



Revista Subjetividades

ISSN: 2359-0777

revistasubjetividades@gmail.com

Universidade de Fortaleza

Brasil

Fonseca Scalon, Ettore; Scorsolini-Comin, Fabio; Costa Macedo, Alice
La Comprensión de los Procesos de Salud-Enfermedad en Médiums de Incorporación de la Umbanda
Revista Subjetividades, vol. 20, núm. 2, 2020
Universidade de Fortaleza
Fortaleza, Brasil

DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e10003>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=527569018008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

A COMPREENSÃO DOS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA EM MÉDIUNS DE INCORPORAÇÃO DA UMBANDA

Understanding Health-Disease Processes in Embedding Mediums of Umbanda

La Comprensión de los Procesos de Salud-Enfermedad en Médiums de Incorporación de la Umbanda

Comprendre les Processus de Santé et de Maladie dans les Médiums à Incorporation de l'Umbanda

10.5020/23590777.rs.v20i2.e10003

Ettore Fonseca Scalon

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Fabio Scorsolini-Comin

Professor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP. Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP).

Alice Costa Macedo

Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP).

Resumo

A partir da abordagem cultural dos processos saúde-doença, as consultas mediúnicas na umbanda fazem parte do sistema popular de cuidado. Objetivou-se investigar como médiuns de incorporação compreendem os processos saúde-doença, especificamente os relacionados ao adoecimento psíquico. Foram entrevistados sete médiuns de incorporação, com idades entre 26 e 58 anos, membros de um terreiro na cidade de Uberaba/MG, Brasil. O tempo médio de atuação como médium de incorporação foi de 8,28 anos. As concepções de saúde e doença fazem referência tanto ao modelo ontológico como ao modelo relacional de saúde. Conclui-se que o terreiro centraliza o processo saúde-doença, cuidando de quem cuida (médiuns) e também de quem procura por cuidado (consulente), em uma perspectiva que deve ser compreendida em sua complexidade e potencialidade para a integralidade.

Palavras-chave: cura pela fé; espiritualidade; etnopsicologia; antropologia da saúde; saúde mental.

Abstract

From the cultural approach of health-disease processes, mediumistic consultations in Umbanda are part of the popular care system. The objective was to investigate how incorporation mediums understand health-disease processes, specifically those related to psychic illness. Seven incorporation mediums, aged between 26 and 58 years old, members of a terreiro (temple) in the city of Uberaba / MG, Brazil, were interviewed. The average length of experience as an incorporation medium was 8.28 years. The conceptions of health and disease refer to both the ontological model and the relational health model. It is concluded that the terreiro (temple) centralizes the health-disease process, taking care of those who care (mediums) and also of those looking for care (consultant), in a perspective that must be understood in its complexity and potential for integrality.

Keywords: faith healing; spirituality; ethnopsychology; anthropology of health; mental health.

Resumen

A partir del enfoque cultural de los procesos salud-enfermedad, las consultas mediúmnicas en la umbanda son parte del sistema popular de cuidado. El objetivo fue investigar cómo médiums de incorporación comprenden los procesos salud-enfermedad, específicamente los relacionados a enfermedades psíquicas. Fueron entrevistados siete médiums de incorporación, con edades entre 26 y 58 años, miembros de un terreiro en la ciudad de Uberaba/MG, Brasil. La média de tiempo de actuación como médium de incorporación fue de 8,28 años. Las concepciones de salud y enfermedad hacen referencia tanto al modelo ontológico como al modelo relacional de salud. Se concluyó que el terreiro centraliza el proceso salud-enfermedad, cuidando de los que cuidan (médiums) y también de los que buscan cuidados (consultantes), en una perspectiva que debe ser comprendida en su complejidad y potencialidad para la integralidad.

Palabras clave: curación por la fe; espiritualidad; etnopsicología; antropología de la salud; salud mental.

Résumé

À partir de l'approche culturelle des processus santé-maladie, les consultations médiumniques dans l'Umbanda font partie du système de soins populaire. Nous avons eu l'objectif à étudier comment les médiums à incorporation comprennent les processus de santé-maladie, en particulier ceux liés à la maladie psychique. Sept médiums à incorporation, âgés de 26 à 58 ans, membres d'un terreiro à Uberaba, dans l'état de Minas Gerais, Brésil, ont été interrogés. Le temps moyen d'agence comme médium à incorporation était de 8,28 ans. Les conceptions de santé et de maladie font référence à la fois au modèle ontologique et au modèle de santé relationnelle. Nous avons conclu que le terreiro centralise le processus santé-maladie, en prenant soin de ceux qui soignent (médiums) et aussi de ceux qui recherchent des soins (patient), dans une perspective qui doit être comprise dans sa complexité et aussi dans son potentiel de l'intégralité.

Mots-clés : guérison par la foi ; spiritualité ; ethnopsychologie ; anthropologie de la santé ; santé mentale.

Com os avanços científicos contemporâneos, os estudos no campo da religiosidade/espiritualidade (R/E) têm ganhado cada vez mais destaque, ainda que se considere que esse interesse não remonta aos tempos atuais. Este estudo adota a terminologia combinada, R/E, uma vez que essa tem sido uma opção na literatura científica do campo da saúde, a fim de aproximar os conceitos de religiosidade e de espiritualidade em termos dos seus desfechos para a atenção em saúde, ainda que epistemologicamente possamos apontar diferenças importantes entre esses dois conceitos. A religiosidade envolve um sistema de crenças e práticas que se comunicam com o divino (Sagrado/Deus), compartilhadas por uma comunidade, e a espiritualidade abarca um sentimento pessoal e existencial de busca pelo significado da vida, de uma conexão com o sagrado que pode ou não estar ligada a uma religião (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP], 2016). Como a presente investigação se propõe a compreender a dimensão da R/E de um modo amplo e integrado, na perspectiva das suas possíveis ressonâncias para o sujeito, o termo combinado é considerado mais adequado, a exemplo do que vem sendo contemporaneamente assinalado na literatura (Cunha & Scorsolini-Comin, 2019a; Koenig, 2012).

Mesmo que haja o reconhecimento da importância da R/E para o campo da saúde e a validação dessa dimensão como construto teórico em diversas áreas do conhecimento, ainda encontramos muitos obstáculos na área da Psicologia (Trevino & Pargament, 2017) e também nas ciências da saúde. No ensino superior, poucos cursos abrem espaço para essa discussão e/ou possuem profissionais qualificados para debater tal assunto com a propriedade acadêmica necessária, o que pode demonstrar tanto o despreparo desses profissionais como o desinteresse pelo tema e as dificuldades inerentes a essa temática (CRP-SP, 2016; Neubern, 2012a, 2012b).

Mesmo com trabalhos científicos e materiais produzidos pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e pelo Conselho Federal de Psicologia, por exemplo, que são instâncias com maior proximidade com os profissionais que já estão no mercado de trabalho, a R/E fica circunscrita a discussões teóricas e que pouco contribuem para a prática em diversos cenários nos quais os profissionais de Psicologia podem atuar. As discussões fomentadas por esses órgãos de classe destacam a vertente política desse tipo de tema, de modo que é preciso também reafirmar a busca pela laicidade das práticas psicológicas, evitando equívocos, como a consideração de uma Psicologia religiosa, por exemplo, o que poderia promover abertura para diferentes tratamentos que infringiriam a ética (CRP-SP, 2016). No domínio das políticas públicas de saúde no Brasil, a dimensão religiosa-espiritual é tratada de modo superficial, ainda que se reconheça a sua importância para a integralidade do cuidado, que considera a valorização das práticas intersubjetivas (Castilho & Cardoso, 2015). Algumas iniciativas que consideram essa dimensão e que foram abordadas no estudo de Castilho e Cardoso são a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, datada de 2002, bem como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde,

de 2013. Tais políticas colocam em enlevo a necessidade de consideração dos elementos aqui reunidos sob a égide da R/E, embora sejam trazidos poucos direcionamentos práticos para a atuação que os considere.

Acolher a R/E do paciente/cliente/usuário, bem como do próprio profissional, é uma forma de promover um cuidado mais integral e humanizado, o que não pode ser conduzido sem que importantes reflexões sobre aspectos que têm emergido de modo mais evidente nos últimos tempos, como a intolerância religiosa, sejam devidamente cotejados. Esse acolhimento não pode ser confundido com uma atuação para além dos limites da atuação psicológica, demandando a necessidade de discutir as possibilidades de intervenções psicológicas e de cuidado em saúde a partir dessa dimensão (Scorsolini-Comin, 2015).

As pesquisas que relacionam a Psicologia e as temáticas de R/E têm crescido significativamente nos últimos anos (Koenig, 2009, 2012; Trevino & Pargament, 2017; Weber & Pargament, 2014), tornando a R/E cada vez mais concreta na atuação profissional, o que emerge em um contexto ainda permeado por muitas indagações que envolvem, por exemplo, as questões éticas, a pretensa neutralidade do profissional, entre outros elementos que sempre emergem quando a R/E vem à baila. Uma das consequências positivas desse avanço é a desmistificação desse tema que, usualmente, é tratado como um tabu, tanto na formação acadêmica como na atuação profissional na área de Psicologia (Pereira & Holanda, 2016; Cunha & Scorsolini-Comin, 2019a, 2019b; Neubern, 2012a).

O contexto brasileiro tem sido um cenário fértil para a pesquisa no campo da R/E. Em que pesem as cidades com forte destaque no campo religioso, por serem cenários de peregrinação ou por terem abrigado líderes religiosos, a cidade de Uberaba, localizada no interior do estado de Minas Gerais, é fortemente marcada por aspectos ligados à R/E. Uma das figuras emblemáticas que ilustram essa dimensão é o médium Francisco Cândido Xavier, o “Chico Xavier” (1910-2002), espírita famoso por sua vida de caridade, humildade e mediunidade, sendo o município considerado uma referência para a história do espiritismo kardecista no Brasil. Além disso, a cidade possui uma diversidade religiosa ímpar, com diversos centros religiosos católicos, protestantes, espíritas, umbandistas, do candomblé, entre outros. Essa questão territorial da noção de religiosidade pode ser evidenciada inclusive na prestação de serviços básicos de saúde da cidade, como o Sanatório Espírita de Uberaba, Casa de Acolhimento Medalha Milagrosa, Hospital São Marcos, Hospital São Domingos, entre outras instituições que levam nomes religiosos. O campo da saúde mental no município e sua interface com a R/E já foi alvo de estudos científicos (Jabert & Facchinetti, 2011), notadamente a partir de sua tradição espírita. A partir dessa diversidade religiosa e da amplitude espiritualista, percebemos uma grande demanda no sentido de investigar a relação da R/E com os serviços de saúde nesse município de referência, com foco na saúde mental (Silva & Scorsolini-Comin, 2020; Weber & Pargament, 2014), a fim de que tais apontamentos também possam ser aproximados de outras realidades.

No contexto de uma sociedade fortemente marcada pela influência religiosa, como a brasileira, faz-se necessário o estudo e o entendimento desse campo enquanto processo cultural que permeia a construção psíquica de seus praticantes e como se estabelecem as relações sociais e a visão acerca dos processos saúde-doença. Compreender a relação entre R/E e a Psicologia é, também, considerar a formação psíquica a partir da identidade formada por meio de referências religiosas e espirituais (Costa-Rosa, 2008). O estudo sobre essas relações é necessário para um entendimento ampliado do ser humano enquanto um indivíduo biopsicossocial, compreendendo como a dimensão social pode abranger também a dimensão da R/E, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (Précoma et al., 2019).

Uma questão importante para compreender a atuação das religiões no contexto social em que estão inseridas é trabalhar a sua relação com as mais diversas formas de adoecimento, tanto físico quanto psíquico. Além disso, deve-se compreender quais os benefícios que as religiões trazem para as investigações sobre os processos de adoecimento. No campo da etnopsicologia, Laplantine (1986) reivindica a importância das múltiplas representações da saúde e doença e, também, as diferentes lógicas sobre os modelos terapêuticos.

A antropologia da saúde e da doença (Laplantine, 1986) traz elementos acerca dos processos de adoecimento em um âmbito sociocultural, e não apenas biológico, ampliando o entendimento das formas de adoecer, traçando paralelos entre as terapias do sistema formal e as populares, e questionando, inclusive, a posição de poder que ocupam também os curandeiros, assim como os médicos, por exemplo. O que mudaria quando comparamos essas duas terapêuticas, segundo o autor, seriam as formas de cura e uma aproximação maior entre aquele que cura e o que é curado.

No campo da R/E, diversas religiões e crenças produzem inteligibilidades sobre os processos saúde-doença e, consequentemente, sobre o que é a cura. A umbanda, especificamente, aborda o processo saúde-doença e seu papel no tratamento e suas formas de amenizar o sofrimento do corpo e do psiquismo de seus adeptos (Montero, 1985; Silva & Scorsolini-Comin, 2020). Entendendo o processo saúde-doença como algo cultural e não apenas biomédico (Helman, 2009; Kleinman, 1980; Souza et al., 2013), torna-se importante compreender as crenças das comunidades religiosas e analisar como se relacionam com a prática médica e com a prática místico-religiosa, uma vez que esses saberes caminham juntos no processo de cura, como também é pontuado por Laplantine (1986).

Ao falar de processo de cura, devemos compreender também os processos de adoecimento, majoritária ou tradicionalmente apreendidos a partir do modelo biomédico, assim como aparecem nas descrições médicas de acordo com o DSM-V (Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), por exemplo. Em contraposição a esse modelo, a etnopsicologia (Laplantine, 1986) apresenta uma visão que não dissocia os processos de saúde e doença de seus marcadores sociais, culturais e históricos, refletindo não apenas elementos de uma individualidade, mas igualmente os elementos atravessados por aspectos coletivos, de representações de saúde, de doença, de cura e de cuidado, dando voz aos sistemas populares de saúde (Helman, 2009; Kleinman, 1980), nos quais podemos enquadrar diversas comunidades religiosas como, no caso do presente estudo, a umbanda. A umbanda é uma religião de matriz africana que congrega tradições africanas, indígenas e cristãs. Oferece atendimentos ao público em geral, recebendo diversas demandas/queixas de saúde nas consultas mediúnicas em que, normalmente, há a incorporação de um espírito/entidade por parte de um médium, em transe de possessão (Macedo, 2015; Montero, 1985).

Dessa forma, torna-se importante compreender de que modo os médiuns que atuam nesses centros, oferecendo consultas a partir dos transe de possessão, entendem esses processos saúde-doença. Os médiuns são as pessoas que estão em contato direto com os consulentes, e é através do transe de possessão de diversas entidades que se dá o atendimento e o acolhimento da demanda que o consulente apresenta (Scorsolini-Comin, 2015). É necessário compreender esse processo de acolhimento e também de cura que se pratica nesse contexto, a fim de investigar se é algo trabalhado da mesma forma por todos os médiuns, ou se cada um possui um entendimento particular desses processos. Pela literatura científica, observa-se que boa parte das pesquisas desenvolvidas na umbanda possui como enfoque o transe de possessão e as entidades incorporadas pelos médiuns, produzindo sentidos sobre esses guias espirituais, suas características e o modo como atravessam o cuidado (Macedo, 2015; Macedo & Bairrão, 2011; Rotta & Bairrão, 2012), com um menor número de investigações sobre a figura do médium (Zangari, 2005).

Neste estudo, debruçamo-nos sobre a figura do médium de incorporação como audiência acerca do cuidado em saúde mental desenvolvido/prestado em comunidades umbandistas (Scorsolini-Comin & Campos, 2017). A partir do panorama exposto, o objetivo deste estudo é investigar como médiuns de incorporação compreendem os processos saúde-doença, especificamente os relacionados ao adoecimento psíquico. Na psiquiatria clássica, Nina Rodrigues (2010) e Artur Ramos (2007) trabalharam com essa perspectiva, o que na contemporaneidade vem sendo veementemente criticado justamente por esses posicionamentos que associavam o transe de possessão à psicopatologia serem produzidos a partir de um olhar essencialmente etnocêntrico e alheio aos elementos culturais de religiões tradicionais, a exemplo do candomblé brasileiro e também da umbanda. Estudos contemporâneos no campo da saúde mental têm evidenciado que essas associações entre o transe de possessão e a psicopatologia não podem ser suportadas por evidências científicas (Koenig, 2009; Menezes, Alminhana, & Moreira-Almeida, 2012; Précoma et al., 2019). Críticas semelhantes são feitas a Ernesto La Porta por proposições psicanalíticas consideradas reducionistas (Mantovani & Bairrão, 2005).

Assim, este estudo pretende contribuir com a produção de conhecimentos acerca da interface entre a umbanda e a saúde mental (Aubrée & Lula, 2017; Devereux, 1972), buscando uma discussão etnopsicológica que dialogue diretamente com a antropologia da saúde, fornecendo indícios que permitam a desconstrução de preconceitos e justificativas, aparentemente científicas, para a produção de psicopatologias associadas à manifestação cultural da R/E, e a ligação desses elementos a características sociais, políticas, econômicas e culturais que podem ser marcadores da diferença e da produção de estereótipos, preconceitos e, também, de movimentos de intolerância religiosa (Rocha, 2011).

Método

Tipo de Estudo e Considerações Éticas

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo e de corte transversal, apoiado no referencial teórico da etnopsicologia. Para garantir a validade do estudo qualitativo, foram observados os itens de verificação presentes no protocolo COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem do primeiro autor. Além das recomendações da Resolução n.º 466 do Conselho Nacional de Saúde, foram observadas as diretrizes éticas para a pesquisa etnopsicológica (Scorsolini-Comin, Bairrão, & Santos, 2017).

Participantes

Participaram deste estudo sete médiuns de incorporação, sendo cinco mulheres e dois homens, com idades entre 26 e 58 anos. O tempo médio de atuação como médium foi de 8,28 anos, variando de 4 a 15 anos. Em termos de escolaridade, três possuem ensino superior completo, um possui ensino médio completo e outros três, ensino médio incompleto. Em termos das ocupações, encontramos duas mulheres dedicadas aos afazeres domésticos, uma pensionista, dois profissionais da área administrativa, uma da área educacional e um do campo da saúde. Esses médiuns atuam em um terreiro de umbanda localizado na cidade de Uberaba (MG/Brasil), considerada um polo religioso tanto por ter abrigado o médium Chico Xavier quanto por reunir em seu território diversos terreiros de umbanda e de candomblé. A seleção do centro no qual foi realizada

a pesquisa se baseou em critérios como: abertura da comunidade à pesquisa; permissão do(a) dirigente e consentimento com a coleta; existência de atendimentos mediúnicos abertos à população, com consultas com médiuns incorporados; além de aspectos como facilidade de acesso e elementos que favorecessem a coleta, como autorização para gravar e filmar; e o fato do pesquisador poder frequentar a comunidade sem restrições significativas. Criado há nove anos, o terreiro em apreço oferece atendimento semanal à comunidade, com trabalhos relacionados às diversas linhas, como pretos-velhos, caboclos, baianos, marinhoiros, crianças/erês, exus e pombagiras. Nesse terreiro trabalham em torno de 22 pessoas, sendo quatro ogãs e oito médiuns de incorporação já batizados que atendem aos consulentes e aos demais cambonos e médiuns em desenvolvimento. No início da coleta, foram identificados nove médiuns de incorporação. Como dois deles se mudaram para outra cidade, foi entrevistada a totalidade de médiuns de incorporação da comunidade (n=7). O terreiro atende, em média, 40 pessoas às terças-feiras, em cerimônias públicas, e a um número reduzido na última sexta-feira do mês, dedicado às giras de esquerda (exu, pombagira e exu-mirim), com acesso restrito à comunidade e somente com a autorização do zelador do terreiro.

A partir da perspectiva etnopsicológica, considera-se a necessidade de que o pesquisador em campo seja considerado um participante, haja vista que se trata de um importante interlocutor na produção dos dados e que não possui uma presença neutra nesse contexto de investigação (Scorsolini-Comin et al., 2017). Isso não significa que o pesquisador deva abandonar o seu lugar, mas ampliar as suas inteligibilidades pela possibilidade de transitar nesse contexto e de também experienciar outros lugares, ora como psicólogo, ora como cambono (ajudante no ritual), ora como consulente e, em alguns casos, até mesmo como médium, como frequentemente relatado nos estudos em religiões de matriz africana, nos quais o pertencimento e o desenvolvimento mediúnico por meio da iniciação é um dos critérios que podem atestar para o cuidado ético com o campo e a possibilidade de narrar “de dentro”, evitando posturas etnocêntricas (Opipari, 2009). O pesquisador que coletou os dados do presente estudo é psicólogo e frequentou o terreiro em apreço e os demais espaços como pesquisador, deixando claro, desde o primeiro momento, que se tratava de um estudo científico tanto para os dirigentes como para os médiuns entrevistados, ocupando, em alguns rituais, a posição de consulente, o que está alinhado às recomendações éticas e metodológicas para as pesquisas etnopsicológicas na umbanda (Godoy & Bairrão, 2014; Macedo, 2015; Scorsolini-Comin et al., 2017). Esse posicionamento, nesse tipo de investigação, permite que o trabalho de campo seja um espaço não apenas para que os dados sejam coletados, em uma acepção extrativista do campo, mas também experienciados para a produção de inteligibilidades que, posteriormente, por meio da análise, serão compartilhados.

Instrumentos

Foi aplicado um roteiro de entrevista composto por perguntas semiestruturadas sobre a história de vida do médium, bem como questões sobre o desenvolvimento mediúnico, percepções sobre adoecimento mental e demais aspectos relacionados ao objetivo do estudo. O instrumento também contou com perguntas estruturadas para a caracterização geral do participante (idade, escolaridade, ocupação) e do terreiro do qual faz parte. Para apoiar a análise de dados foi construído um diário de campo pelo pesquisador, contendo anotações e observações durante as visitas a campo, bem como percepções, sentimentos e detalhes considerados importantes pelo pesquisador ao longo do fazer da pesquisa (Angrosino, 2009). Neste estudo, o diário de campo foi empregado como recurso complementar, não sendo alvo de uma análise pormenorizada, haja vista que o objetivo do estudo foi cotejado, principalmente, pelo roteiro de entrevista.

Procedimento

Coleta de dados

Foi feito um levantamento, com vários terreiros da cidade, a partir de comunidades que já eram do conhecimento dos pesquisadores e que já foram visitadas por conta de estudos anteriores do grupo. Após a realização de visitas e etnografias iniciais nesses centros, além de observações sobre os rituais e trabalhos desenvolvidos, o pesquisador entrou em contato com os responsáveis (zeladores/dirigentes) por uma dessas comunidades, pedindo autorização para a realização do estudo. Após esse consentimento, o pesquisador frequentou essas comunidades em dias de atendimento público, celebrações e festas, realizando observações participantes registradas em diário de campo (Angrosino, 2009), a exemplo de outras pesquisas etnopsicológicas (Leal de Barros & Bairrão, 2010; Macedo, 2015; Macedo & Bairrão, 2011). Durante três meses foi observada a forma como se dão os atendimentos dos médiuns, as palestras e a interação entre os membros e a comunidade. No diário de campo foram abordados aspectos como: a quantidade de participantes no dia, as entidades incorporadas, a quantidade de médiuns incorporados, quantas pessoas foram atendidas, a caracterização do ambiente e da população atendida, bem como aspectos considerados importantes pelo pesquisador, como sentimentos relacionados à coleta, ao local e ao trabalho desenvolvido (Angrosino, 2009). Após esse período, os médiuns foram convidados a participar do estudo e

foram agendadas as entrevistas, todas ocorridas no terreiro ou na casa dos participantes. Após anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi dado início à coleta, com a aplicação do roteiro de entrevista de modo individual. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra e literalmente. O *corpus* analítico deste estudo foi composto pelas entrevistas e, de modo complementar, por dados contidos em diário de campo para caracterização dos participantes e do contexto de investigação.

Análise dos dados

As entrevistas transcritas foram analisadas a partir dos procedimentos preconizados por Braun e Clarke (2006), sendo orientada em função de sete procedimentos básicos: a) familiarização com o tema (leitura repetida e ativa dos dados, notas e ideias para a codificação); b) geração de códigos iniciais (produção de códigos iniciais a partir dos dados, grupos significativos); c) procura por temas (triagem de diferentes códigos em temas, início da análise dos códigos); d) revisão dos temas (revisão e refinamento dos temas, mapa temático); e) definição e nomeação dos temas (identificar o assunto principal de cada tema); f) produção do relatório. A análise das entrevistas foi complementada com as informações contidas no diário de campo, tendo como norte o referencial da etnopsicologia (Laplantine, 1986, 1994), notadamente dos estudos brasileiros sobre a umbanda (Leal de Barros & Bairrão, 2010; Macedo, 2015; Macedo & Bairrão, 2011; Scorsolini-Comin, 2015; Silva & Scorsolini-Comin, 2020).

Resultados e Discussão

A partir das respostas dos participantes, foi possível identificar modos diferentes de se compreender as questões de saúde e adoecimento, pautadas em suas experiências pessoais dentro e fora do terreiro. Esses sentidos são produzidos a partir de histórias pessoais e também por meio de narrativas que possuem o terreiro como espaço comum e de partilha. A partir da análise temática *a posteriori* foram produzidos três grandes eixos para discussão que nos permitiram atingir os objetivos propostos: (a) Segmentação e união entre corpo, mente e espírito; (b) O cuidado de si como pressuposto para o cuidado do outro; e (c) A umbanda como espaço de cura para o próprio médium. Esses eixos serão apresentados e discutidos a seguir.

Segmentação e União entre Corpo, Mente e Espírito

Em alguns momentos, os entrevistados fazem a cisão e diferenciam os processos de saúde, adoecimento e cura em diferentes instâncias: física, psíquica e espiritual, em que cada tipo de adoecimento ou tratamento deve ser feito em seu lugar específico, a saber: doença da matéria deve ser tratada/curada com/por médico e doença espiritual, em centro religioso. Esse posicionamento é ilustrado na seguinte fala da médium A: “*o que é espiritual é tratado como espiritual e o que é carnal, material, é tratado como material; tem que saber separar*”. Mas, ao mesmo tempo em que dividem o cuidado do corpo, da mente e do espírito, também os relacionam e trazem a necessidade do equilíbrio desses três para que a pessoa possa estar bem de saúde. Essa ideia de integração pode ser expressa em falas como esta do médium F: “*A cura pra mim é o equilíbrio, é o equilíbrio tanto do corpo, da mente e do espírito*”.

Nesse sentido, percebemos que o tratamento do adoecimento, como enunciado em alguns momentos, deve ser feito no local específico para aquele problema, que é definido socialmente, ou seja, o problema físico e psíquico deve ser tratado no setor profissional (médico, psiquiatra, psicólogo) e o adoecimento espiritual no setor popular - *folk* (centros religiosos, curandeiros, benzedeiras, etc.), a exemplo do terreiro de umbanda em tela. Essa cisão entre os sistemas de cura foi pontuada por Kleiman (1980) e Helman (2009), reconhecendo não apenas a fragmentação que por vezes atravessa o cuidado, mas também a possibilidade de considerar diferentes audiências acerca do processo saúde-doença. Nesse sentido, a consideração dos sistemas populares de cura é especialmente importante para validar socialmente os atendimentos realizados, por exemplo, em terreiros de umbanda a partir dos transe de possessão.

O discurso dos entrevistados passa, então, de um lado para outro, entre a segmentação do corpo, mente e espírito com relação ao cuidado e, paradoxalmente, também remete ao equilíbrio e à integração entre os três para que possa haver saúde. Pode-se interpretar que, ao reconhecerem as diferentes dimensões (corpo, mente e espírito), trazem à baila uma categorização que também pode ser útil no sentido de compreender melhor o adoecimento, suas causalidades e seus itinerários terapêuticos a partir de sua alocação em diferentes saberes e contextos. Ao integrarem essas partes, reconhecem que, por mais que possamos privilegiar um aspecto ou outro no cuidado - o que tende a responder critérios classificatórios e, por vezes didáticos -, as intervenções incidem sobre um sujeito único e integrado, que é, ao mesmo tempo, corpo, mente e espírito, por exemplo. Essa proposta mais integradora entre sistemas e a subjetividade do sujeito parece se aproximar do que é recomendado por Castilho e Cardoso (2015) em relação aos pressupostos das políticas públicas de saúde no Brasil. Essa noção de integralidade também parece ser corporificada no terreiro quando o médium assume que o cuidado ofertado

nesse espaço busca a retomada do equilíbrio por parte do sujeito (Montero, 1985; Silva & Scorsolini-Comin, 2020). Ainda que esse movimento ocorra na maioria dos posicionamentos, assinala-se, em contrapartida, que a fragmentação do sujeito em termos físicos, psíquicos e espirituais é também um elemento recorrente nos discursos desses médiuns.

Essa transição de pensamento, ou mesmo a ideia de ambivalência, encontra ressonância nos escritos de Laplantine (1986) ao abordar o modelo ontológico e o modelo relacional de saúde. O primeiro se caracteriza pela dualidade cartesiana e separação da alma e do corpo, em que cada um deles teria seu lugar específico para ser estudado (metafísica e física ou centro religioso e medicina tradicional). O modelo relacional, por outro lado, pensa o normal e o patológico como harmonia e desarmonia, excesso ou falta, podendo provocar um desequilíbrio (Laplantine, 1986). Pelas narrativas dos médiuns, os modelos ontológico e relacional parecem se atravessar mutuamente, produzindo uma determinada inteligibilidade que, na umbanda, parece ser devidamente acolhida. Aventa-se que a abertura para essa interpenetração de modelos possa ser explicada pela própria natureza integradora e inclusiva da umbanda (Silva & Scorsolini-Comin, 2020).

A compreensão dos processos de adoecimento e cura passa, inicialmente, de forma racional, por uma segmentação desses “*três pilares*”, como disse uma das entrevistadas, mas, na prática, os médiuns agem de forma a manter esses três pilares conectados, em que há uma dependência entre eles, de modo que, ao se tratar o mental, você está tratando o espiritual, como exposto neste trecho: “*a parte psíquica e espiritual trabalham juntas*” (Médium F). Desse modo, podemos perceber que a inteligibilidade que explica os processos saúde-doença para esses médiuns é eminentemente cartesiana, positivista, próxima do modelo biomédico. No entanto a prática que promovem nos terreiros possui como emblema a integração, em um cuidado que não se cinde, pelo contrário.

Cabe salientar, como constatado e descrito no diário de campo, que o atendimento na umbanda vai além do simples passe energético ou de “*fluidificação*” (Médium C), há um diálogo entre o guia e a pessoa que busca orientações. Dessa forma, os guias passam orientações e aconselhamentos para as pessoas que, muitas vezes, falam sobre hábitos de vida, mudança de comportamento, de uma reforma íntima que pode ser vista como terapêutica. Em outras palavras, percebemos que os passes da umbanda vão além de energizações, pois possibilitam um contato próximo com as pessoas que ali estão, havendo um acolhimento e um diálogo horizontal, tornando aquele contato entre guia e consulente algo íntimo (Leal de Barros & Bairrão, 2010; Macedo, 2015). As consultas mediúnicas, desse modo, revelam-se como um espaço de intimidade com o sagrado, em que as queixas de adoecimento no plano terreno podem ser apreciadas pelo divino. As prescrições e orientações recebidas, nesse sentido, são da ordem do sagrado e passam a integrar o modo como o sujeito irá percorrer o itinerário terapêutico em seu cotidiano.

Nos rituais da umbanda, por exemplo, não há cisão entre aquele que cura e aquele que é curado. De forma semelhante, médium e entidade (que estariam na posição de curandeiros) e consulente (o que busca a eficácia de uma terapêutica) estariam compondo a mesma estrutura topológica, não havendo dentro e fora, quando significantes operam e ancoram sentidos, estabelecendo laços entre tais sujeitos envolvidos (Godoy & Bairrão, 2014). Da forma semelhante, mente, corpo e espírito pertencem a essa mesma tessitura topológica. Se o modo como se vivencia o sagrado é indissociável da revelação do sujeito que a experimenta (Bairrão, 2001), pode-se compreender que, na umbanda, são indissociáveis a vivência do sagrado e a revelação de si (de sua autopercepção, de seus aspectos psíquicos, a inscrição no corpo, entre outros).

Parafraseando Laplantine (1986), ir à umbanda nos permite “captar de modo notável a relação estreita entre o doente e seu grupo, entre a doença e o sagrado, entre a medicina e a religião, entre a saúde e a salvação” (p. 225). A doença e o adoecimento fazem parte da cultura daqueles indivíduos e os diálogos por meio das consultas mediúnicas têm uma inscrição psíquica e uma significação maiores que o mero recebimento de informações ou prescrições de saúde.

A umbanda, nesse sentido, parece promover um espaço no qual o indivíduo pode se conectar com o sagrado no atendimento de uma queixa de adoecimento, integrando a dimensão da R/E à experiência do processo saúde-doença. Ao entrar em contato com o divino, na consulta, o sujeito pode integrar a sua materialidade (uma doença que existe, uma queixa que existe) a um sistema que compreende essa integração e, mais do que isso, a valida como fundamental no processo de cura (Montero, 1985; Silva & Scorsolini-Comin, 2020). Assim, os médiuns, por mais que empreguem a racionalidade biomédica e cartesiana ao descrever os processos saúde-doença durante as entrevistas, consideram a R/E e a integram ao panteão da umbanda, em um claro sentido de integralidade (Castilho & Cardoso, 2015).

O Cuidado de Si como Pressuposto para o Cuidado do Outro

Nesse modelo de saúde que trabalha o equilíbrio entre corpo, mente e espírito para possibilitar uma vida saudável, outro ponto importante que foi dito em todas as entrevistas foi sobre o cuidado de si, englobando diversas formas de cuidado físico, psíquico e espiritual. As narrativas priorizaram o trabalho interno de aceitação de si mesmo e da empatia ao se colocar no lugar do outro e compreender os seus processos.

A importância desse autocuidado é recorrente nas falas dos médiuns, uma vez que: *“o médium que tá doente, ele não tem condição de ajudar o outro, então [...] o guia chefe do terreiro [se] vê que o médium não tem condição, ele é afastado”* (Médium F). No terreiro em que foi realizada a coleta de dados, isso significa que o médium que está adoecido não pode atuar no atendimento à comunidade, ou seja, é afastado até que esteja em condições de realizar novamente o trabalho mediúnico. Esse afastamento decorre do entendimento que o médium deve estar bem de saúde para poder dar passes e orientações quando incorporado. Assim, o médium deve se equilibrar para depois poder atender por meio do transe de possessão.

Esse autocuidado é frequentemente evocado quando abordamos os profissionais de saúde dos equipamentos formais de cuidado (Gomes, Silva, & Batista, 2018; Ribeiro et al., 2015). Especificamente no campo da saúde mental, o já lugar-comum do “cuidar de quem cuida” é referido como forma de promover uma escuta a quem promove o cuidado, sendo uma estratégia legitimada e que vem sendo cada vez mais fortalecida, ainda que necessidades de saúde continuem a ser deflagradas nesses profissionais, como enfatizado na literatura (Chen et al., 2016). A oferta de cuidado, compreendida como desgastante em função de aspectos do próprio cuidado, de questões laborais e institucionais, deve levar o trabalhador da saúde mental a desenvolver estratégias de autocuidado e também de procurar ajuda. O que essa literatura mencionada enfatiza é a necessidade de que os profissionais de saúde também estejam atentos às suas próprias condições de saúde, pressupondo a primazia do cuidado de si para a oferta do cuidado para com o outro.

Os estudos que tratam das condições de saúde dos médiuns partem do pressuposto histórico que associa a mediunidade ao adoecimento mental (Bastide, 2016). Embora a literatura científica venha produzindo evidências que questionam essa associação (Menezes, Alminhana, & Moreira-Almeida, 2012; Zangari, 2005), pode-se compreender que o transe de possessão religioso já foi outrora interpretado como manifestação de psicopatologias (Bastide, 2016), promovendo uma aproximação entre a saúde mental e as questões religiosas, notadamente de crenças nas quais ocorre a presença de fenômenos de mediunidade, tais como a incorporação. Embora não seja nosso objetivo neste estudo adentrar nessas relações, deve-se destacar que os médiuns entrevistados apresentam uma perspectiva semelhante a de profissionais de saúde, ou seja, de que quem presta o cuidado deve estar apto a essa oferta, o que passa pelo cuidado de si. Quando compreendemos o terreiro como espaço de cuidado, não devemos olhar apenas para o consulente que busca ajuda, mas para quem se coloca a serviço desses atendimentos, permitindo, através do corpo físico, a incorporação de entidades espirituais com as quais a comunidade se consulta.

Esse afastamento que é mencionado nas entrevistas, no entanto, ocorre em momentos de maiores crises, e não de forma frequente. Quem avalia a necessidade de afastamento pode ser o próprio médium ou o zelador do terreiro, pressupondo a criação de uma interpretação acerca do sujeito e se ele possui ou não condições de atuar, ou seja, de incorporar para prestar atendimentos mediúnicos. Nesse processo interpretativo, considera-se que o atendimento ajuda não só os consulentes, mas também os próprios médiuns, pois *“o que o meu guia tá falando pro consulente serve pra mim também”* (Médium K). Observa-se, assim, que o transe de possessão possui dois empregos: como recurso que medeia a relação entre o consulente e a entidade espiritual e também como recurso que medeia a relação do divino com o próprio médium. Da mesma forma que, a partir dos trances, tornam-se possíveis as consultas com as entidades e a promoção de um cuidado ao consulente, esse processo pode funcionar como método de “limpeza”, de orientação e de tratamento ao próprio médium quando adoecido. Aqui observamos outro ponto de encontro com o sistema formal de cuidado (Kleiman, 1980; Helman, 2009), de que as ferramentas de cuidado (no caso, a escuta, a prescrição e a orientação) servem tanto ao consulente (quem busca ajuda) quando ao médium (que promove a ajuda).

À guisa de conclusão desta categoria, outro ponto de encontro é a necessidade de que quem presta cuidado esteja bem, saudável e integrado, possibilitando que, de fato, haja um cuidado adequado. O cuidado de si como baliza para o cuidado do outro ou para com o outro considera a necessidade de existência de um cuidador integrado, como pressuposto para a oferta de saúde. Na prática, isso equivale a considerar que não se pode oferecer aquilo que não se possui, aproximando o cuidador e o consulente. Assim, esses atores seriam próximos, com demandas muitas vezes semelhantes, tornando-os reais, concretos, seres que igualmente adoecem e também podem produzir saúde. Essa inteligibilidade pode ser importante no sentido de que a sacralidade repousaria, no caso desses médiuns, sobre o transe de possessão, oportunizando o contato com o divino. Sem a incorporação, esses médiuns estariam submetidos aos mesmos modelos de saúde e cuidado de qualquer consulente.

Umbanda como Espaço de Cura para o próprio Médium

Durante as entrevistas, houve vários relatos de pessoas que alcançaram um bemestar ou cura frequentando o terreiro. Relatos estes de experiências dos próprios médiuns com seus adoecimentos ou de casos que atenderam enquanto camponos (ajudantes que podem estar em desenvolvimento para se tornarem médiuns) ou incorporados. Em uma pesquisa desenvolvida por Costa-Rosa (2008), verificou-se que indivíduos acolhidos em terreiro de umbanda tiveram, em curto prazo, uma melhora maior do que os casos tratados em ambulatórios de saúde mental da rede pública. Obviamente que não se trata de apresentar os processos de cura e acolhimento realizados em centros de umbanda como equivalentes àqueles experienciados em equipamentos

formais de saúde, mas de justamente analisar de que modo os sistemas populares (*folk*) de saúde (Helman, 2009), como os retratados nesses centros religiosos em questão, podem ser compreendidos como um local de acolhimento e apoio em situações de crise e conflito, ofertando um cuidado complementar em saúde (Mota & Trad, 2011; Scorsolini-Comin, 2015).

Uma médium relatou seu processo de adoecimento e entrada no terreiro para tratamento e desenvolvimento da mediunidade. Ela já havia tido vários diagnósticos de neurologistas e psiquiatras, de catatonía e esquizofrenia, pois dizia que via vultos, entre outras coisas, e não dormia à noite sozinha. Após a entrada no centro, relata não ter tido mais crises, como pode ser ilustrado neste trecho:

Quando eu tava na minha crise de mediunidade, cheguei a ir um neuro, um psiquiatra [foi] lá na minha casa e chegou a falar pro meu pai que eu tinha conversão catatônica - que eu não sei nem o que que é isso -, que chegou a falar que eu tinha esquizofrenia e tudo, e não era nada daquilo, era mediunidade e eu não tinha consciência daquilo. Então, pra ele, eu precisava tratar minha cabeça, sendo que eu precisava tratar era a minha alma, meu espírito. (Médium C)

A participante atribui seu adoecimento passado a uma “crise de mediunidade”. Ao se realizar o desenvolvimento mediúnico dentro do terreiro, as crises cessaram. O que relata hoje são sentimentos e intuições que são características de sua mediunidade e não os processos que tinha antes do desenvolvimento. Outros casos relatados de convulsão, depressão e ansiedade, vividos pelos próprios médiuns, tiveram melhora significativa e cura, segundo as entrevistas, após a entrada no terreiro de umbanda. Alguns passaram por tratamentos médicos e psicológicos, mas mesmo assim atribuem a cura após a religião, como ilustrado na sequência:

Fiz psiquiátrico primeiro, tomava remédio pra caramba, não adiantava nada, e aí procurei um psicólogo, e aí era bom, cara, divertido conversar, sabe, e desabafava bastante, mas a melhora significativa foi com a entrada no terreiro. (Médium J)

E eu comecei a dar umas crises convulsivas que médico nenhum descobria. Eu dava a crise, eu já caía dentro do hospital [pra] fazer exame, não dava nada e fui descobrir que meu problema era espiritual. [...] Eu, como eu dava as crises, então, o chefe do terreiro, que era o senhor Tranca Rua das Alma, chegou pra mim e falou ‘se você não desenvolver, nunca vai parar suas crises’. (Médium P)

Nesses relatos, fica clara a ideia de complementaridade, porque todos passaram pelos dois sistemas (o de saúde tradicional e do terreiro). Assim, reforçam a importância dos sistemas populares (*folk*) de saúde (Kleinman, 1980; Helman, 2009), dos processos de cura místico-religiosas, entrando em consonância com a pesquisa realizada por Costa-Rosa (2008), de que o terreiro de umbanda tem um potencial de cura para as pessoas que o frequentam e têm suas vidas mudadas após o ingresso nesse contexto sagrado, como relataram diversos médiuns. Há que se problematizar que esses discursos de cura oferecem uma inteligibilidade que associa o desenvolvimento como médium de incorporação à cura de psicopatologias. Assim, a mediunidade de incorporação, pelas narrativas, não seria apenas um sinônimo de cura, mas ofereceria uma re-simbolização ao sofrimento experienciado em termos de uma missão a seguir. Sendo assim, desenvolver-se como médium não se trata de uma prescrição para a cura em saúde mental, mas indica a integração do sujeito a uma missão dada pelo mundo espiritual (Scorsolini-Comin & Campos, 2017). Ao aceitar essa missão e desenvolver-se, prestando os atendimentos em terreiros de umbanda, o médium não seria mais assolado pelos sintomas de adoecimento, podendo se considerar curado. A promoção e a suspensão dos sintomas, ou mesmo da cura, seriam da ordem do sagrado, das entidades, do plano espiritual ou, de modo metafórico, do terreiro e da própria umbanda (Montero, 1985).

Essas interpretações, obviamente, devem considerar de modo perene as recomendações de Laplantine (1994) de que não podemos psiquiatrizar toda expressão religiosa nem sacralizar toda expressão de adoecimento psíquico. Suspendendo os juízos morais e de realidade (Scorsolini-Comin et al., 2017), devemos promover uma escuta dessas narrativas a partir dos posicionamentos dos médiuns. Portanto, não se trata de uma leitura profissional e diagnóstica do adoecimento, mas uma leitura de pessoas que também promovem o cuidado, mas a partir de referenciais específicos. Esses referenciais devem ser conhecidos e legitimados, e não submetidos a uma leitura que os criminalize, estigmatize e distancie dos sistemas de cuidado.

A partir do exposto, destaca-se que os médiuns consideram o terreiro um espaço de cuidado não apenas ofertado à comunidade, mas aos próprios “trabalhadores” dessa instituição que, não raro, chegam a esses espaços em busca de respostas às próprias aflições, como narrado também em estudos realizados em terreiros de candomblé (Opipari, 2009; Rabelo, 2014). Assim, pode-se aventar que, no contexto dos atendimentos mediúnicos, há uma indissociabilidade entre a promoção do cuidado e quem promove esse cuidar. Essa relação de integração possibilita uma visão mais humanizadora de quem presta o cuidado, reconhecendo suas necessidades, fragilidades e demandas.

Um último ponto a ser assinalado é que esse cuidado voltado ao médium é perene, o que pressupõe a necessidade de constantemente ser acompanhado. A atividade mediúnica frequente responderia a esse aspecto, funcionando como um espaço

que possibilitaria constantemente a atenção ao próprio médium por meio dos transe de possessão e do contato com as entidades. Pode-se concluir, a partir desse panorama, que o terreiro, de modo integrado, centraliza o cuidado para ambos os atores, cuidando de quem cuida e também de quem procura por cuidado, em uma perspectiva de saúde que pode e deve ser compreendida dentro de sua complexidade. O olhar etnopsicológico, nesse sentido, possibilitou uma leitura integradora dos discursos, rompendo com a fragmentação que, muitas vezes, se mostra presente quando falamos na promoção do cuidado em saúde mental.

Considerações Finais

Como conclusão, foi possível perceber a influência do terreiro na relação das pessoas com a própria saúde e o adoecimento, com relatos próprios e dos atendimentos que já realizaram ou participaram. São diversas as narrativas de casos de saúde que foram bem-sucedidos a partir do cuidado promovido no terreiro, uma vez que os próprios médiuns e a comunidade relatam a melhora e cura depois de frequentarem a religião. Esses dados nos permitem reforçar os indícios em torno da consideração do terreiro como um sistema popular (*folk*) de saúde, que tem um papel importante no acolhimento e cuidado de pessoas com diversas formas de adoecimento.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o fato das entrevistas terem sido feitas com médiuns de um mesmo terreiro, recorte específico dentro da pluralidade religiosa que a umbanda apresenta nacionalmente e na cidade em que está localizado o terreiro em tela. Assim, as ressonâncias deste estudo devem ser acolhidas com parcimônia, embora estejam alinhadas a diversos estudos já publicados no campo da umbanda na interface com a saúde. Cabe salientar, por fim, que não se trata de abordar o terreiro como mais ou menos importante no processo de cuidado e cura de pessoas adoecidas, uma vez que os entrevistados relataram que existe o encaminhamento para centros formais de saúde e profissionais especializados, os “*homens de branco*” como alguns guias se referem aos médicos/profissionais de saúde. Trata-se, sim, de empoderar o sistema popular de saúde como uma possibilidade de cuidado, valorizando o modo como as pessoas – médiuns ou não – são recebidas, acolhidas e ouvidas nesses espaços de modo humanizado e integrado.

Em um contexto de formação em saúde que cada vez mais se debruça sobre como a R/E pode ser integrada ao cuidado, os apontamentos do presente estudo podem ser compartilhados com a comunidade como um convite a diferentes possibilidades, tanto a da leitura do terreiro como espaço de cuidado como a de desconstrução de preconceitos relativos ao modo como a R/E, nas situações das consultas mediúnicas, parece ser uma dimensão integrada e que não precisaria ser evocada, pois já estaria corporificada no sujeito que cuida e no sujeito que é cuidado. Assim, sugere-se que a formação em saúde possa considerar a R/E menos como uma dimensão que deve ser incorporada, como sendo algo de fora para dentro, e mais como uma dimensão a ser reconhecida no sujeito.

Referências

- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Aubrée, M., & Lula, G. C. L. A. (2017). Os cientistas franceses e o estudo do paranormal: Controvérsias e avanços. *Religare*, 14(1), 60-89.
- Bairrão, J. F. M. H. (2001). A imaginação do outro: Intersecções entre psicanálise e hierologia. *Paidéia*, 11(21), 11-26.
- Bastide, R. (2016). Transe místico, psicopatologia e psiquiatria. In R. Bastide, *O sonho, o transe e a loucura* (pp. 105-127). São Paulo: Três Estrelas.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Castilho, C. N., & Cardoso, P. T. (2015). Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: Um olhar para a integralidade. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 3(1), 28-39.
- Chen, M. F., Ho, C. H., Lin, C. F., Chung, M. H., Chao, W. C., Chou, H. L., & Li, C. K. (2016). Organisation-based self-esteem mediates the effects of social support and job satisfaction on intention to stay in nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 88-96.
- Conselho Regional de Psicologia [CRP-SP]. (2016). *Volume 1: Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas* (Coleção Psicologia, Laicidade e as relações com a Religião e a Espiritualidade). São Paulo: Conselho Regional de Psicologia.

- Costa-Rosa, A. (2008). Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e Subjetividade contemporânea. *Psicologia USP*, 19(4), 561-590.
- Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2019a). Best professional practices when approaching religiosity/spirituality in psychotherapy in Brazil. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 523-532. DOI: 10.1002/capr.12241
- Cunha, V. F., & Scorsolini-Comin, F. (2019b). A religiosidade/espiritualidade (R/E) como componente curricular na graduação em Psicologia: Relato de experiência. *Psicologia Revista*, 28, 193-214.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris: Flammarion.
- Godoy, D. B. O. A., & Bairrão, J. F. M. H. (2014). O método psicanalítico aplicado à pesquisa social: A estrutura moebiana da alteridade na possessão. *Psicologia Clínica*, 26, 47-68.
- Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B., & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: Quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 03-07.
- Helman, C. (2009). *Cultura, saúde & doença* (5a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Jabert, A., & Facchinetti, C. (2011). A experiência da loucura segundo o espiritismo: Uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(3), 513-529.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 278730. DOI: 10.5402/2012/278730
- Laplantine, F. (1986). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplantine, F. (1994). *Aprender etnopsiquiatria* (R. A. Vasques, Trad.). São Paulo: Brasiliense.
- Leal de Barros, M., & Bairrão, J. F. M. H. (2010). Etnopsicanálise: Embasamento crítico sobre teoria e prática terapêutica. *Revista da SPAGESP*, 11(1), 45-54.
- Macedo, A. C. (2015). Baiana lá e cá: O outro encontro consigo mesmo. In J. F. M. H. Bairrão & M. T. A. Coelho (Orgs.), *Etnopsicologia no Brasil: Teorias, procedimentos e resultados* (pp. 11-38). Salvador: Ed. UFBA.
- Macedo, A. C., & Bairrão, J. F. M. H. (2011). Estrela que vem do Norte: Os baianos na umbanda de São Paulo. *Paidéia*, 21(49), 207-216.
- Mantovani, A., & Bairrão, J. F. M. (2005). Psicanálise e religião: Pensando os estudos afro-brasileiros com Ernesto La Porta. *Memorandum*, 9, 42-56.
- Menezes, A., Jr., Alminhana, L., & Moreira-Almeida, A. (2012). Perfil sociodemográfico e de experiências anômalas em indivíduos com vivências psicóticas e dissociativas em grupos religiosos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 39(6), 203-207.
- Montero, P. (1985). *Da doença à desordem: A magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.
- Mota, C. S., & Trad, L. A. B. (2011). A gente vive pra cuidar da população: Estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 325-337.

- Neubern, M. (2012a). O que significa acolher a espiritualidade do outro? Considerações de uma clínica etnopsy. In M. H. Freitas, G. J. Paiva & C. C. Moraes (Orgs.), *Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo: Desafios da interdisciplinaridade* (pp. 85-104). Brasília: Universa.
- Neubern, M. (2012b). Hipnose, espiritualidade e cultura: Problemas de pesquisa clínica. In T. Viana, G. S. Diniz, L. F. Costa & V. Zanello. (Orgs.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (pp. 509-528). Brasília: Liber Livro.
- Opipari, C. (2009). *O candomblé: Imagens em movimento: São Paulo - Brasil* (A. L. Costa, Trad.). São Paulo: EDUSP.
- Pereira, K., & Holanda, A. F. (2016). Espiritualidade e religiosidade para estudantes de psicologia: Ambivalências e expressões do vivido. *Revista Pistis Práxis: Teologia Pastoral*, 8(2), 385-413.
- Précoma, D. B., Oliveira, G. M. M., Simão, A. F., Dutra, O. P. (Eds.). (2019). Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787-891.
- Rabelo, M. C. M. (2014). *Enredos, feitura e modos de cuidado: Dimensões da vida e da convivência no candomblé*. Salvador: EDUFBA.
- Ramos, A. (2007). O negro brasileiro: Etnografia religiosa e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 729-744. DOI: 10.1590/S1415-47142007000400015
- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Ribeiro, P. H. V., Robazzi, M. L. C. C., & Dalmas, J. C. (2015). Prevalence of metabolic syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 435-440.
- Rocha, J. G. (2011). A intolerância religiosa e religiões de matrizes africanas no Rio de Janeiro. *Revista África e Africanidades*, 4(14-15), 1-20.
- Rodrigues, R. N. (2010). *Os africanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Rotta, R. R., & Bairrão, J. F. M. H. (2012). Sentidos e alcance psicológicos de caboclos nas vivências umbandistas. *Memorandum*, 23, 120-132.
- Scorsolini-Comin, F. (2015). Um toco e um divã: Reflexões sobre a espiritualidade na clínica etnopsicológica. *Contextos Clínicos*, 8(2), 114-127.
- Scorsolini-Comin, F., Bairrão, J. F. M. H., & Santos, M. A. (2017). Com a licença de Oxalá: A ética na pesquisa etnopsicológica em comunidades religiosas. *Revista da SPAGESP*, 18(2), 86-99.
- Scorsolini-Comin, F., & Campos, M. T. A. (2017). Narrativas desenvolvimentais de médiuns da umbanda à luz do modelo bioecológico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), 364-385.
- Silva, L. M. F., & Scorsolini-Comin, F. (2020). Na sala de espera do terreiro: Uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. *Saúde e Sociedade*, 29(1), e190378.
- Souza, K. M. J., Castellanos, M. E. P., Sá, L. D., & Palha, P. F. (2013). Experiência de adoecimento e narrativas: Apontamentos teóricos e metodológicos. In L. P. Mello, D. M. R. Gualda, & E. A. Campos (Orgs.), *Antropologia, Saúde e Enfermagem* (pp. 105-146). São Paulo: Manole.
- Trevino, K. M., & Pargament, K. I. (2017). Medicine, spirituality, religion, and psychology. In M. J. Balboni & J. R. Peteet (Eds.), *Spirituality and religion within the culture of medicine: From evidence to practice* (p. 233-262). Oxford University Press. DOI: 10.1093/med/9780190272432.003.0015

Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. Link

Zangari, W. (2005). Uma leitura psicossocial do fenômeno da mediunidade de umbanda. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 25(3), 70-88.

Como citar:

Scalon, E.F., Scorsolini-Comin, F., & Macedo, A. C. (2020). A Compreensão dos Processos de Saúde-Doença em Médiuns de Incorporação da Umbanda. *Revista Subjetividades*, 20(2), e10003. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e10003>

Endereço para correspondência

Ettore Fonseca Scalon
E-mail: ettore.scalon@gmail.com

Fabio Scorsolini-Comin
E-mail: fabioscorsolini@gmail.com

Alice Costa Macedo
E-mail: alicecostamacedo@gmail.com

Recebido em: 22/09/2019

Revisado em: 05/04/2020

Aceito em: 19/05/2020

Publicado online: 15/10/2020