidade é um deles. Então os estudos mostram que os itinerários terapêuticos muitas vezes eles iniciam com a fé da pessoa. (G3)
	[...] eu acho que seria benefícios inúmeros para o usuário, e também para o profissional, porque você ver a evolução de um usuário, ele poder contar com todas as dimensões que fazem parte dele pra você traçar um cuidado, é um ponto muito positivo (G3)

Fonte: Elaborado pelos autores

A cultura afro-brasileira, especialmente o candomblé, atribui caráter sagrado e poderes curativos aos alimentos e plantas, reconhecendo neles a energia vital que sustenta a vida e promove a conexão espiritual (Boccuto; Mor; Teixeira, 2022).

Sob o mesmo ponto de vista, Matos (2019) relata que as religiões afro-brasileiras possuem concepções únicas sobre saúde e doença, com modelos de cuidado que impactam positivamente a qualidade de vida de seus adeptos.

Sobre estes aspectos, Rocha (2018), em seu estudo sobre a interface entre os terreiros e a eSF, apreendeu que questões relacionadas às doutrinas, símbolos e práticas de cuidado em saúde das religiões de matrizes africanas não são consideradas como questões de saúde, pois para os atores que controlam as práticas de cuidado em saúde, é desnecessária a proposição de terapêuticas específicas a essas populações, já que tratar a todos igualmente já seria suficiente.

Conforme apresentado, o desconhecimento do território também foi apontado por Rocha (2018) como um dificultador desta interface entre terreiro e unidades de saúde, pois os profissionais relataram saber sobre a existência de um terreiro em sua área de abrangência, mas confessaram que não dialogavam com o terreiro nem desenvolviam atividades e intervenções específicas com esses povos, pois acrescentaram que todos eram atendidos de forma igual sem distinção entre eles.

A construção de políticas públicas que possibilitem a integração dos terreiros ao SUS, parte do princípio do reconhecimento do racismo no processo de adoecimento da população negra no Brasil, pois o que se combate nessas práticas é

a origem africana destas religiões, e a sua demonização faz com que sejam um inimigo a ser combatido (Flor do Nascimento, Silva, 2023).

Na perspectiva do terreiro, as terapêuticas tradicionais são entendidas por seus adeptos como complementares e corroboram com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, quando se referem à racionalização de ações em saúde, estimulando alternativas inovadoras que contribuam ao desenvolvimento sustentável de comunidades (Alves; Seminotti, 2009).

Preza-se pela efetiva aproximação entre o Candomblé e as eSF's, com desenvolvimento de atividades em conjunto. Isso colabora para desmistificar a imagem do povo de terreiro, uma vez que, a proximidade pode criar vínculo, possibilitando o acompanhamento das condições de saúde, integrando os saberes e garantindo um cuidado contínuo, holístico e resolutivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a aproximação e o distanciamento entre os terreiros de candomblé e a APS na produção do cuidado em saúde evidenciou uma dinâmica complexa de articulações que refletem tanto avanços quanto lacunas nessa integração de saberes. A aproximação existe, porém muito frágil e dispersa.

Identificar as ações colaborativas entre gestores, profissionais de saúde da APS e líderes religiosos permitiu compreender como os diálogos intersetoriais podem contribuir para um cuidado mais inclusivo, integral, equânime e culturalmente sensível. Essas articulações envolvem a necessidade de valorização dos saberes tradicionais, esforços para superar barreiras de preconceito, ao mesmo tempo em que evidenciam a necessidade de políticas públicas mais robustas e específicas, a formação profissional, além de educação permanente para promover uma integração efetiva e equitativa entre os sistemas de saúde convencionais e os terreiros.

Por outro lado, existe a necessidade não só da existência de políticas, mas de engendramento da política na gestão, avaliação e monitoramento dos serviços de saúde.

Salientamos os desafios e potencialidades na aproximação entre os terreiros de candomblé e os serviços de saúde na atenção primária, destacando a necessidade de um sistema de saúde mais abrangente e sensível às especificidades culturais e religiosas. O modelo de atenção à saúde vigente ainda é discriminatório e excludente, o que favorece o alijamento dos terreiros de candomblé, evidenciado pela ausência de um plano de gestão que contemple essas instituições como parceiros estratégicos e pela invisibilidade dos terreiros nas políticas e práticas de saúde. Essa exclusão perpetua desigualdades e marginaliza saberes ancestrais fundamentais para a promoção de uma saúde integral e equitativa.

O preconceito é uma categoria transversal que influencia diretamente no alijamento, no distanciamento entre as unidades e os terreiros, além de fragilizar a aproximação que se torna dispersa e pontual. Ele opera através da história, da cultura, das práticas dos profissionais de saúde, dos silenciamentos e de forma individual ao nível das crenças pessoais.

Juntos, esses elementos colaboram para a negação de direitos ao dificultar o acesso do povo santo ao sistema de saúde, vulnerabilizando diretamente a população negra.

Apesar de prevista na PNAB, a fragilidade de compreensão da religião de matriz africana produzida pelos interesses do Estado nos profissionais quanto ao território onde atuam e a insuficiência de práticas de saúde direcionadas aos terreiros são atitudes normalizadas no cotidiano dos serviços, ampliando a fragilidade destas relações.

Além disso, as práticas de distanciamento entre os terreiros e os serviços de saúde são sustentadas por barreiras culturais e religiosas que desvalorizam os saberes tradicionais, reforçando o modelo biomédico hegemônico. Este modelo, frequentemente centrado no cuidado tecnicista e fragmentado, ignora a integralidade que é essencial para as comunidades de candomblé. A formação dos profissionais de saúde, voltada majoritariamente para esse paradigma, desconsidera a importância da interculturalidade, dificultando a produção de cuidados mais abrangentes e humanizados, o que resulta na resistência quanto à aceitação de saberes tradicionais e sua integração com as práticas convencionais.

Por outro lado, as práticas de aproximação entre os terreiros e os serviços de saúde demonstram o potencial transformador do engajamento comunitário e de práticas inclusivas. A realização de ações no território, exemplifica como as unidades podem adaptar suas atividades para atender melhor às necessidades locais. Essas iniciativas, embora pontuais, indicam que é possível construir relações de confiança entre as comunidades religiosas e os profissionais de saúde, desde que haja um esforço conjunto para superar preconceitos e promover o respeito mútuo.

As perspectivas de aproximação advêm do fortalecimento de políticas públicas bem como da educação continuada dos profissionais para lidar com a diversidade cultural e religiosa. O uso de tecnologias de comunicação, como redes sociais, também se apresenta como uma ferramenta para facilitar o diálogo e ampliar o alcance das ações de saúde. A construção de uma relação mais próxima entre os terreiros e o sistema de saúde exige um compromisso institucional e profissional com a equidade e o respeito à pluralidade de saberes.

Esse estudo contribui com a produção de conhecimento nesta área, uma vez que a aproximação é importante para a produção de cuidado, especialmente na APS. Este tema é essencial para ampliar a perspectiva intercultural no SUS, combatendo o racismo estrutural e a exclusão histórica das religiões de matriz africana nos processos de cuidado. Além disso, ao abordar a necessidade de articulação entre gestores, profissionais de saúde e lideranças religiosas, o estudo oferece subsídios

para a construção de políticas públicas mais inclusivas, equitativas e culturalmente sensíveis, promovendo a integralidade e a humanização do cuidado.

O município de Camaçari poderá se beneficiar de orientações práticas de como promover essa aproximação, tendo subsídios empíricos para implementação de estratégias que visem estabelecer esta relação, reconhecer a importância das religiões de matriz africana como espaços de cuidado, conforme preconizado nas políticas, instituir as práticas tradicionais dos terreiros como complementares às estratégias de saúde pública no território, reduzir barreiras socioculturais e religiosas no acesso aos serviços de saúde e estimular a participação comunitária com base na interculturalidade.

Destacamos como limitações deste estudo a escassez de estudos atuais para discussão da temática, uma vez que a maioria dos artigos relatam questões sobre as práticas de saúde no ambiente dos terreiros, poucas são as referências que discutem a interação/ inter-relação dos terreiros com os serviços de saúde.

A aproximação entre terreiros de candomblé e APS representa uma estratégia crucial para a promoção da saúde e bem-estar das comunidades afro-brasileiras. A escuta ativa dessa população, aliada à promoção da participação e controle social, é fundamental para a construção de um modelo de cuidado que respeite e valorize as práticas culturais e as necessidades específicas dos indivíduos. A implementação de políticas públicas que integrem saberes tradicionais e conhecimentos científicos pode facilitar a co-produção de cuidados, garantindo que as intervenções em saúde sejam mais efetivas e sensíveis ao contexto sociocultural dos praticantes do candomblé.

Assim, a aproximação entre os terreiros de candomblé e os serviços de saúde é um campo rico em desafios e viabilidades. Transpor as barreiras históricas e culturais que separam essas instituições requer não apenas mudanças estruturais no modelo de atenção, mas também uma transformação profunda nos valores que norteiam o cuidado. Somente com um sistema de saúde que valorize a interculturalidade e reconheça os terreiros como espaços de saber e cuidado será possível alcançar a integralidade e a equidade na atenção à saúde.

A construção da nota técnica e do projeto de intervenção transcendeu a mera exigência curricular do Mestrado Profissional em Enfermagem, configurando-se como uma contribuição significativa para a prática profissional e a melhoria da qualidade do

atendimento em saúde.

A nota técnica foi elaborada com o intuito de sintetizar e disseminar conhecimentos atualizados, oferecendo diretrizes práticas que podem ser aplicadas no cotidiano dos profissionais de enfermagem.

Por sua vez, o projeto de intervenção foi desenvolvido para abordar questões específicas identificadas na prática clínica, propondo soluções inovadoras e efetivas que visam aprimorar os processos de cuidado. Assim, ambos os produtos não apenas atendem aos requisitos acadêmicos, mas também refletem um compromisso com a transformação e a inovação na área da enfermagem, promovendo um impacto positivo na saúde da população.

Como resultante da vivência com o GAHE durante o mestrado foi lançado o livro *Espaços Sagrados e de Cuidado no Candomblé*, que apresenta experiências práticas nas quais os ritos e saberes ancestrais são preservados e vivenciados. A obra constitui um importante recurso educativo, direcionado a profissionais, estudantes e à sociedade em geral, proporcionando uma compreensão aprofundada sobre a relevância desses espaços na promoção do cuidado, da espiritualidade e da transmissão de conhecimentos tradicionais (ANEXO B).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B. T. F.; GONDINHO, B. V. C. A política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) e seus aspectos econômicos: uma revisão integrativa sistematizada. *J Manag Prim Health Care*, Uberlândia, v. 15, n. especial, e017, 2023. DOI 10.14295/jmphc.v15.1351. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1351>. Acesso em: 12 ago. 2023.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 244-260, set. 2018. Número especial. DOI 10.1590/0103-11042018S116. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2023.
- ALVES, A. R. et al. Aplicação do processo de Enfermagem: estudo de caso com uma puérpera, *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 60, n. 3, Jun. 2007. DOI: 10.1590/S0034-71672007000300019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LXdnQ8SLQ5xCvflGD8VZpJR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.
- ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, p. 85–91, 2009. DOI 10.1590/S0034-89102009000800013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5kPYtSvZcwC43qFyYGvN5pQ/>. Acesso em: 16 set. 2024.
- ARAÚJO, C. E. de. *Xamanismo hoje: diálogos com uma sabedoria arcaica*. 2022. 149 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Natal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/47219>. Acesso em: 4 set. 2023
- ARAÚJO, K. A.; REPETTO, M. A busca por saúde e a construção de itinerários terapêuticos em terreiros de candomblé na cidade de Boa Vista/RR. *Textos e Debates*, Boa Vista, v. 2, n. 30, 2016. DOI: 10.18227/2317-1448ted.v2i30.4070. Disponível em: <https://revista.ufr.br/textosedebates/article/view/4070>. Acesso em: 28 nov. 2024.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2024.
- BARBOSA, I. P. B. et al. Significados das práticas de cuidado em saúde no ritual de iniciação do candomblé de Ketu. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 39, n. 1, p. 95-112, jan./jun. 2018. DOI: 10.5433/1679-0383.2018v39n1p95. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sem/v39n1/a09.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude soc.*, v. 11, n. 1, p. 67–84, jan. 2002. DOI: 10.1590/S0104-12902002000100008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/>,. Acesso em: 14 dez. 2024

BOCCUTO, D. P. P.; MOR, A. C. M. B. L.; TEIXEIRA, D. V. O sistema cultural de saúde biomédico em perspectiva na comunidade Ilé Alákétu Asè Ifá Omo Oya. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 989–998, mar. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022273.39042020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WDBHV988S5dxc8pYFBwdSss/?lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2023.

BOHRER, R. S. Motivação: abordagem crítica da teoria de Maslow pela propaganda. *Rev. adm. empres*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 43-47, 1981. DOI: 10.1590/S0034-75901981000400004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/3p837SSrMsZg5rHPNPmnbBB/?lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2023.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016*: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3ed.pdf. Acesso em: 7 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 580, de 22 de março de 2018*: estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 715, de 20 de julho de 2023*: dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023>. Acesso em: 6 jun. 2024.

BRASIL. *Atenção Primária*. Ministério da Saúde. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024*. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Brasília: Presidência da República, 2024b.

CAMAÇARI (BA). *Relatório Anual de Gestão do município de Camaçari-BA*. Prefeitura Municipal de Camaçari, 2022.

CASARIN, S. T.; PORTO, A. R. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. *J. Nurs. Health*, v. 11, n. 2, e2111221998, 2021. DOI: 10.15210/jonah.v11i4.21998. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>. Acesso em: 6 jun. 2024.

CASTANEDA, L. *O cuidado em saúde e o modelo biopsicossocial: aprender para agir*. *CoDAS*, v. 31, n. 5, p. e20180312, 2019. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/>. Acesso em: 12 set. 2024.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife:

[s.n.], 2015. Disponível em :
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf.
 Acesso em 12 jan 2025

CENTRO DE ESTUDOS AFRO-ORIENTAIS. *Mapeamento dos Terreiros de Salvador*. 2024. Disponível em: <https://terreiros.ceao.ufba.br/>.

COHN, A. (Org.). *Saúde da Família e SUS: Convergências e Dissonâncias*. 2009.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999.

CONTEÚDO aberto. *WIKIPEDIA*, a enciclopédia livre. Disponível em:
https://pt.wikipedia.org/wiki/Conte%C3%BA_aberto. Acesso em: 20 maio 2023.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Future Studies, 1991.

DIAS, L. C.; CAETANO, E. Sabedorias Ancestrais de Cura: Atenção, cuidado e solidariedade entre povos e comunidades tradicionais. In: ANAIS PRINCIPAIS DO SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO (SEMIEDU), 29., 2021, Cuiabá. *Anais [...]*. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2021. p. 2627-2636. Disponível em: <https://sol.sbc.org.br/index.php/semiedu/article/view/20360>. Acesso em: 12 out. 2023.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em
<https://www.dicio.com.br/alijamento> Acesso em: 24 mar 2025.

ELIAS, M. L. G. G. R.; SARTORI, Viviane; ALMEIDA, Iara Carnevale de. *Entrevistas semiestruturadas na captura, construção e compartilhamento do conhecimento em projetos de extensão universitária*. Anais do Congresso Internacional de Conhecimento e Inovação, v. 1, n. 1, 2021.

FARIAS, L. P. da S. Os povos tradicionais de terreiros e as políticas públicas governamentais face à ascensão dos neopentecostais aos cargos eletivos no Brasil. *Revista Inter-Legere*, [S. l.], v. 6, n. 37, p. c32019, 2023. DOI: 10.21680/1982-1662.2023v6n37ID32019. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/32019>. Acesso em: 24 nov. 2024.

FERNANDEZ, J. C. A.; SILVA, R. A. da; SACARDO, D. P. Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1058–1070, out. 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170757. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VWg43ZLDFKvDBJZKBL86WNr/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2024.

FERTONANI, H. P.; et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2024.

FLOR DO NASCIMENTO, W.; SILVA, J. M. da. A Saúde desde os Terreiros:

desafios da política nacional de saúde integral da população negra na perspectiva das religiões de matrizes africanas. *Revista Calundu*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 5–18, 2023. DOI: 10.26512/revistacalundu.v6i2.46421. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistacalundu/article/view/46421>. Acesso em: 28 jan. 2024.

FRANÇA, M. M. L. de; QUEIROZ, S. B. de; BEZERRA, W. C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 105–116, 2016. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAO0583. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1136>. Acesso em: 28 jan. 2024.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 84. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2019.

GIL, A.; SOUSA, F.; MARTINS, M. M. Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso – Estudo de Caso. *Rev Port Enf Reab*, Porto, Portugal, v. 3, n. 2, p. 27–35, 2020. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/61>. Acesso em: 14 fev. 2024.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, ago. 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00029818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 2, p. 57–63, mar. 1995.

GOMES, M. A. CRAS e intervenção psicopolítica: os terreiros como lugar de pertença, acolhimento e resistência política. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 20, n. 47, jan./abr. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549x2020000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2023.

IBGE. *Panorama Brasil: dados censitários – 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10065/0>. Acesso em: 01 mai. 2023.

IBGE. *Panorama Camaçari: dados censitários – 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>. Acesso em: 01 mai. 2023.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist. ciên. saúde-Manguinhos*, v. 8, n. 1, p. 49–69, mar. 2001. DOI: 10.1590/S0104-59702001000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/wbJxmgrpRcpNXYjChnxzVWps/?lang=pt>. Acesso em: 01 mai. 2024.

LAGES, S. R. C. Saúde da população negra: A religiosidade afro-brasileira e a

saúde pública. *Psicologia Argumento*, [S. l.], v. 30, n. 69, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/23295>. Acesso em: 4 dez. 2024.

LEAL, M. do C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.03942018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.

LIMA, V. C. *A família de santo nos candomblés Jêjes-Nagôs da Bahia*. 2. ed. Salvador: Corrupio, 2003. 216 p.

LOPES, C. de S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. e00005020, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00005020. disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WwQjPXP47HByZVtpHvvZXBh/>. Acesso em: 12 out. 2024.

MAGALHÃES, P. G. de. *Religião, racionalidade e representatividade: uma análise do comportamento normativo perante as religiões afro-brasileiras*. 2022.

MARINHO, P. M. DE C. Intolerância religiosa, racismo epistêmico e as marcas da opressão cultural, intelectual e social. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 489–510, maio 2022. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/se/a/7nwNP6t5HpR4YhyWL64hbFp/> Acesso em: 15 jan.2025

MATOS, C. C. S. A. As práticas de saúde no candomblé. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 1, e189911897, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i1.1897. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/1897/1586/8139>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MASLOW, A. H. *Motivación y personalidad*. Madrid: Souza e Santos, 1991.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, V. S.; COSTA, C. S. da; RIBEIRO, R. L. R. Racismo biológico e suas implicações no ensinar cuidar da saúde da população negra. *Revista da ABPN*, Curitiba, v. 7, n. 16, p. 190–213, 2015. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/104>. Acesso em: 17 out. 2023.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc saúde coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000100014. disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjntqrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>. acesso em: 08 set. 2024.

MENEZES, P. Tipos de Conhecimento. *Toda Matéria*, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/tipos-conhecimento/>. Acesso em: 28 jan. 2024.

MIGUEL, L. F. Violência e política. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 30, n. 88, jun.

2015. DOI: 10.17666/308829-44/2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/HWjmHhdvmgbTkk8qLrwnKzm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2024.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. *Saúde e Transformação*. São Paulo: Hucitec, 2011.

MINAYO, Maria C. S.; COSTA, Ana Paula. *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação*. Aveiro: Ludomedia, 2019.

MONTERO, P. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bBcjM3zp3ZbSSyhhH3ydsTD/?lang=pt#>. Acesso em: 07 mai. 2023.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B.; VILLAS BOAS, M. J. V. B. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 42, set. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/54Jb7N7g37pRMrFHjdJdqXp/?lang=pt>. Acesso em: 03 ago. 2024.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. 2025. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 12 jan. 2025.

NASCIMENTO, A.; PRADE, A.C. K. *Aromaterapia: o poder das plantas e dos óleos essenciais*. Recife: Fiocruz-PE, 2020.

NASCIMENTO, W. F. do. Enterreirando a investigação: sobre um ethos da pesquisa sobre subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 199–208, 2020. DOI: 10.36482/1809-5267.arbp2020v72s1p.199-208. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 set. 2023.

OLIVEIRA, M. A. C. O.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revi. Bras. Enferm.*, v. 66, n. esp., p. 158–164, 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em 02 jul. 2024.

OLIVEIRA, I. de M. Perseguição aos cultos de origem africana no Brasil: o direito e o sistema de justiça como agentes da (in)tolerância. In: *Sociologia, antropologia e cultura jurídicas*. Florianópolis: CONPEDI/UFSC, 2014. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=13d83d3841ae1b92>. Acesso em: 03 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/eclaração-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 17 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/OMS. *Atenção primária à saúde*. Genebra: OPAS/OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 17 ago. 2023.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (eds.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 1097. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 12 nov. 2023.

PAIM, J. A. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N., organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAULO FRANCO, G. As religiões de matriz africana no Brasil: luta, resistência e sobrevivência. *Sacrilegens*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 30–46, 2021. DOI: 10.34019/2237-6151.2021.v18.34154>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/34154>. Acesso em: 15 dez. 2024.

PAZ, C. E. et al. Plantas medicinais no candomblé como elemento de resistência e cuidado à saúde. *Rev cuba plant med*, v. 20, n. 1, p. 25–37, jan.-mar. 2015. Disponível em: <https://revplantasmedicinales.sld.cu/index.php/pla/article/view/201>. Acesso em: 12 jul. 2023.

PEREIRA, J. R.; SANTOS, J. V. P. D.; OLETO, A. D. F. “Eu respeito seu amém, você respeita meu axé?”: um estudo etnográfico sobre terreiros de candomblé como organizações de resistência à luz de um olhar decolonial. *Cad. EBAPE.BR*, v. 21, n. 4, p. e2022–0149, 2023. DOI: 10.1590/1679-395120220149. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/gpxnqSTtQDjCdbSkmt6mJLh/>. Acesso em: 13 set. 2024.

PRANDI, R. Deuses Africanos no Brasil Contemporâneo (introdução sociológica ao candomblé de hoje). *Horizontes Antropológicos*, v. 1, n. 3, p. 10–30, 1995. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000967103>. Acesso em: 26 jul. 2023.

QUIROZ-HIDROVO, A. L.; LARREA-KILLINGER, C.; RODRÍGUEZ-MARTÍN, D. La hegemonía del modelo biomédico desde las representaciones del personal de salud en el contexto de un modelo de atención en salud con enfoque intercultural en Chugchilán, Ecuador. *Saude soc*, v. 33, n. 1, p. e230087es, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230087es. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QgvrWf7mjhjX7wL9SXd3L9L/>. Acesso em 05 mar, 2024.

REGIS, K. E. M. Candomblé e saúde: breve análise sobre as contribuições para o campo da educação em saúde. *Anais I CONGREPICS*, Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/31771>. Acesso em: 24 nov. 2024.

ROCHA, M. B.; SEVERO, A. K. S.; FÉLIX-SILVA, A. V.. O Cuidado em Saúde Promovido pelas Religiões Afro-Brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 43, p. e222817, 2023. DOI: 10.1590/1982-3703003222817. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/S9Md4w6bVkXnHHZvsBDTkWp/> Acesso em 31 de jan. 2025

ROCHA, M. B.; SEVERO, A. K. S.; FÉLIX-SILVA, A. V. Nos batuques dos quintais: as compreensões dos povos de Umbanda sobre saúde, adoecimento e cuidado. *Physis*, v. 29, n. 3, p. e290312, 2018. DOI: 10.1590/S0103-73312019290312. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/rg3WCCnhw5rq95vLNPZk5vC/?lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2024.

ROCHA, M. B. *Nos batuques dos quintais: as interfaces do cuidado em saúde entre religiões de terreiros e equipes de saúde da família*. [Manuscrito] / Matheus Barbosa da Rocha. – 2018. 256 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Piauí, 2018.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 17–31, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012401. Disponível em: 13 set. 2024.

SANTOS, C. J. G. dos. Tipos de conhecimento. *Oficina da Pesquisa* (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Apostila), 2010.

SÁTYRO, N. G. D.; D'ALBUQUERQUE, R. W. O que é um Estudo de Caso e quais as suas potencialidades. *Sociedade e Cultura*, v. 23, 2020.

SERRA ORDEP; PECHINE, M. C. S.; PECHINE, S. Candomblé e políticas públicas de saúde em Salvador, Bahia. *Mediações*, Londrina, v. 15, n. 1, p. 163–178, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/6547/595>. Acesso em: 10 out. 2024.

SILVA, M. A. da. *Candomblé e SUS: diálogos sobre biossegurança nos terreiros*. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, F. A. DA . A história das ciências e os saberes tradicionais. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 24, n. 2, p. 544–546, abr. 2017. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/S0104-59702017000200016> Acesso em 31 jan. 2025

SILVA FILHO, O. C. DA.; MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1991–1992, maio 2020. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.22042019>. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/SYNxXZrX5CyQPZTNR8csJzG/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2025

SILVA, R. A. da; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Para uma “ecologia de saberes” em saúde: um convite dos terreiros ao diálogo. *Interface*, v. 21, n. 63, p. 921–931, out. 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0180. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/R4JfcPKdFKGZYJXP5j5GFHp/?lang=pt>. Acesso em 15 set, 2024

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf epidemiol SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>. Acesso em : 31 jan 2025

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 174–188, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S112> Acesso em: 31 jan 2025

THIENGO, P. C. da S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* Paraná, v. 24, e58692, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483660296015>. Acesso em: 15 set. 2023.

TONG, A.; SAINSBURG, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, v.19, n.6, p. 349-357, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/19/6/349/1791966?redirectedFrom=fulltext> Acesso em: 10 fev. 2015.

VARGAS, M. A. O.; MANCIA, J. R. The importance and earnest of the researcher in pointing out the study limitations. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 72, n. 4, p. 832–833, jul./ago. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-720402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yxZcZVqccCjnLpxKHTMwLvq/?lang=en>. Acesso em: 05 ago. 2023.

VERAS, R. M. *et al.* Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudantis sobre atendimento médico humanizado. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 27, n. 5, p. 1781–1792, 2023. DOI: 10.1590/S0103-7331202333069. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9WpKFGjZ9mvN3DrX39xmzqb/>. Acesso em: 12 out. 2024.

VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. (org.). *Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 240 p.

VIEIRA, M.; LIMA, L. L.; MILAN, M. Metodologia da pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa. In: *Métodos e técnicas de pesquisa para economia criativa e da cultura [recurso eletrônico]*. p. 61–109 (Cap. 2), 2022.

YIN, R. K. *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*. 5. ed. São Paulo: Bookman, 2015. 290 p.

ANEXO A – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMAÇARI



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE
 Rua Francisco Drummond, s/nº - Centro Administrativo CEP. 42.810-400 – Camaçari-BA.
 Telefone: (71) 3621-6824 / 3621-6825 / Fax: (71) 3621-6657
 E-mail: saude.camacari3@gmail.com
 CGC nº: 11.432.780/0001-65

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Luiz Evandro Vargas Duplat, ocupante do cargo de subsecretário da **Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-BA**, autorizo a pesquisadora Tereza Cristina de Oliveira sob orientação do Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida, da Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS, autores do projeto intitulado “Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde.”, a realizar coleta de dados em uma unidade de saúde da família da Costa e uma da Sede, por meio de entrevista semiestruturada com trabalhadores da saúde, gestores das Unidades de Saúde da Família, e sacerdotes de terreiros da área adscrita de cada unidade de saúde, assim como coordenadora da atenção primária à saúde e secretário municipal de saúde.

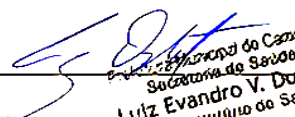
Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/12 e nº 510/16, o projeto somente poderá iniciar, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicita-se que ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.

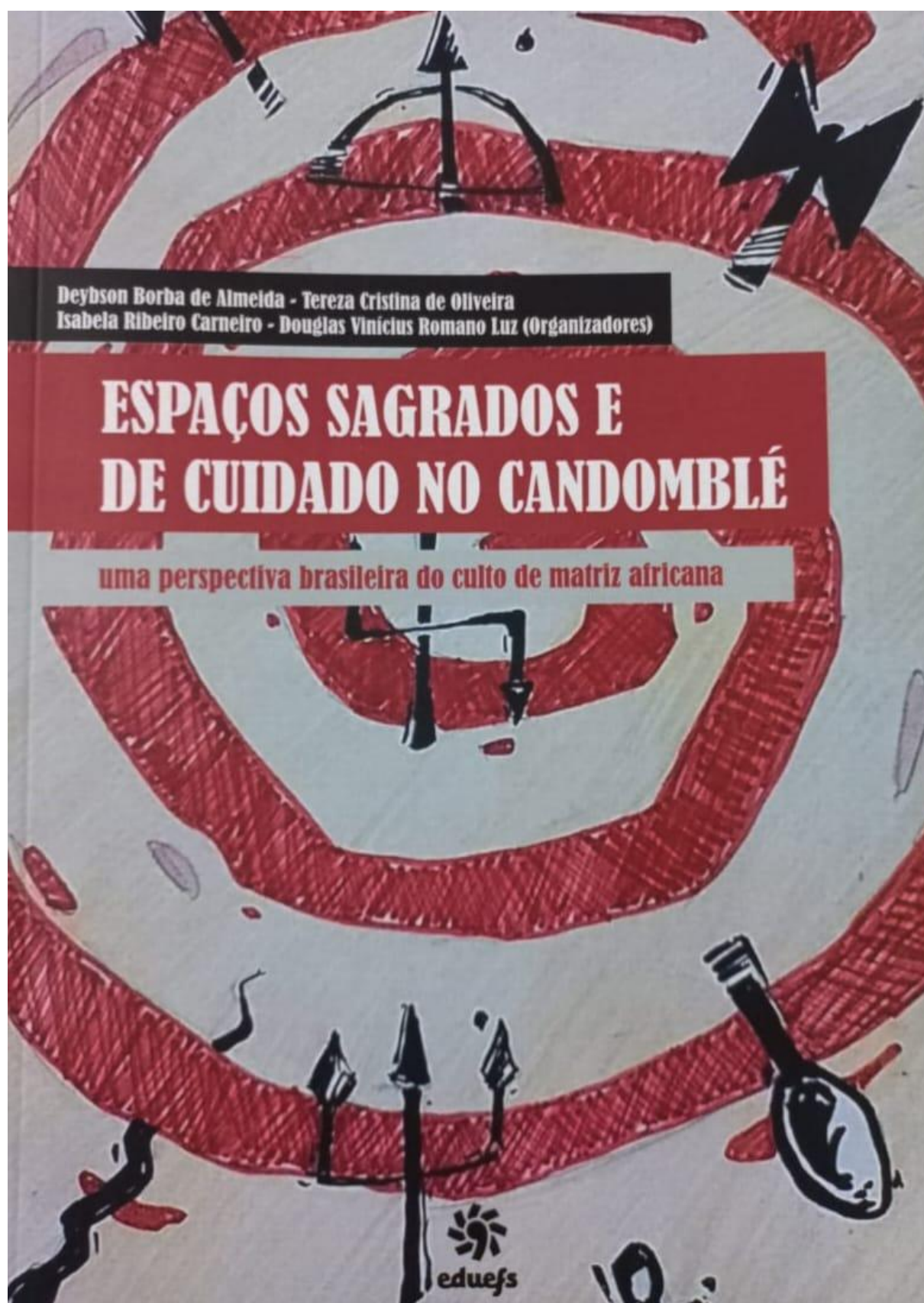
No caso de não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, ____/__/de MAIO de 2024.


 Luiz Evandro V. Duplat
 Sub-Secretário de Saúde

Subsecretário de Saúde - Camaçari-BA

ANEXO B – LIVRO ESPAÇOS SAGRADOS E DE CUIDADO NO CANDOMBLÉ



Deybson Borba de Almeida
 Tereza Cristina de Oliveira
 Isabela Ribeiro Carneiro
 Douglas Vinícius Romano Luz
 Organizadores

ESPAÇOS SAGRADOS E DE CUIDADO NO CANDOMBLÊ
uma perspectiva brasileira do culto de matriz africana

Apoio

Maria Luíza dos Santos Almeida
 Sara Lima Pereira
 Mariane Teixeira Dantas Farias
 Paulo Eduardo Santos Santana
 Lucas lourenço dos Santos
 Radimille Silva de Oliveira
 Tâmara da Cruz Piedade Oliveira



Feira de Santana - Bahia

2024

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Deybson Borba

Eu, Tereza Cristina de Oliveira, discente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) te convido por meio deste para participar da pesquisa intitulada: “Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde”, sob orientação do Prof. Dr. Deybson Borba, o objetivo deste estudo é: Identificar as interfaces entre terreiros e APS no município de Camaçari. A participação na pesquisa é voluntária, se você desejar e consentir em participar, ela será realizada de acordo com a sua disponibilidade e você terá liberdade para marcar a data e horário para a realização da entrevista, na qual poderá ser feita de forma presencial ou remota (Zoom Meeting® da plataforma Zoom One®). Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo consentida a sua participação. O instrumento utilizado para a coleta de dados será uma entrevista semi-estruturada, sendo está uma conversa com um roteiro previamente criado, e as suas falas serão registradas por um gravador portátil. O tempo médio da entrevista é de 30 a 40 minutos. Para garantir a sua privacidade e anonimato na entrevista, você será identificado com um nome fictício (letra e número). As informações colhidas através de sua fala e escrita estarão guardadas sob a responsabilidade do pesquisador responsável e, após cinco anos, estas informações serão descartadas. Os possíveis riscos que estão relacionados a esta pesquisa são: constrangimento, vergonha, desconforto e/ou cansaço durante as entrevistas, “gatilhos” mentais ao resgatar lembranças e reviver sensações; porém, caso ocorra algum evento dessa natureza os pesquisadores deverão promover um diálogo com os participantes, ouvindo atentamente seu relato, esclarecendo que não precisa falar sobre algo caso não se sinta à vontade, e que o mesmo está ali na condição de pesquisador, comportando-se com uma postura extremamente profissional. Caberá também ao pesquisador fazer todos os esclarecimentos solicitados, reforçando a privacidade dos dados e, ainda, a liberdade do participante retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem que haja prejuízo e/ou penalidade. Poderá ainda sugerir uma pausa na entrevista ou até mesmo remarcá-la para uma ocasião mais apropriada, caso perceba que há alguma situação que inviabilize a mesma. O estudo não possibilita riscos físicos, pois não utilizará procedimentos invasivos. Ao participar deste estudo o/a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto, mas ao final desta pesquisa, as informações que ela gerar, poderão trazer benefícios a outras pessoas. Esperamos que este estudo traga contribuições científicas com informações importantes sobre as interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa ser publicado através de artigos ou divulgados em eventos da área da saúde, onde os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto neste termo. Os pesquisadores e os entrevistados não receberão pagamento pela participação nesse estudo.

Pesquisadora

Participante

Caso ocorra algum dano, nós pesquisadores, garantimos o direito a assistência imediata e integral, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, bem como de indenização e ressarcimento caso haja gastos com a realização do estudo por parte dos participantes. Pedimos sua autorização para gravar a entrevista e posteriormente divulgar o trabalho, sem expor o seu nome, em eventos científicos ou revistas. Os pesquisadores se comprometem a apresentar os resultados desta pesquisa no município de Camaçari, artigos científicos, capítulo de livro ou apresentados em eventos científicos bem como enviar uma cópia dos resultados do estudo aos participantes, via e-mail. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa e/ou a sua participação nela, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Tereza Cristina de Oliveira- (71) 99943-2351. E-mail: tecacoliveira@hotmail.com e Deybson Borba de Almeida - (71) 98848-1315. E-mail: dbalmeida@uefs.br. Endereço: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem (GAHE), no seguinte endereço: Campus universitário UEFS, módulo 6, sala MT65, Av. Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, CEP: 44.036.900, Feira de Santana – BA. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS também poderá ser consultado por você caso tenha dúvidas sobre questões éticas na realização deste estudo. O CEP fica localizado na Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, no Módulo 1, MA 17 de segunda à sexta das 13:30hs até às 17:30hs, telefone (75) 3161-8124, e-mail cep@uefs.br. Caso você aceite participar da nossa pesquisa, você pode assinar as duas vias deste termo, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores. Pedimos que salve em seus arquivos este documento, e informamos que enviaremos uma via desse Registro de Consentimento para o seu e-mail. Quando se tratar de uma entrevista realizada em ambiente digital/virtual, a assinatura desse termo poderá ser feita através do aplicativo Gov.br presente em Android e iOS ou o documento poderá ser impresso, assinado, tirado foto legível ou escaneado e enviado por e-mail ou WhatsApp disponibilizado pela pesquisadora, sendo que o participante deverá assinar em todas as páginas do termo, assim como a pesquisadora.

Feira de Santana, ____/____/____

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida
Pesquisador responsável

Camaçari, ____/____/____

Tereza Cristina de Oliveira
Pesquisadora

Camaçari, ____/____/____

Participante da pesquisa

Eu, Tereza Cristina de Oliveira, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS e todos os termos aqui descritos. Declaro ainda que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Camaçari, ____/____/____

Pesquisadora

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA SACERDOTES DE TERREIROS DE CANDOMBLÉ



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde.

Pesquisadores: Tereza Cristina de Oliveira e Deybson Borba de Almeida

1 Perfil dos entrevistados: Sacerdotes de terreiros de candomblé

Número da entrevista	Código de Identificação	Início (Horário)	Término (Horário)	Data
		__ : __ h	__ : __ h	__ / __ / __

Idade:	Escolaridade:
Gênero:	Formação:
Raça: () Branco () Preto () Pardo () Indígena () Amarelo	Estado civil: () Casado () Solteiro () Estável () Divorciado () Viúvo () Separado
Tempo no candomblé:	Tempo na função de sacerdote:
Local de trabalho:	

2- Sobre as interfaces e modelos de produção de cuidado entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores da Atenção Primária a Saúde

- 2.1- Como o senhor vê a saúde nos terreiros?
- 2.2- Quais as práticas existentes nos terreiros?
- 2.3- Existe relação entre terreiros de candomblé e o posto de saúde? Se sim, como o senhor (a) vê essa relação?
- 2.4- As pessoas do posto de saúde já te procuraram para fazer alguma atividade? Se sim, foi planejada com os senhores, foi monitorada ou avaliada? Como foi o contato, qual foi a atividade, com qual frequência, como foi planejada, acompanhada e avaliada?
- 2.5- Existe facilidades na relação entre terreiros e posto? Se sim, quais?
- 2.6- Existem dificuldades na relação entre terreiros e posto? Se sim, quais?
- 2.7- Percebe necessidade de uma relação entre povo de candomblé e posto de saúde? Como seria possível?
- 2.8- Comente sobre possíveis benefícios e dificuldades entre a interação entre posto de saúde e o Candomblé.

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES E TRABALHADORES EM SAÚDE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde

Pesquisadores: Tereza Cristina de Oliveira e Deybson Borba de Almeida

1 Perfil dos entrevistados: Gestores e Trabalhadores em Saúde

Número da entrevista	Código de Identificação	Início (Horário)	Término (Horário)	Data
		: h	: h	/ /

Idade:	Escolaridade e Formação:
Gênero:	Religião:
Raça: () Branco () Preto () Pardo () Indígena () Amarelo	Estado civil: () Casado () Solteiro () Estável () Divorciado () Viúvo () Separado
Tempo na Gestão	Nível de Gestão:

2- Sobre a interação dos terreiros e atenção primária a saúde:

1.1 Existe relação entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores da Atenção Primária a Saúde aqui nessa Unidade/Secretaria de Saúde? Se sim, como o(a) senhor(a) avalia?

1.2 Quais as facilidades e dificuldades?

1.3 Poderia ser melhor? Quais as sugestões?

1.4 Os senhores (as) já fizeram alguma atividade ou estratégia em conjunto? Se sim, qual frequência? Como foi monitorada ou avaliada? Quais impactos tiveram? Teve alguma continuidade? Como?

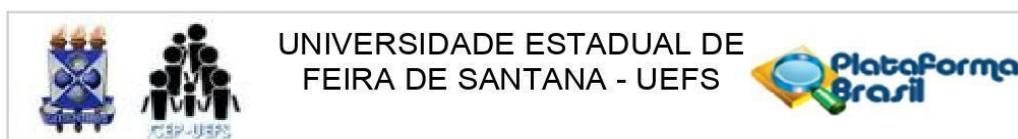
2.6 Gestores - Como o (a) senhor (a) contempla ou insere no seu plano de gestão a necessidade de articulação de equipamentos sociais em especial terreiros de candomblé e a ESF?

2.7 Trabalhadores - Como percebe a gestão do seu processo de trabalho, promovida pela gestão central ou gerente de unidade, com relação a necessidade de articulação de equipamentos sociais e a ESF?

As atividades educativas, são planejadas, executadas e avaliadas? São feitas feiras de saúde? Atividades em grupo? Como é captada essa comunidade para atendimento e vacinação?

2.8 Comente sobre possíveis benefícios e dificuldades entre interface da APS e Candomblé.

APÊNDICE D – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde

Pesquisador: TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 78297224.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.987.222

Apresentação do Projeto:

parecer de terceira relatoria da pesquisa Interfaces entre sacerdotes de terreiros de candomblé, trabalhadores e gestores na produção de cuidado em saúde

Pesquisador Responsável: TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA. CAAE: 78297224.0.0000.0053

Objetivo da Pesquisa:

segue como anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segue como anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide conclusão

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

análise do documento respostaaocepv3.pdf, respostaaocepv3.pdf publicados em 24.07.24 e tclefinal.docx publicado em 06.08.24

Análise do CEP: pendência atendida

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

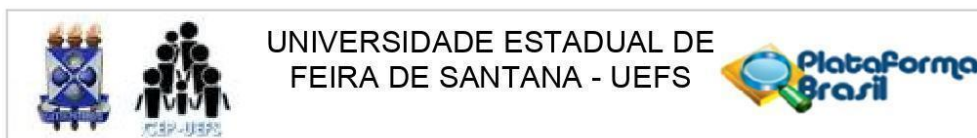
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.987.222

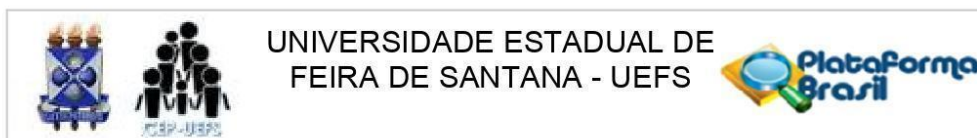
Considerações Finais a critério do CEP:

informo-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclevfinal.docx	06/08/2024 15:14:06	LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2299601.pdf	24/07/2024 09:42:46		Aceito
Outros	respostaaocpv3.pdf	24/07/2024 09:41:51	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronogramav3.docx	24/07/2024 09:41:33	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetov3.docx	24/07/2024 09:41:26	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclev4.docx	24/07/2024 09:40:59	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	projetoterezav3.docx	03/05/2024 10:15:08	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	respostaaocpv3.docx	03/05/2024 10:14:24	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclev3.docx	03/05/2024 10:13:37	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_Pesquisador_Deybson_pdf.pdf	15/03/2024 20:15:34	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaanuencia_tereza_pdf.pdf	15/03/2024 20:14:40	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



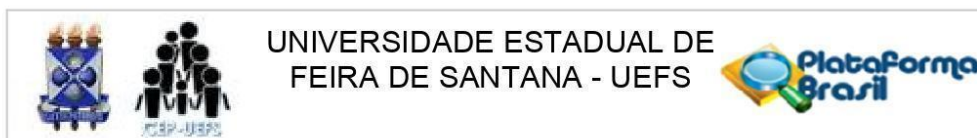
Continuação do Parecer: 6.987.222

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/03/2024 00:43:45	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta.docx	15/03/2024 00:42:10	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	roteiro.docx	15/03/2024 00:41:00	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	roteiro.pdf	15/03/2024 00:40:23	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	15/03/2024 00:39:39	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/03/2024 00:37:48	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/03/2024 00:37:34	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/03/2024 00:37:13	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	15/03/2024 00:37:00	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.docx	15/03/2024 00:36:43	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Declaracao_Pesquisador_Deybson_pdf.pdf	12/03/2024 20:11:34	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	12/03/2024 20:10:18	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta.pdf	12/03/2024 20:07:24	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_Tereza_pdf.pdf	10/03/2024 08:09:41	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tereza_PDF.pdf	07/03/2024 19:54:20	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Tereza_PDF.pdf	07/03/2024 19:32:07	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Tereza_PDF.pdf	07/03/2024 19:22:03	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORES_TEREZA.pdf	07/03/2024 12:05:47	TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 6.987.222

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 06 de Agosto de 2024

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

APÊNDICE E - NOTA TÉCNICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISA EM GESTÃO, AVALIAÇÃO E
HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Tereza Cristina de Oliveira
Deybson Borba de Almeida

NOTA TÉCNICA Nº XXX/2025

Estratégias para a Integração entre os Terreiros de Candomblé e as Unidades de
Saúde no Município de Camaçari: Propiciando Integralidade em Saúde

Feira de Santana
2025

Estratégias para a Integração entre os Terreiros de Candomblé e as Unidades de Saúde no Município de Camaçari: Propiciando Integralidade em Saúde

1. Introdução

Esta nota técnica é o produto da pesquisa de Mestrado Profissional em Enfermagem intitulada: Aproximação e distanciamento entre Terreiros de Candomblé e Atenção Primária à Saúde na produção de cuidado em saúde, realizada na Universidade Estadual de Feira de Santana, em 2025, que teve como objetivo analisar a aproximação entre sacerdotes/ frequentadores de terreiros de candomblé e trabalhadores/gestores na produção de cuidado em saúde.

Por meio desta nota técnica evidenciamos a importância das religiões de matriz africana e o papel dos terreiros de candomblé como espaços de cuidado biopsicoespiritual fundamentado nos princípios de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta nota técnica está amparada nos resultados da pesquisa realizada no município de Camaçari nos meses de setembro e outubro de 2024, foram entrevistados 14 participantes, entre eles sacerdotes de terreiros de candomblé, gestores e profissionais da saúde.

O estudo evidenciou que o alijamento do povo de terreiro de Candomblé das unidades de saúde é resultado de um histórico de preconceito religioso e institucional, que invisibiliza suas práticas e saberes tradicionais. Esse distanciamento é alimentado pelo desconhecimento e estigmatização das religiões afro-brasileiras, além da falta de preparo de profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural e religiosa. No entanto, observou-se que algumas práticas em conjunto vêm ocorrendo de forma pontual, porém as relações entre profissionais, gestores e sacerdotes são bastante frágeis.

Do ponto de vista dos profissionais e dos sacerdotes, as perspectivas de aproximação existem e são desejáveis, sendo necessária a capacitação dos profissionais, a formulação de políticas públicas inclusivas e o fortalecimento do diálogo entre o sistema de saúde e os terreiros, visando integrar saberes tradicionais ao cuidado formal e promover equidade no acesso à saúde.

A aproximação entre terreiros de Candomblé e postos de saúde revela lacunas

significativas, como a ausência de políticas públicas específicas e a falta de reconhecimento dos saberes tradicionais. No entanto, conforme resultados da pesquisa existem potências na aproximação, como a desmistificação das práticas religiosas afro-brasileiras, contribuindo para a desconstrução de estigmas. A promoção de atividades em grupo pode fortalecer a troca de conhecimentos entre profissionais de saúde e membros das comunidades de terreiros, promovendo compreensão e respeito mútuo. Além disso, práticas como o uso de plantas medicinais podem ser integradas ao cuidado em saúde, respeitando as especificidades culturais e ampliando as opções de tratamento. Essa aproximação oferece um modelo de atenção que une saberes tradicionais e práticas científicas, favorecendo o acesso à saúde de maneira mais equitativa e sensível às diversidades culturais.

2. Objetivos

- **Geral:**

Instituir orientações para a aproximação entre os terreiros de Candomblé e os postos de saúde no município Camaçari, objetivando a promoção da saúde integral.

- **Específicos:**

Reconhecer as práticas tradicionais dos terreiros como complementares às estratégias de saúde pública.

Diminuir barreiras socioculturais e religiosas no acesso aos serviços de saúde.

Estimular ações de saúde comunitária com base na interculturalidade.

3. Propostas

3.1. Capacitação dos Profissionais de Saúde

- Desenvolver programas de educação permanente para sensibilizar equipes de saúde sobre as práticas e saberes das religiões de matriz africana, destacando respeito e redução de preconceitos.
- Construir materiais educativos sobre práticas tradicionais (como o uso de ervas medicinais) para profissionais de saúde.

3.2. Mapeamento e Parcerias com Terreiros

- Fazer um censo local para identificar os terreiros e suas lideranças, promovendo parcerias formais entre esses espaços e os postos de saúde.
- Criar um banco de dados municipal para registrar e monitorar as ações

conjuntas.

3.3. Ações de Saúde nos Terreiros

- Implantar campanhas de saúde preventiva (vacinação, rastreamento de doenças crônicas e infecciosas) diretamente nos terreiros, aproveitando a confiança da comunidade nesses espaços.
- Implementar, monitorar e avaliar um projeto de intervenção de um agravo em uma unidade sentinela (Projeto de Intervenção em Saúde da Comunidade).
- Oferecer apoio técnico para a realização de oficinas sobre práticas de autocuidado e uso seguro de plantas medicinais.

3.4. Inserção de Mediadores Culturais

- Capacitar agentes comunitários de saúde para atuarem como mediadores culturais, garantindo que as especificidades religiosas e culturais dos praticantes do Candomblé sejam respeitadas no atendimento.

3.5. Inclusão das Práticas Tradicionais no Planejamento de Saúde

- Integrar os saberes tradicionais dos terreiros às Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), como o uso de fitoterápicos e abordagens terapêuticas naturais.

3.6. Monitoramento e Avaliação

- Instituir indicadores específicos para avaliar o impacto das ações conjuntas na saúde da população, como adesão às campanhas de vacinação e melhorias no acesso aos serviços de saúde.

4. Justificativa Normativa e Técnica

- Fundamentar as propostas nas políticas públicas vigentes, como:
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).
- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).
- Princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade e a equidade.

5. Cronograma de Implementação

- Estabelecer etapas claras de curto, médio e longo prazo para a execução das ações.
- Exemplo:
 - Curto prazo: Mapeamento dos terreiros e capacitação inicial de profissionais.
 - Médio prazo: Implementação das ações de saúde nos terreiros.

- Longo prazo: Monitoramento contínuo e expansão das iniciativas.

6. Considerações Finais

A aproximação entre os terreiros de Candomblé e os serviços de saúde é crucial para a construção de um modelo de cuidado mais inclusivo e alinhado às necessidades da população, especialmente considerando as especificidades culturais e históricas das comunidades afro-brasileiras. Essa integração pode promover o respeito aos saberes tradicionais, ampliando as possibilidades de cuidado e fortalecendo a confiança da população nos serviços de saúde. Além disso, esse processo é fundamental para reforçar o compromisso do município de Camaçari com o enfrentamento ao racismo institucional, ao proporcionar um atendimento mais equitativo e culturalmente sensível. Ao valorizar e incorporar as práticas religiosas e terapêuticas dos terreiros, o município também reafirma seu compromisso com a promoção da diversidade cultural no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo uma abordagem mais holística e acessível às demandas da população negra.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 maio 2023.
- BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 07 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/eclaração/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 07 mai. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-no-sus>. Acesso em: 01 dez. 2024.
- OLIVEIRA, Tereza Cristina de. *Aproximação entre terreiros de candomblé e Atenção Primária à Saúde na produção de cuidado*. 2025. 114f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde/Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem. Feira de Santana, 2025.

APÊNDICE F - PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISA EM GESTÃO, AVALIAÇÃO E
HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Tereza Cristina de Oliveira
Deybson Borba de Almeida

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Prevenção e Mitigação de Agravos em Unidade Sentinela de Terreiro de Candomblé

Projeto de Intervenção: Prevenção e Mitigação de Agravos em Unidade Sentinela de Terreiro de Candomblé

1. Título do Projeto

Prevenção e Mitigação de Agravos em Unidade Sentinela de Terreiro de Candomblé: Estruturação de Ações de Saúde Integrada

2. Justificativa

Os terreiros de Candomblé, como importantes centros religiosos e culturais, têm um papel fundamental na preservação da identidade afro-brasileira e no fortalecimento do bem-estar das comunidades. Contudo, esses espaços enfrentam desafios relacionados à saúde coletiva, como doenças físicas, questões psicológicas e problemas sociais, que afetam diretamente seus membros. Considerando a vulnerabilidade dessas populações, é crucial desenvolver intervenções que articulem as práticas de cuidado tradicionais com as estratégias da saúde pública, respeitando as particularidades culturais e as necessidades dos terreiros. A criação de uma Unidade Sentinela de Candomblé tem como objetivo identificar, prevenir e reduzir os agravos à saúde, promovendo o bem-estar e minimizando riscos, sempre em consonância com os valores religiosos e culturais dessas comunidades.

3. Objetivo Geral

Elaborar, implementar e avaliar um projeto de intervenção em uma Unidade Sentinela de Terreiro de Candomblé, com foco na prevenção e redução de agravos à saúde, combinando conhecimentos tradicionais e abordagens da saúde pública.

4. Objetivos Específicos

- Identificar o principal problema de saúde que afeta os membros dos terreiros de Candomblé.
- Estabelecer uma colaboração entre profissionais de saúde e líderes religiosos para o desenvolvimento de estratégias de cuidado adequadas à realidade da comunidade.
- Proporcionar treinamento para líderes religiosos e membros da comunidade sobre práticas preventivas de saúde.
- Implementar um sistema de monitoramento contínuo para acompanhar a saúde dos praticantes de Candomblé na unidade sentinela.

5. Público-Alvo

Membros de terreiros de Candomblé, como sacerdotes, praticantes e frequentadores, com ênfase particular em grupos vulneráveis, como crianças e idosos.

6. Metodologia

A intervenção será desenvolvida por meio das seguintes etapas:

- Diagnóstico: realização de um levantamento das condições de saúde da comunidade por meio de entrevistas, grupos focais e análise de dados epidemiológicos locais, e escolher 1 agravo.
- Parcerias: formação de parcerias com profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, enfermeiros e nutricionistas, além de líderes religiosos dos terreiros.
- Capacitação: promoção de oficinas voltadas para práticas preventivas do agravo a ser trabalhado.
- Implementação das ações de saúde: execução de atividades preventivas, sempre respeitando e incorporando as tradições culturais.
- Monitoramento e Avaliação: criação de um sistema contínuo de monitoramento dos agravos à saúde, com reuniões regulares para avaliar o impacto das ações implementadas.

7. Ações de Intervenção

- Realização de consultas médicas regulares e encaminhamentos para tratamento, quando necessário.
- Promoção de oficinas, rodas de conversa, escuta qualificada sobre o agravo a ser trabalhado, incorporando práticas terapêuticas em consonância com as tradições culturais do Candomblé.
- Criação concomitante de um ambiente de escuta e acolhimento para as demandas de saúde física e mental, respeitando as crenças e práticas religiosas dos membros da comunidade.

8. Recursos Necessários

- Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais).
- Material educativo (folhetos, cartazes, livros sobre saúde e prevenção).
- Espaço para reuniões e oficinas (que pode ser no próprio terreiro ou em unidades de saúde próximas).
- Equipamentos médicos básicos a depender do agravo a ser trabalhado (termômetros, medidores de pressão, kits de primeiros socorros, vacinas, etc.).
- Parcerias com instituições de saúde pública e ONGs voltadas para a promoção da saúde comunitária.

9. Cronograma de Execução

ATIVIDADE	PRAZO	RESPONSÁVEL
Levantamento de dados e diagnóstico	1 mês	Equipe de saúde
Planejamento das oficinas e ações	1 mês	Coordenador do projeto
Realização das capacitações e workshops	2 meses	Equipe multidisciplinar
Implementação das ações de saúde	6 meses	Profissionais de saúde e líderes religiosos

Monitoramento e avaliação do projeto	Durante todo o ano	Equipe de saúde e coordenação do terreiro
--------------------------------------	--------------------	---

10. Resultados Esperados

- Melhoria das condições de saúde dos membros do terreiro, com a redução do agravo trabalhado.
- Maior conhecimento sobre práticas de saúde preventiva entre os praticantes.
- Fortalecimento da parceria entre as comunidades de terreiros e os serviços de saúde pública.
- Redução do estigma em relação ao cuidado de saúde dentro do contexto religioso.

11. Avaliação

A avaliação será conduzida com base em indicadores de saúde e na percepção da comunidade sobre as melhorias no cuidado à saúde. Reuniões trimestrais serão realizadas para monitorar o progresso do projeto e fazer ajustes quando necessário.

12. Referência Consultada

LASSANCE, Antônio. *Como elaborar projetos de intervenção para a implementação de políticas públicas?* 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11630/4/TD_2926_Web.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.