

**A REZA, O BANHO AO CHÁ – SABERES TRADICIONAIS QUILOMBOLAS E
INDÍGENAS PARA A SAÚDE PSÍQUICA: REZAS, ERVAS, BENZIMENTOS E PRÁTICAS
COMUNITÁRIAS DE CURA FRENTE AO RACISMO, AO DESLOCAMENTO E ÀS
VIOLÊNCIAS ESTRUTURAIS**

**THE PRAYER, THE HERBAL BATH – QUILOMBOLA AND INDIGENOUS
TRADITIONAL KNOWLEDGE FOR PSYCHIC HEALTH: PRAYERS, HERBS,
BLESSINGS, AND COMMUNITY HEALING PRACTICES IN THE FACE OF RACISM,
DISPLACEMENT, AND STRUCTURAL VIOLENCE**

**LA ORACIÓN, EL BAÑO DE HIERBAS – SABERES TRADICIONALES QUILOMBOLAS
E INDÍGENAS PARA LA SALUD PSÍQUICA: ORACIONES, HIERBAS,
BENDECIMIENTOS Y PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE SANACIÓN FRENTE AL
RACISMO, EL DESPLAZAMIENTO Y LAS VIOLENCIAS ESTRUCTURALES**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n12-339>

Data de submissão: 29/11/2025

Data de publicação: 29/12/2025

Waldyr Barcellos Júnior

Mestre em Ensino

Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF)

E-mail: waldyr_barcellos@hotmail.com

Terezinha Sirley Ribeiro Sousa

Doutora em Educação

Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)

E-mail: terezinha.sirley@uepa.br

José Maria Nogueira Neto

Mestre em Geografia

Instituição: Faculdade Luciano Feijão (FLF)

E-mail: jmnogneto@gmail.com

Carlos Alves Gomes Dos Santos

Doutorando em Ciências Sociais

Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

E-mail: cag.santos@discente.ufma.br

Rafaella Contente Pereira da Costa

Doutora em Letras

Instituição: Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA)

E-mail: rafaellacontente@gmail.com

Jáder de Castro Andrade Rodrigues

Doutora em Educação em Ciências

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

E-mail: jadercastro5@gmail.com

Paulo Barroso
Especialista em Psicopedagogia
Faculdade CHRISTUS
E-mail: psi.pbarroso@gmail.com

Suede Fernanda Santos Baima
Especialista em Gestão Ambiental
Instituição: Faculdade Mantenense dos Vales Gerais (INTERVALE)
E-mail: engsuedfernanda@gmail.com

Valdir de Assis Cruz
Doutorando em Educação Física
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: valdassis@gmail.com

Angelo Mendes Ferreira
Doutorando em Ciências da Educação
Instituição: Universidad Del Sol (UNADES)
E-mail: angelolge89@gmail.com

Lucília Aquino Freitas
Mestra em Alimentos, Nutrição e Saúde
Instituição: Universidade Federal da Bahia (UFBA)
E-mail: nutrilaf@gmail.com

Valber Santos Brito
Mestrando em Extensão Rural
Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)
E-mail: valberbrito@hotmail.com

Rodrigo de Oliveira Paixão
Especialista em Cultura e História Indígena e Afro-brasileira
Instituição: Faculdade de Minas (FACUMINAS)
E-mail: rodrigopaixao10@yahoo.com.br

Kaiê Wolney Santana Silva
Especialista em Farmácia Clínica
Instituição: Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN)
E-mail: kaiewolney@gmail.com

RESUMO

Em contextos marcados pelo racismo estrutural, pela expropriação territorial, pelo deslocamento forçado e por múltiplas formas de violência histórica, populações quilombolas e indígenas têm mobilizado, de modo persistente, saberes tradicionais como estratégias de cuidado, resistência e preservação da vida. Práticas como rezas, banhos de ervas, benzimentos e rituais comunitários de cura constituem não apenas recursos terapêuticos, mas também expressões de uma cosmologia própria, na qual saúde psíquica, corpo, território, ancestralidade e coletividade se articulam de forma indissociável. Nesse sentido, o artigo parte do reconhecimento de que tais práticas desafiam concepções biomédicas hegemônicas e individualizantes de saúde mental, afirmando modos de

cuidado enraizados na memória coletiva, no pertencimento comunitário e na espiritualidade ancestral. O objeto deste artigo consiste na análise dos saberes tradicionais quilombolas e indígenas relacionados às práticas de cura comunitária – como rezas, uso de ervas medicinais, benzeimentos e rituais coletivos – enquanto dispositivos de cuidado da saúde psíquica e de enfrentamento aos efeitos do racismo, do desenraizamento territorial e das violências estruturais. Ao dialogar com perspectivas críticas da saúde coletiva, da antropologia, dos estudos decoloniais e dos saberes tradicionais, o texto busca compreender essas práticas como tecnologias sociais de cuidado, capazes de produzir sentido, proteção simbólica, fortalecimento subjetivo e recomposição dos vínculos comunitários. A pergunta de partida que orienta a reflexão é: em que medida os saberes tradicionais quilombolas e indígenas, expressos em práticas comunitárias de cura, contribuem para a promoção da saúde psíquica e para a resistência coletiva frente às violências estruturais impostas pelo racismo e pela colonialidade? Teoricamente, foram usados os repertórios de Arthur Kleinman (1995; 2020), Nancy Scheper-Hughes (1993), Paul Farmer (1998; 2003), Cecil Helman (1984), Franco Basaglia (1968; 2005), Achille Mbembe (2017; 2018; 2021), Frantz Fanon (1980; 2008; 2022), Lélia Gonzalez (2017; 2018; 2020; 2022), Kabengele Munanga (2005; 2015; 2019), Clóvis Moura (1988; 1994; 2020), Gloria Anzaldúa e Cherríe Moraga (1990; 2022), Viveiros de Castro (1992; 2007; 2009; 2014), Davi Kopenawa e Bruce Albert (2013; 2019), Ailton Krenak (2019; 2020), Daniel Munduruku (2005; 2013), Juana Elbein dos Santos (1986), Vicente Parizi (2020), Hertz Wendel de Camargo (2019), Gustavo Wada Ferreira (2022), entre outros. A pesquisa é de cunho qualitativa (Minayo, 2007), descritiva e bibliográfica (Gil, 2008) e com o viés analítico comprehensivo (Weber, 1949). Os achados indicam que rezas, banhos de ervas, benzeimentos e rituais comunitários atuam como dispositivos coletivos de cuidado da saúde psíquica entre populações quilombolas e indígenas, articulando corpo, espiritualidade, território e ancestralidade. Essas práticas contribuem para a redução do sofrimento psíquico associado ao racismo estrutural, ao deslocamento e às violências históricas, ao mesmo tempo em que fortalecem vínculos comunitários e identidades coletivas. Evidencia-se, ainda, seu caráter de resistência epistemológica frente à hegemonia biomédica individualizante. O reconhecimento desses saberes amplia a compreensão do cuidado em saúde e aponta para modelos mais plurais e antirracistas.

Palavras-chave: Saberes Tradicionais. Saúde Psíquica. Práticas Comunitárias de Cura. Racismo Estrutural.

ABSTRACT

In contexts marked by structural racism, territorial expropriation, forced displacement, and multiple forms of historical violence, quilombola and Indigenous populations have persistently mobilized traditional knowledge as strategies of care, resistance, and preservation of life. Practices such as prayers, herbal baths, blessings, and community healing rituals constitute not only therapeutic resources but also expressions of a distinct cosmology, in which psychic health, body, territory, ancestry, and collectivity are articulated in an inseparable manner. In this sense, the article is grounded in the recognition that such practices challenge hegemonic and individualizing biomedical conceptions of mental health, affirming modes of care rooted in collective memory, community belonging, and ancestral spirituality. The object of this article is the analysis of quilombola and Indigenous traditional knowledge related to community healing practices – such as prayers, the use of medicinal herbs, blessings, and collective rituals – as dispositifs of psychic health care and of confrontation with the effects of racism, territorial uprooting, and structural violence. By engaging with critical perspectives from collective health, anthropology, decolonial studies, and traditional knowledge systems, the text seeks to understand these practices as social technologies of care, capable of producing meaning, symbolic protection, subjective strengthening, and the recomposition of community bonds. The guiding research question is: to what extent do quilombola and Indigenous

traditional knowledges, expressed through community healing practices, contribute to the promotion of psychic health and to collective resistance in the face of structural violence imposed by racism and coloniality? Theoretically, the study draws on the works of Arthur Kleinman (1995; 2020), Nancy Scheper-Hughes (1993), Paul Farmer (1998; 2003), Cecil Helman (1984), Franco Basaglia (1968; 2005), Achille Mbembe (2017; 2018; 2021), Frantz Fanon (1980; 2008; 2022), Lélia Gonzalez (2017; 2018; 2020; 2022), Kabengele Munanga (2005; 2015; 2019), Clóvis Moura (1988; 1994; 2020), Gloria Anzaldúa and Cherrie Moraga (1990; 2022), Viveiros de Castro (1992; 2007; 2009; 2014), Davi Kopenawa and Bruce Albert (2013; 2019), Ailton Krenak (2019; 2020), Daniel Munduruku (2005; 2013), Juana Elbein dos Santos (1986), Vicente Parizi (2020), Hertz Wendel de Camargo (2019), Gustavo Wada Ferreira (2022), among others. The research adopts a qualitative approach (Minayo, 2007), with a descriptive and bibliographic design (Gil, 2008), and a comprehensive analytical perspective (Weber, 1949). The findings indicate that prayers, herbal baths, blessings, and community rituals operate as collective dispositifs of psychic health care among quilombola and Indigenous populations, articulating body, spirituality, territory, and ancestry. These practices contribute to the reduction of psychic suffering associated with structural racism, displacement, and historical violence, while simultaneously strengthening community bonds and collective identities. Their character as forms of epistemological resistance to individualizing biomedical hegemony is also evidenced. Recognizing these knowledges broadens the understanding of health care and points toward more plural and antiracist models.

Keywords: Traditional Knowledge. Psychic Health. Community Healing Practices. Structural Racism.

RESUMEN

En contextos marcados por el racismo estructural, la expropiación territorial, el desplazamiento forzado y múltiples formas de violencia histórica, las poblaciones quilombolas e indígenas han movilizado de manera persistente saberes tradicionales como estrategias de cuidado, resistencia y preservación de la vida. Prácticas como las oraciones, los baños de hierbas, los bendecimientos y los rituales comunitarios de sanación constituyen no solo recursos terapéuticos, sino también expresiones de una cosmología propia, en la cual la salud psíquica, el cuerpo, el territorio, la ancestralidad y la colectividad se articulan de forma indisociable. En este sentido, el artículo parte del reconocimiento de que dichas prácticas desafían concepciones biomédicas hegemónicas e individualizantes de la salud mental, afirmando modos de cuidado arraigados en la memoria colectiva, la pertenencia comunitaria y la espiritualidad ancestral. El objeto de este artículo consiste en el análisis de los saberes tradicionales quilombolas e indígenas relacionados con prácticas comunitarias de sanación – como oraciones, el uso de hierbas medicinales, bendecimientos y rituales colectivos – como dispositivos de cuidado de la salud psíquica y de enfrentamiento a los efectos del racismo, del desarraigo territorial y de las violencias estructurales. Al dialogar con perspectivas críticas de la salud colectiva, la antropología, los estudios decoloniales y los saberes tradicionales, el texto busca comprender estas prácticas como tecnologías sociales de cuidado, capaces de producir sentido, protección simbólica, fortalecimiento subjetivo y recomposición de los vínculos comunitarios. La pregunta orientadora de la reflexión es: ¿en qué medida los saberes tradicionales quilombolas e indígenas, expresados en prácticas comunitarias de sanación, contribuyen a la promoción de la salud psíquica y a la resistencia colectiva frente a las violencias estructurales impuestas por el racismo y la colonialidad? Teóricamente, se utilizan los aportes de Arthur Kleinman (1995; 2020), Nancy Scheper-Hughes (1993), Paul Farmer (1998; 2003), Cecil Helman (1984), Franco Basaglia (1968; 2005), Achille Mbembe (2017; 2018; 2021), Frantz Fanon (1980; 2008; 2022), Lélia Gonzalez (2017; 2018; 2020; 2022), Kabengele Munanga (2005; 2015; 2019), Clóvis Moura (1988; 1994; 2020), Gloria Anzaldúa y Cherrie Moraga (1990; 2022), Viveiros de Castro (1992; 2007; 2009; 2014), Davi Kopenawa y

Bruce Albert (2013; 2019), Ailton Krenak (2019; 2020), Daniel Munduruku (2005; 2013), Juana Elbein dos Santos (1986), Vicente Parizi (2020), Hertz Wendel de Camargo (2019), Gustavo Wada Ferreira (2022), entre otros. La investigación es de enfoque cualitativo (Minayo, 2007), de carácter descriptivo y bibliográfico (Gil, 2008), con un sesgo analítico comprensivo (Weber, 1949). Los hallazgos indican que las oraciones, los baños de hierbas, los bendecimientos y los rituales comunitarios actúan como dispositivos colectivos de cuidado de la salud psíquica entre poblaciones quilombolas e indígenas, articulando cuerpo, espiritualidad, territorio y ancestralidad. Estas prácticas contribuyen a la reducción del sufrimiento psíquico asociado al racismo estructural, al desplazamiento y a las violencias históricas, al tiempo que fortalecen los vínculos comunitarios y las identidades colectivas. Asimismo, se evidencia su carácter de resistencia epistemológica frente a la hegemonía biomédica individualizante. El reconocimiento de estos saberes amplía la comprensión del cuidado en salud y apunta hacia modelos más plurales y antirracistas.

Palabras clave: Saberes Tradicionales. Salud Psíquica. Prácticas Comunitarias de Sanación. Racismo Estructural.

1 INTRODUÇÃO – SABERES TRADICIONAIS QUILOMBOLAS E INDÍGENAS COMO DISPOSITIVOS COMUNITÁRIOS DE CUIDADO DA SAÚDE PSÍQUICA FRENTE AO RACISMO, À COLONIALIDADE E ÀS VIOLÊNCIAS ESTRUTURAIS

Os processos históricos que estruturaram as sociedades modernas produziram conhecimentos técnicos, científicos e médicos amplamente difundidos e institucionalizados, os quais, por sua vez, passaram a ocupar um lugar de centralidade na definição do que conta como saber legítimo sobre o corpo, a doença e a cura. Ainda assim, não se pode ignorar que, paralelamente a essa expansão do saber médico ocidental, outros modos de conhecer, cuidar e sustentar a vida foram sistematicamente silenciados, desqualificados ou apropriados sem reconhecimento, sobretudo aqueles oriundos dos povos indígenas e das populações negras escravizadas no Brasil. Assim, por mais que diferentes culturas tenham contribuído para o avanço das práticas de cuidado em saúde, é fundamental reconhecer que muitos dos conhecimentos que hoje atravessam o cotidiano brasileiro – como o uso de ervas, chás, rezas e práticas corporais – têm raízes profundas em cosmologias indígenas e afro-brasileiras, constituindo saberes historicamente produzidos em contextos de violência, resistência e reinvenção da vida. Como aponta Cecil Helman, “[...] a maneira como as pessoas percebem, interpretam e respondem à doença é profundamente moldada por suas crenças culturais, valores sociais e experiências históricas” (1984, p. 3), o que evidencia que saúde e cuidado não podem ser compreendidos fora de seus contextos socioculturais. Do mesmo modo, ao refletir sobre a persistência de saberes subalternizados, Achille Mbembe (2017) afirma que “[...] a modernidade não eliminou outros regimes de conhecimento, apenas tentou subordiná-los a uma hierarquia racial e epistemológica” (p. 21), revelando que a permanência desses saberes no cotidiano brasileiro não é resquício do passado, mas expressão viva de uma memória coletiva que resiste às lógicas de apagamento.

[...] o pensamento moderno ocidental construiu a ideia de humanidade como algo separado da Terra, como se fôssemos uma exceção no planeta, autorizados a explorá-lo ilimitadamente. Essa separação produziu não apenas a devastação dos territórios, mas também o empobrecimento das formas de sentir, cuidar e existir. Povos indígenas, ao contrário, nunca romperam essa relação, pois compreendem a vida como uma trama de interdependências entre humanos, espíritos, rios, florestas e ancestrais. É nesse vínculo contínuo que se sustenta a possibilidade de cuidado, de cura e de permanência da vida (Krenak, 2019, p. 19-20).

De modo mais específico, é fundamental observar que o racismo estrutural¹ e a colonialidade não se configura apenas como heranças simbólicas do passado, mas como dispositivos históricos

¹ O racismo estrutural constitui um elemento organizador das relações sociais nas sociedades marcadas pela herança colonial e escravocrata, operando de forma difusa, cotidiana e institucionalizada na produção de desigualdades raciais

ativos que continuam a organizar as relações sociais, econômicas e institucionais no Brasil, produzindo desigualdades profundas que atravessam, de forma persistente, as populações quilombolas e indígenas. Desde o período colonial, esses grupos foram inseridos em uma ordem social fundada na desumanização, na hierarquização racial e na expropriação sistemática de seus modos de vida, o que se traduziu, ao longo do tempo, em vulnerabilidades múltiplas que extrapolam a dimensão material e alcançam o campo da subjetividade e do sofrimento psíquico coletivo. Assim sendo, não se pode compreender as condições atuais de saúde, bem-estar e cuidado dessas populações sem considerar que o racismo opera como uma estrutura que naturaliza a precariedade, legitima a violência e limita o acesso a direitos básicos, inclusive no campo da saúde. Como demonstra Frantz Fanon, ao analisar os efeitos psíquicos da dominação colonial, “[...] o racismo não é apenas uma ideologia, mas uma experiência vivida que se inscreve no corpo, na linguagem e na própria percepção de si” (2008, p. 111), evidenciando que a opressão racial produz marcas subjetivas duradouras. Tal como, ao refletir sobre a especificidade do racismo no contexto brasileiro, Lélia Gonzalez (2017, p. 34) afirma que “[...] o racismo à brasileira se constrói pela negação cotidiana da humanidade negra e indígena, operando de forma difusa, porém profundamente eficaz”, o que permite compreender como essas desigualdades se mantêm mesmo sob discursos formais de igualdade. Dessa forma, o sofrimento vivenciado por essas populações não pode ser reduzido a trajetórias individuais, mas deve ser reconhecido como resultado de uma produção histórica de desigualdades racializadas que continuam a atravessar corpos, territórios e modos de existir.

À medida que se aprofunda a análise histórica, merece atenção o fato de que a expropriação territorial, os deslocamentos forçados e as múltiplas formas de violência institucional constituem dimensões centrais na produção do sofrimento psíquico coletivo vivenciado por populações quilombolas e indígenas, pois atingem não apenas a materialidade da existência, mas também os vínculos simbólicos, espirituais e afetivos que sustentam a vida comunitária. Não se trata apenas da perda da terra enquanto meio de subsistência, mas, sobretudo, da ruptura de uma relação ontológica

persistentes. Diferentemente de manifestações episódicas ou individuais de preconceito, o racismo estrutural manifesta-se na própria lógica de funcionamento das instituições, dos mercados, das políticas públicas e dos sistemas de produção de conhecimento, naturalizando a subalternização de populações negras e indígenas e limitando, de maneira sistemática, seu acesso a direitos, reconhecimento social e condições dignas de vida. No contexto brasileiro, essa estrutura racializada foi historicamente construída a partir da escravidão, da marginalização pós-abolição e da negação de cidadania plena à população negra, produzindo efeitos duradouros que se expressam nos indicadores de renda, escolaridade, moradia, saúde e mortalidade. Assim, o racismo não atua apenas como ideologia ou atitude individual, mas como um mecanismo que organiza oportunidades e distribui vulnerabilidades, inclusive no campo da saúde mental, ao expor determinados grupos a maiores níveis de violência, precariedade, sofrimento psíquico e morte evitável. Compreender o racismo como estrutural, portanto, permite deslocar a análise do plano moral ou comportamental para o plano histórico, político e institucional, evidenciando que o enfrentamento das desigualdades raciais exige transformações profundas nas estruturas sociais que sustentam a exclusão e a desumanização de corpos racializados. Ver: ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pôlen, 2019.

com o território, compreendido como espaço de memória, ancestralidade e continuidade da vida. Assim, quando comunidades são expulsas de seus territórios, confinadas a áreas degradadas ou submetidas à constante ameaça de remoção, instauram-se processos de luto coletivo, insegurança permanente e desorganização das redes de cuidado, afetando profundamente a saúde psíquica. Como afirma Davi Kopenawa (2019), “[...] quando a floresta é destruída, nosso pensamento fica doente, porque é dela que vêm nossos sonhos e nossa força” (p. 412), evidenciando que o sofrimento não se limita ao corpo individual, mas se espalha pelo coletivo e pelo cosmos. De forma complementar, ao analisar as consequências sociais da violência estrutural no Brasil, Achille Mbembe (2021, p. 67) destaca que “[...] a gestão colonial dos territórios sempre implicou a produção de zonas de morte lenta, onde viver significa resistir cotidianamente à precariedade imposta”, o que permite compreender como políticas estatais, omissões institucionais e práticas administrativas produzem contextos de adoecimento contínuo. Desse modo, a violência institucional – expressa na negação de direitos, na criminalização dos modos de vida tradicionais e na imposição de projetos econômicos predatórios – atua como um fator permanente de sofrimento psíquico coletivo, pois fragiliza a autonomia comunitária e compromete as possibilidades de elaboração simbólica do trauma. O sofrimento, assim sendo, que emerge desses processos não pode ser reduzido a categorias clínicas isoladas, mas deve ser reconhecido como resultado direto de dinâmicas históricas de despossessão que atravessam territórios, corpos e subjetividades de forma indissociável.

Por outro lado, ao adentrar o campo da saúde mental, torna-se imprescindível problematizar o modo como a racionalidade hegemônica ocidental construiu, ao longo do tempo, um entendimento restrito e normativo do sofrimento psíquico, frequentemente desvinculado das condições históricas, sociais e culturais que produzem o adoecimento. Ainda hoje, os modelos dominantes de atenção em saúde mental tendem a operar a partir de categorias universais, diagnósticos padronizados e intervenções individualizadas, tratando o sofrimento como disfunção interna do sujeito e não como expressão de processos coletivos de violência, exclusão e desigualdade. Logo, quando populações quilombolas e indígenas acessam os serviços formais de saúde, seus modos próprios de narrar a dor, o medo, a angústia e o luto costumam ser traduzidos – ou mesmo silenciados – por uma linguagem técnica que pouco dialoga com suas cosmologias e experiências de mundo. Nesse sentido, Arthur Kleinman, ao refletir sobre os limites da psiquiatria biomédica, observa que “[...] as narrativas de sofrimento são frequentemente reduzidas a sintomas clínicos, apagando as histórias morais, sociais e políticas que lhes dão sentido” (1995, p. 95), o que evidencia a incapacidade do modelo hegemônico de captar a complexidade do sofrimento vivido. De forma ainda mais contundente, Basaglia afirma: “[...] quando a instituição define a doença sem escutar a vida concreta do sujeito, ela produz mais

exclusão do que cuidado” (1968, p. 64), revelando como a lógica institucional pode reforçar processos de marginalização. Desse modo, a saúde mental hegemônica, ao priorizar a neutralidade técnica e a fragmentação do sujeito, acaba por desconsiderar que, em contextos marcados pelo racismo estrutural, pela violência territorial e pela negação de direitos, o sofrimento psíquico não é exceção patológica, mas resposta histórica a condições sistemáticas de opressão. Dito isso, problematizar esse modelo não significa negar a importância dos saberes científicos, mas reconhecer seus limites e a necessidade de diálogo com outras formas de cuidado que compreendem a saúde psíquica como fenômeno relacional, situado e profundamente atravessado pela história.

[...] a prática clínica moderna tende a transformar o sofrimento humano em um problema técnico, separando-o de seus contextos sociais e morais. Ao fazê-lo, converte experiências profundamente enraizadas em histórias de vida, relações sociais, desigualdades e conflitos políticos em categorias diagnósticas abstratas. Esse processo não apenas empobrece a compreensão do sofrimento, como também distancia o cuidado das realidades concretas das pessoas, uma vez que aquilo que realmente está em jogo para o sujeito – suas perdas, seus medos, suas responsabilidades e seus vínculos – raramente encontra lugar legítimo no discurso biomédico (Kleinman, 2020, p. 33-34).

Nesse percurso, é fundamental observar que a concepção biomédica dominante de saúde psíquica opera, de modo recorrente, a partir de uma lógica individualizante que desloca o sofrimento de seus determinantes históricos, sociais e territoriais, convertendo experiências coletivas de violência em quadros clínicos isolados. Assim, sentimentos como medo, tristeza profunda, angústia persistente e exaustão emocional, vivenciados por populações submetidas ao racismo estrutural e à precarização contínua da vida, passam a ser interpretados como falhas internas do sujeito, e não como respostas compreensíveis a contextos de opressão prolongada. À medida que esse modelo se consolida, reforça-se a tendência de medicalização do sofrimento, com intervenções centradas no controle dos sintomas e na adaptação do indivíduo a condições sociais injustas, em vez de questionar as estruturas que produzem o adoecimento. Nesse sentido, convém observar que a própria noção de normalidade psíquica, tal como definida pelos manuais diagnósticos, carrega pressupostos culturais eurocentrados que pouco dialogam com cosmologias indígenas e afro-brasileiras, nas quais o sofrimento é compreendido como desequilíbrio relacional entre corpo, espírito, território e comunidade. Como afirma Paul Farmer (2003) ao discutir a relação entre desigualdade e adoecimento, “[...] tratar a doença sem enfrentar as estruturas que a produzem é uma forma sofisticada de negligência” (p. 15), o que evidencia os limites éticos e políticos da abordagem biomédica isolada. Em adição a isso, Kleinman (2020, p. 28) destaca que “[...] a redução do sofrimento humano a categorias clínicas obscurece as dimensões morais e sociais da experiência da dor”, reforçando a crítica à fragmentação do cuidado. Dessa forma, a concepção biomédica, ao priorizar protocolos universais e intervenções

padronizadas, tende a invisibilizar saberes e práticas que reconhecem a saúde psíquica como fenômeno situado, atravessado por relações de poder, memória histórica e pertencimento territorial. Em decorrência disso, questionar essa perspectiva não implica rejeitar os avanços da medicina, mas afirmar a necessidade de superá-la enquanto paradigma exclusivo, abrindo espaço para abordagens que compreendam o cuidado como processo coletivo, contextualizado e politicamente implicado.

Nesse cenário mais amplo, é importante destacar que a invisibilização dos saberes tradicionais nos campos da saúde, da psicologia e das políticas públicas não ocorre de forma casual, mas resulta de um processo histórico de hierarquização epistemológica que privilegiou conhecimentos eurocentrados em detrimento das formas de saber produzidas por populações negras e indígenas. Dito isso, práticas como rezas, benzimentos, uso ritual e terapêutico das ervas, narrativas ancestrais e cuidados comunitários foram, ao longo do tempo, classificadas como superstição, crença ou folclore, sendo sistematicamente excluídas dos currículos acadêmicos, dos protocolos institucionais e das diretrizes oficiais de atenção à saúde. À medida que esse apagamento se consolida, produz-se uma ruptura entre os serviços formais e as experiências concretas das comunidades, o que contribui para a desconfiança em relação às instituições e para a baixa adesão a políticas públicas que não dialogam com os modos locais de compreender o sofrimento e a cura. Como observa Kabengele Munanga, ao analisar a lógica do racismo epistemológico, “[...] negar os saberes produzidos pelos povos negros e indígenas é uma estratégia central de manutenção das desigualdades, pois retira desses grupos o direito de interpretar o mundo a partir de suas próprias referências” (2015, p. 52), evidenciando que a invisibilização do conhecimento também é uma forma de violência. De igual maneira, ao refletir sobre os saberes situados e as epistemologias subalternizadas, Gloria Anzaldúa (2012, p. 38) afirma que “[...] aquilo que não cabe na racionalidade dominante é empurrado para as margens, mesmo quando sustenta a vida cotidiana de comunidades inteiras”, o que ajuda a compreender por que tais práticas permanecem ausentes das políticas oficiais de saúde mental. Dessa forma, a exclusão desses saberes não apenas empobrece o campo científico, mas também reforça práticas institucionais que desconsideram o caráter coletivo, simbólico e espiritual do cuidado. Nesse sentido, reconhecer essa invisibilização é passo fundamental para problematizar as bases epistemológicas das políticas públicas e abrir caminhos para uma abordagem que reconheça a pluralidade de saberes como condição para uma atenção em saúde verdadeiramente ampliada.

Nesse ponto da reflexão, vale destacar que os saberes tradicionais quilombolas e indígenas ocupam um lugar central na sustentação histórica da vida comunitária, configurando-se como

verdadeiras tecnologias sociais de cuidado² que articulam, de forma indissociável, dimensões materiais, simbólicas, espirituais e afetivas da existência. Rezas, benzimentos, banhos de ervas, rituais coletivos e práticas narrativas não se apresentam como recursos acessórios, mas como modos complexos de elaboração do sofrimento, de recomposição dos vínculos sociais e de restauração do equilíbrio entre corpo, território e ancestralidade. Com isso, em contextos marcados pela ausência do Estado, pela violência cotidiana e pela precarização das condições de vida, essas práticas historicamente permitiram que comunidades negras e indígenas enfrentassem o adoecimento não apenas como evento individual, mas como experiência compartilhada, passível de ser acolhida, nomeada e transformada coletivamente. Como demonstra Juana Elbein dos Santos, ao analisar as cosmologias nagô, “[...] a cura não é um ato isolado, mas um processo que envolve a comunidade, os ancestrais e as forças da natureza em constante interação” (1986, p. 74), evidenciando que o cuidado se organiza em uma lógica relacional e ampliada. Em continuidade, ao refletir sobre a permanência desses saberes no cotidiano brasileiro, Daniel Munduruku (2005, p. 19) afirma que “[...] as práticas tradicionais de cura são também formas de educar o corpo e o espírito para a convivência, para o respeito e para a continuidade da vida coletiva”, o que reforça seu caráter pedagógico e político. Dessa maneira, a centralidade dessas práticas não se explica apenas por sua eficácia terapêutica, mas pelo fato de produzirem sentido, pertencimento e reconhecimento em contextos historicamente atravessados pela negação da humanidade desses povos. Implica, desse modo, que compreender rezas, ervas, benzimentos e rituais comunitários como práticas históricas de cuidado tenciona reconhecer-las como expressões vivas de resistência, memória e produção de saúde psíquica coletiva, capazes de enfrentar o sofrimento não pela negação da dor, mas por sua elaboração compartilhada no interior da comunidade.

[...] em contextos de pobreza estrutural, violência cotidiana e abandono institucional, as comunidades constroem formas próprias de cuidado que não se baseiam apenas em tratamentos médicos formais, mas em redes densas de relações sociais, rituais, narrativas e

² As tecnologias sociais de cuidado constituem arranjos coletivos de saberes, práticas e relações que emergem das experiências concretas das comunidades na produção de respostas solidárias às necessidades de vida, saúde e bem-estar, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais e ausência do Estado. Diferentemente de soluções tecnocráticas e padronizadas, essas tecnologias se constroem a partir do reconhecimento dos conhecimentos locais, da cooperação comunitária e da articulação entre dimensões materiais, simbólicas e afetivas do cuidado, promovendo formas de intervenção enraizadas no território e culturalmente situadas. No campo da saúde, as tecnologias sociais de cuidado operam como dispositivos que fortalecem vínculos, produzem sentido compartilhado para o sofrimento e ampliam a capacidade coletiva de enfrentamento das adversidades, ao mesmo tempo em que tensionam modelos hegemônicos centrados na medicalização e na individualização dos problemas sociais. Assim, ao valorizar práticas comunitárias, participação social e autonomia dos sujeitos, essas tecnologias não apenas contribuem para a promoção da saúde integral, mas também afirmam o cuidado como prática política, orientada pela justiça social, pela equidade e pelo reconhecimento da diversidade de modos de viver e cuidar. Ver: DAGNINO, Renato; BRANDÃO, Flávio Cruvinel; NOVAES, Henrique Tahan. Tecnologia social: uma estratégia para o desenvolvimento. Ciência & Tecnologia Social, Campinas, v. 1, n. 1, p. 1-23, 2004.

práticas simbólicas. Essas formas de cuidado não apenas aliviam o sofrimento físico e emocional, como também produzem sentido moral para a dor, reintegram o indivíduo ao coletivo e reafirmam valores compartilhados sobre vida, morte e responsabilidade mútua. O que está em jogo nessas práticas não é simplesmente a cura de um corpo doente, mas a reconstrução contínua da vida social diante de condições que ameaçam permanentemente sua reprodução (Schepers-Hughes, 1993, p. 28-29).

Desse modo, a partir dessa centralidade dos saberes tradicionais, torna-se possível compreender que, nas cosmologias quilombolas e indígenas, a saúde psíquica não se organiza a partir de uma separação entre corpo e mente, tampouco entre indivíduo e coletividade, mas emerge de uma articulação profunda entre corpo, espiritualidade, território, ancestralidade e vida comunitária. Diante disso, o corpo não é concebido como entidade isolada ou meramente biológica, mas como espaço de inscrição da memória histórica, das relações sociais e das forças espirituais que atravessam a existência. Logo, à medida que essa compreensão se enraíza no cotidiano, práticas de cuidado passam a envolver não apenas a pessoa adoecida, mas também sua família, sua comunidade, seus ancestrais e o território que sustenta a vida coletiva. Nesse sentido, o sofrimento psíquico é interpretado como sinal de desequilíbrio relacional, exigindo processos de recomposição que mobilizam cantos, rezas, ervas, narrativas e rituais capazes de restaurar a harmonia entre os diferentes planos da existência. Como ressalta Ailton Krenak (2020, p. 49), “[...] separar o corpo da terra é produzir adoecimento, porque a vida só existe em relação”, o que evidencia a centralidade do território como dimensão constitutiva da saúde. Em diálogo com isso, ao analisar as ontologias ameríndias, Eduardo Viveiros de Castro afirma: “[...] o corpo é sempre um feixe de relações, nunca uma substância isolada” (2014, p. 57), reforçando que a subjetividade se constrói de forma relacional e coletiva. Dessa forma, a articulação entre corpo, espiritualidade e território permite compreender por que processos de expropriação territorial, racismo e violência institucional afetam diretamente a saúde psíquica dessas populações, pois rompem vínculos fundamentais para a manutenção do equilíbrio existencial. Desse modo, reconhecer essa concepção ampliada de saúde implica deslocar o olhar das abordagens fragmentadas e abrir espaço para práticas de cuidado que considerem a totalidade da experiência humana, ancorada na ancestralidade e na coletividade como fontes de sentido e sustentação da vida.

Diante desse conjunto de reflexões, é fundamental observar que a incorporação dos saberes tradicionais quilombolas e indígenas no debate contemporâneo sobre saúde psíquica não se justifica apenas por razões culturais ou simbólicas, mas assume uma relevância científica, social e política incontornável. Do ponto de vista científico, tais saberes desafiam paradigmas reducionistas ao oferecerem interpretações complexas do sofrimento humano, ancoradas na experiência vivida, na historicidade e nas relações sociais, ampliando as possibilidades analíticas da saúde coletiva. Socialmente, essas práticas constituem respostas concretas às lacunas deixadas pelas políticas

públicas, sobretudo em territórios marcados pela ausência do Estado, pela precarização dos serviços e pela violência institucional, funcionando como redes autônomas de cuidado e proteção da vida. Politicamente, reconhecer essas práticas como tecnologias sociais de cuidado implica confrontar hierarquias epistemológicas racializadas e afirmar o direito dessas populações de produzir conhecimento legítimo sobre saúde, sofrimento e cura. Nesse sentido, convém observar que Nancy Scheper-Hughes, ao analisar o sofrimento social em contextos de desigualdade extrema, afirma que “[...] a dor não é apenas uma experiência individual, mas um produto social que exige respostas coletivas e moralmente comprometidas” (1993, p. 15), o que reforça a centralidade dessas práticas comunitárias. De forma igualmente contundente, Clóvis Moura (1994, p. 112) assinala que “[...] as estratégias de sobrevivência e cuidado construídas pelos grupos subalternizados são também formas de resistência política frente a uma ordem social excludente”, evidenciando que tais saberes operam como instrumentos de enfrentamento às estruturas de dominação. Por conseguinte, ao serem reconhecidos como tecnologias sociais de cuidado, os saberes tradicionais deixam de ocupar um lugar marginal e passam a ser compreendidos como contribuições fundamentais para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às realidades territoriais, raciais e culturais do país. Dessa forma, a justificativa deste estudo reside precisamente na necessidade de tensionar os limites do conhecimento hegemônico, ao mesmo tempo em que valoriza práticas historicamente deslegitimadas, afirmando seu potencial transformador no campo da saúde psíquica e da justiça social.

Nesse horizonte analítico, cumpre salientar que o presente artigo se insere no debate contemporâneo sobre saúde psíquica, resistência coletiva e práticas comunitárias de cuidado, partindo do reconhecimento de que os sofrimentos vivenciados por populações quilombolas e indígenas não podem ser compreendidos fora das tramas históricas do racismo, da colonialidade e das violências estruturais que atravessam seus territórios e modos de vida. Dessa maneira, o objeto deste artigo consiste na análise dos saberes tradicionais quilombolas e indígenas relacionados às práticas de cura comunitária – como rezas, uso de ervas medicinais, benzimentos e rituais coletivos – enquanto dispositivos de cuidado da saúde psíquica e de enfrentamento aos efeitos do racismo, do desenraizamento territorial e das múltiplas formas de violência institucional. Trata-se, portanto, de compreender essas práticas não como expressões residuais ou folclóricas, mas como formas historicamente produzidas de elaboração do sofrimento, sustentação da vida coletiva e afirmação de outros modos de existir. Nesse sentido, o foco analítico desloca-se da busca por eficácia terapêutica nos moldes biomédicos para a compreensão das dimensões simbólicas, políticas e relacionais do cuidado, reconhecendo que tais práticas operam como espaços de escuta, recomposição de vínculos e produção de sentido em contextos marcados pela precarização da vida. Como afirma Achille

Mbembe (2021, p. 39), “[...] a política da vida e da morte se manifesta justamente nos territórios onde certos corpos são considerados descartáveis”, o que reforça a necessidade de analisar práticas que resistem a essa lógica de aniquilamento. Em perspectiva complementar, ao refletir sobre sofrimento e cuidado em contextos de violência estrutural, Arthur Kleinman (2020, p. 121) afirma: “[...] o cuidado emerge como prática moral e coletiva quando as instituições falham em proteger a dignidade humana”, evidenciando que tais saberes se organizam como respostas éticas à negação sistemática de direitos. Dessa forma, a questão central que orienta esta pesquisa pode ser formulada nos seguintes termos: em que medida os saberes tradicionais quilombolas e indígenas, expressos em práticas comunitárias de cura, contribuem para a promoção da saúde psíquica e para a resistência coletiva frente às violências estruturais impostas pelo racismo e pela colonialidade? Ao situar-se nesse campo de tensões entre sofrimento social, práticas de cuidado e resistência histórica, o artigo busca contribuir para os debates antirracistas, decoloniais e pluripistêmicos na saúde coletiva, afirmando a legitimidade desses saberes como dimensões fundamentais da produção de saúde e da defesa da vida.

2 METODOLOGIA – CAMINHOS QUALITATIVOS E COMPREENSIVOS PARA A ANÁLISE DOS SABERES TRADICIONAIS QUILOMBOLAS E INDÍGENAS COMO PRÁTICAS COMUNITÁRIAS DE CUIDADO DA SAÚDE PSÍQUICA

O ponto de partida metodológico deste estudo ancora-se na adoção de uma abordagem qualitativa, uma vez que o objeto investigado – os saberes tradicionais quilombolas e indígenas como práticas de cuidado da saúde psíquica – envolveu dimensões simbólicas, relacionais, históricas e culturais que não podem ser apreendidas por procedimentos quantitativos ou por métricas padronizadas. Assim, a pesquisa privilegiou a compreensão dos sentidos atribuídos ao sofrimento, ao cuidado e às práticas comunitárias de cura, reconhecendo que tais experiências são produzidas socialmente e inscritas em contextos específicos de vida. Nesse sentido, Minayo (2007) sustenta que “[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p. 21). De forma complementar, Flick afirma que “[...] a pesquisa qualitativa busca compreender como as pessoas constroem sentido sobre o mundo social a partir de suas experiências e interações cotidianas” (2009, p. 16), reforçando a adequação dessa abordagem para investigar práticas de cuidado enraizadas em cosmologias próprias. Diante disso, entende-se que a abordagem qualitativa não apenas orienta a técnica de investigação, mas expressa uma posição epistemológica comprometida com a escuta, a contextualização e o reconhecimento da complexidade social.

[...] a abordagem qualitativa parte do reconhecimento de que a realidade social não é dada de forma imediata nem transparente, mas construída histórica e simbolicamente pelos sujeitos em suas relações cotidianas. Trata-se de uma perspectiva que busca compreender os fenômenos sociais a partir dos significados que os indivíduos e grupos atribuem às suas experiências, considerando os contextos culturais, políticos e históricos em que estão inseridos. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa não se orienta pela quantificação ou pela mensuração de variáveis, mas pela interpretação dos sentidos, das narrativas, das práticas e das formas de ação social, reconhecendo a complexidade e a dinamicidade dos processos investigados. Assim, o pesquisador assume uma postura reflexiva e interpretativa, comprometida com a compreensão profunda dos fenômenos estudados e com o respeito às formas de saber e de expressão dos sujeitos sociais (Minayo, 2007, p. 24).

Desse modo, no que se refere à natureza e ao tipo da pesquisa, o estudo caracteriza-se como descritivo e bibliográfico, pois se dedicou à análise, sistematização e interpretação comprehensiva da produção teórica existente sobre saberes tradicionais, saúde psíquica, racismo estrutural, colonialidade e práticas comunitárias de cuidado. Trata-se, portanto, de uma investigação que não buscou testar hipóteses causais, mas descrever e compreender como diferentes autores e campos do conhecimento vêm construindo interpretações sobre o fenômeno estudado. Gil (2008) esclarece que “[...] a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (p. 28), o que se coaduna com a proposta deste trabalho. Do mesmo modo, ao tratar da pesquisa bibliográfica, o autor destaca que “[...] esse tipo de estudo é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, permitindo ao pesquisador conhecer o estado da arte sobre determinado tema” (2008, p. 50). Assim sendo, a pesquisa bibliográfica foi escolhida como estratégia para mapear diferentes tradições teóricas e construir uma leitura articulada e crítica do cuidado tradicional enquanto tecnologia social.

Quanto ao viés teórico-metodológico, a investigação fundamenta-se na perspectiva analítico-comprehensiva, inspirada na sociologia comprehensiva de Max Weber, a qual enfatiza a interpretação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas ações e práticas sociais. Essa escolha permitiu compreender rezas, rituais, benzimentos e práticas comunitárias de cura não apenas como procedimentos técnicos, mas como ações dotadas de sentido, orientadas por valores, crenças e cosmologias específicas. Weber afirma que “[...] a sociologia comprehensiva busca interpretar a ação social para, desse modo, explicá-la causalmente em seu desenvolvimento e em seus efeitos” (1949, p. 87). De forma convergente, Minayo, Deslandes e Gomes observam que “[...] a abordagem comprehensiva parte do pressuposto de que o sentido da ação só pode ser apreendido quando se considera o ponto de vista dos próprios atores sociais” (2002, p. 17). Assim, o viés comprehensivo sustenta uma leitura que respeita as cosmologias quilombolas e indígenas como sistemas legítimos de produção de sentido, evitando reduções funcionalistas ou interpretações etnocêntricas.

No que concerne ao corpus teórico e aos critérios de seleção das fontes, as obras analisadas foram escolhidas a partir de sua relevância temática, densidade conceitual e contribuição para o debate sobre saúde psíquica, racismo estrutural, colonialidade, espiritualidade e cuidado comunitário. Foram priorizados autores que dialogam com a antropologia médica, a saúde coletiva crítica, os estudos raciais, as epistemologias decoloniais e as cosmologias indígenas e afro-brasileiras. Stake destaca que “[...] a seleção criteriosa das fontes é fundamental para garantir profundidade interpretativa e coerência analítica na pesquisa qualitativa” (2011, p. 44). Em consonância, Minayo ressalta que “[...] o pesquisador qualitativo deve buscar autores que permitam compreender o fenômeno em sua complexidade histórica, social e simbólica” (2007, p. 36). Desse modo, o corpus teórico não foi constituído de forma aleatória, mas orientado por critérios que asseguram consistência epistemológica e pluralidade de perspectivas.

[...] a constituição do corpus teórico em uma pesquisa qualitativa não pode ser orientada por critérios de exaustividade ou aleatoriedade, mas pela relevância interpretativa das obras selecionadas em relação ao objeto de estudo. O pesquisador deve eleger autores e produções que permitam iluminar o fenômeno investigado em suas múltiplas dimensões, considerando sua historicidade, seus atravessamentos sociais e seus significados simbólicos. Nesse sentido, a escolha das fontes implica um movimento analítico e reflexivo, no qual se busca estabelecer diálogos entre diferentes tradições teóricas, identificar convergências e tensões conceituais e construir um quadro interpretativo coerente. Assim, o rigor da pesquisa qualitativa reside menos na quantidade de referências mobilizadas e mais na densidade teórica e na capacidade explicativa do conjunto de obras selecionadas (Minayo, 2007, p. 37).

Desse modo, os procedimentos de análise adotados basearam-se em leitura analítica, interpretativa e temática das obras selecionadas, com identificação de categorias centrais que atravessam os diferentes campos teóricos mobilizados. Entre essas categorias destacam-se: sofrimento psíquico coletivo, tecnologias sociais de cuidado, racismo estrutural e colonialidade, territorialidade, ancestralidade e espiritualidade, bem como resistência epistemológica. Segundo Minayo, “[...] a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico visado” (2007, p. 316). De forma complementar, Flick observa que “[...] a análise qualitativa envolve comparar, relacionar e articular conceitos, buscando convergências, tensões e contradições entre diferentes perspectivas” (2009, p. 288). Assim, a análise não se limitou à descrição das ideias dos autores, mas buscou construir articulações críticas entre elas, evidenciando diálogos e disputas epistemológicas.

No plano ético, a pesquisa assumiu um compromisso explícito com a não exotização, a não apropriação indevida e a não hierarquização dos saberes tradicionais quilombolas e indígenas. Reconhece-se que trabalhar com esses conhecimentos exigiu cuidado metodológico e responsabilidade política, sobretudo diante de um histórico de silenciamento e deslegitimização dessas

epistemologias. Minayo afirma que “[...] a ética na pesquisa qualitativa envolve respeito às culturas, às formas de vida e aos sistemas simbólicos dos grupos estudados” (2008, p. 52). Do mesmo modo, Flick destaca que “[...] a sensibilidade ética é parte constitutiva do processo interpretativo e não um elemento externo à metodologia” (2009, p. 37). Dessa forma, a abordagem adotada buscou afirmar uma perspectiva antirracista, intercultural e decolonial, reconhecendo os saberes tradicionais como produtores legítimos de conhecimento e cuidado.

3 SABERES TRADICIONAIS QUILOMBOLAS E INDÍGENAS PARA A SAÚDE PSÍQUICA: REZAS, ERVAS, BENZIMENTOS E PRÁTICAS COMUNITÁRIAS DE CURA FRENTE AO RACISMO, AO DESLOCAMENTO E ÀS VIOLENCIAS ESTRUTURAIS

O sofrimento psíquico vivido por populações quilombolas e indígenas não pode ser compreendido como fenômeno episódico, individual ou desvinculado da história, pois ele se constitui, antes de tudo, como expressão coletiva de estruturas sociais profundamente marcadas pelo racismo e pela colonialidade. Assim, longe de se restringir a experiências subjetivas isoladas, esse sofrimento emerge da repetição cotidiana de violências simbólicas, materiais e institucionais que atravessam gerações, moldando percepções de si, do mundo e do lugar social ocupado. À medida que o racismo se naturaliza como princípio organizador da sociedade, ele passa a operar silenciosamente sobre os corpos e as subjetividades, produzindo sentimentos persistentes de desvalorização, insegurança, medo e exaustão emocional. Nesse sentido, Achille Mbembe afirma: “[...] o racismo moderno funciona como uma tecnologia de gestão da vida e da morte, produzindo sujeitos permanentemente expostos à precariedade e à vulnerabilidade” (2017, p. 43), evidenciando que o sofrimento não é um efeito colateral, mas parte constitutiva dessa lógica. Em articulação, ao analisar os impactos psíquicos da dominação colonial, Fanon (2022, p. 182) observa que “[...] a violência colonial não se limita à ocupação do território, ela se infiltra na consciência, reorganiza afetos e produz uma relação patológica com o mundo”, revelando como o sofrimento se inscreve tanto no plano individual quanto no coletivo. Logo, quando se fala em sofrimento psíquico coletivo, trata-se de reconhecer que a dor vivida por essas populações é socialmente produzida, historicamente acumulada e continuamente reatualizada por estruturas que negam direitos, apagam memórias e deslegitimam modos de existir. Desse modo, o racismo estrutural e a colonialidade configuram-se como matrizes fundamentais do adoecimento psíquico, pois organizam um cenário no qual viver, resistir e cuidar de si exigem esforços constantes de recomposição subjetiva e coletiva.

[...] o mundo colonial é um mundo compartmentado, maniqueísta, estruturado pela violência permanente. Essa violência não se exerce apenas sobre os corpos, mas também sobre as

consciências, produzindo sujeitos marcados por um sentimento constante de insegurança, inferiorização e medo. A dominação colonial cria uma atmosfera psicológica na qual o colonizado é levado a duvidar de si, de sua cultura e de sua própria humanidade. O sofrimento que daí decorre não é um acidente individual, mas um efeito coletivo de um sistema que organiza a vida social a partir da negação e da desqualificação sistemática do outro (Fanon, 2022, p. 201-202).

De forma mais aprofundada, é fundamental observar que o racismo não pode ser interpretado como um conjunto de atitudes isoladas, preconceitos individuais ou episódios pontuais de discriminação, pois ele se estrutura historicamente como um sistema de poder que organiza hierarquias sociais, distribui privilégios e produz desigualdades de maneira contínua e institucionalizada. Logo, quando o sofrimento psíquico atinge populações quilombolas e indígenas, ele não decorre apenas de experiências pessoais de ofensa ou exclusão, mas da permanência de uma ordem social que naturaliza a inferiorização racial e a negação de direitos, afetando trajetórias de vida inteiras. Nesse sentido, convém observar que o racismo atua como uma engrenagem sistêmica, operando simultaneamente no campo econômico, político, simbólico e subjetivo, de modo que seus efeitos se acumulam ao longo do tempo e se expressam como cansaço existencial, insegurança permanente e sensação de não pertencimento. Como destaca Achille Mbembe (2018), ao refletir sobre as formas contemporâneas de dominação racial: “[...] o racismo funciona como uma racionalidade que estrutura instituições, políticas públicas e modos de governar populações inteiras” (p. 55), o que evidencia que seus impactos extrapolam a esfera interpessoal. De igual maneira, ao analisar a experiência colonial como processo totalizante, Frantz Fanon (1980, p. 67) inicia uma de suas reflexões afirmando: “[...] o sistema colonial produz sujeitos feridos em sua humanidade, pois organiza o mundo a partir de uma divisão radical entre aqueles que valem e aqueles que podem ser descartados”, revelando que o sofrimento psíquico emerge da própria arquitetura social do racismo. Dessa forma, compreender o racismo como estrutura histórica e sistêmica permite deslocar a análise do plano da culpa individual para o reconhecimento das condições sociais que produzem o adoecimento, abrindo espaço para abordagens coletivas de cuidado e resistência. Em decorrência disso, o sofrimento psíquico não aparece como fragilidade pessoal, mas como resposta legítima a uma ordem social que insiste em negar dignidade, reconhecimento e pertencimento a determinados grupos, tornando a vida cotidiana um exercício permanente de enfrentamento e recomposição subjetiva.

À luz dessas reflexões, é fundamental observar que a colonialidade do poder, do saber e do ser³ constitui um eixo estruturante na produção do sofrimento psíquico coletivo, pois organiza não

³ A colonialidade do poder, do saber e do ser constitui um marco analítico fundamental para compreender a persistência das hierarquias raciais, epistemológicas e ontológicas produzidas pelo colonialismo e atualizadas nas sociedades

apenas as relações econômicas e políticas, mas também os regimes de conhecimento e as formas legítimas de existir e sentir no mundo. Portanto, mesmo após o fim formal do colonialismo, persistem hierarquias que classificam corpos, saberes e modos de vida a partir de parâmetros eurocentrados, produzindo uma experiência contínua de desautorização simbólica para populações quilombolas e indígenas. À medida que determinados conhecimentos são reconhecidos como científicos e universais, outros passam a ser desqualificados como crença, mito ou atraso, o que gera efeitos profundos na constituição subjetiva dos sujeitos, uma vez que seus modos de compreender o sofrimento e o cuidado são sistematicamente negados. Nesse sentido, convém observar que Kabengele Munanga (2019) aponta que “[...] a colonialidade se perpetua quando os grupos subalternizados são levados a internalizar a inferiorização de suas histórias, culturas e formas de conhecimento” (p. 87), revelando como o sofrimento psíquico também se produz pela incorporação cotidiana da deslegitimização. Em adição a isso, ao analisar os efeitos ontológicos da colonização, Viveiros de Castro (2009, p. 32) inicia uma de suas reflexões afirmando: “[...] a colonização não destrói apenas territórios, ela impõe uma metafísica que redefine o que conta como humano, como pensamento e como mundo”, o que ajuda a compreender como a colonialidade do ser atua na base das experiências de dor, silenciamento e desenraizamento subjetivo. Dessa forma, o sofrimento psíquico não se limita às consequências materiais da desigualdade, mas emerge também da negação ontológica, isto é, da recusa sistemática em reconhecer a validade de outros modos de existir, conhecer e sentir. A partir disso, ao articular poder, saber e ser, a colonialidade produz um campo de tensões no qual a saúde psíquica das populações racializadas é constantemente ameaçada, exigindo estratégias coletivas de resistência capazes de recompor sentidos, reafirmar identidades e sustentar a vida frente a uma ordem que insiste em desumanizar.

Nesse contexto mais amplo, merece atenção o fato de que as violências simbólicas, institucionais e territoriais vivenciadas por povos quilombolas e indígenas não se apresentam de forma episódica ou excepcional, mas se estruturam como práticas cotidianas que atravessam políticas

contemporâneas. A colonialidade do poder refere-se à organização social baseada na classificação racial da população, que estrutura o acesso desigual ao trabalho, aos recursos, à autoridade e aos direitos; a colonialidade do saber diz respeito à imposição de um cânone epistemológico eurocentrado que deslegitima conhecimentos produzidos fora da racionalidade ocidental moderna; e a colonialidade do ser aponta para os efeitos existenciais dessa matriz, na medida em que certos sujeitos são sistematicamente desumanizados, tornados “menos que humanos” e privados do reconhecimento pleno de sua existência. Em conjunto, essas dimensões operam como dispositivos duradouros de dominação que atravessam instituições, políticas públicas e práticas cotidianas, produzindo não apenas desigualdades materiais, mas também sofrimentos simbólicos e psíquicos profundos. Desse modo, compreender a colonialidade em suas múltiplas expressões permite evidenciar que as assimetrias contemporâneas não são resquícios do passado, mas efeitos estruturais de um sistema que continua a organizar o mundo a partir da negação de saberes, corpos e modos de vida não alinhados à modernidade colonial. Ver: QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 107-130.

públicas, relações sociais e dispositivos administrativos, produzindo impactos profundos e duradouros na saúde psíquica coletiva. Diante disso, a violência não se expressa apenas em ações explícitas de repressão ou expropriação, mas também em gestos aparentemente banais, como a negação de reconhecimento identitário, a deslegitimização dos modos de vida tradicionais, o racismo institucional nos serviços de saúde e educação e a criminalização das formas comunitárias de organização. Logo, à medida que essas violências se acumulam, elas produzem um ambiente de insegurança permanente, no qual o medo, a desconfiança e o silenciamento passam a integrar o cotidiano das comunidades, afetando não apenas indivíduos isolados, mas a tessitura das relações coletivas. Nesse sentido, Nancy Schepper-Hughes (2004) observa que “[...] a violência cotidiana opera de modo difuso, naturalizando o sofrimento e tornando-o parte invisível da vida social” (p. 14), o que ajuda a compreender por que muitas experiências de dor psíquica não são reconhecidas como resultado de processos estruturais. Em continuidade, ao analisar a história da população negra no Brasil, Clóvis Moura (1988, p. 26) inicia uma de suas reflexões afirmando: “[...] a violência contra os negros não se restringe ao uso da força física, ela se prolonga na exclusão social, na negação de direitos e na tentativa sistemática de apagar suas formas de organização e resistência”, evidenciando que a violência institucional se articula diretamente à produção de sofrimento coletivo. Dessa forma, quando territórios são ameaçados por grandes empreendimentos, quando políticas públicas ignoram especificidades culturais ou quando instituições reproduzem práticas discriminatórias, instaura-se um cenário de desgaste psíquico contínuo, marcado pela sensação de não pertencimento e pela necessidade constante de defesa da própria existência. Diante desse quadro, compreender essas violências em suas múltiplas dimensões é fundamental para reconhecer que o sofrimento psíquico das populações quilombolas e indígenas não é resultado de fragilidades individuais, mas expressão direta de uma ordem social que insiste em produzir exclusão, silenciamento e precarização da vida.

[...] a violência não deve ser entendida apenas como um ato excepcional ou como uma explosão momentânea de brutalidade. Ela se infiltra nas rotinas da vida social, nos silêncios institucionais, nas omissões do Estado e nas práticas administrativas que regulam quem pode viver com dignidade e quem deve sobreviver à margem. Essa forma de violência cotidiana produz corpos cansados, subjetividades marcadas pela vigilância constante e comunidades inteiras submetidas a um estado prolongado de insegurança. Quando a violência se torna normalizada, o sofrimento deixa de ser reconhecido como injustiça e passa a ser tratado como destino social (Schepper-Hughes, 2004, p. 26-27).

Neste sentido, à medida que se examinam os impactos do desenraizamento territorial e da negação identitária na saúde mental coletiva, torna-se impossível dissociar o sofrimento psíquico das rupturas profundas impostas às formas de pertencimento, memória e continuidade histórica vivenciadas por povos quilombolas e indígenas. O território, nesse sentido, não pode ser

compreendido apenas como espaço físico ou recurso econômico, mas como fundamento existencial que organiza relações sociais, cosmologias, práticas de cuidado e sentidos de vida compartilhados. Com isso, quando comunidades são expulsas de suas terras, confinadas a espaços reduzidos ou impedidas de exercer plenamente seus modos de vida, instala-se um processo contínuo de luto coletivo, marcado pela perda de referências simbólicas, espirituais e afetivas. Dito isso, convém observar que esse desenraizamento não se dá apenas pela força direta, mas também por meio de políticas públicas que ignoram especificidades culturais, de projetos desenvolvimentistas que desconsideram a vida comunitária e de narrativas oficiais que deslegitimam identidades coletivas. Nesse contexto, Krenak, ao refletir sobre os efeitos do rompimento entre povo e território, afirma que “[...] quando um povo é separado de sua terra, não se rompe apenas um vínculo material, rompe-se um modo inteiro de sentir, pensar e sonhar” (2019, p. 58), evidenciando que o adoecimento psíquico emerge como consequência direta dessa fratura existencial. Como complemento, ao analisar experiências concretas de cura popular e pertencimento comunitário, Gustavo Wada Ferreira (2022, p. 84) observa que “[...] o enfraquecimento dos vínculos territoriais e identitários compromete os processos coletivos de cuidado, gerando sofrimento que não encontra escuta nas instituições formais”, o que reforça a dimensão social e relacional do adoecimento. Dessa maneira, a negação identitária – expressa na desvalorização da cultura, da língua, da espiritualidade e das práticas tradicionais – atua como violência simbólica contínua, produzindo sentimentos de invisibilidade, desamparo e descontinuidade histórica. Desse modo, o sofrimento psíquico coletivo não se manifesta apenas como dor individual, mas como expressão de um processo prolongado de desterritorialização e apagamento, que fragiliza a transmissão de saberes, compromete redes de cuidado e exige das comunidades um esforço constante de recomposição subjetiva e coletiva para sustentar a vida diante de contextos estruturalmente adversos.

Dessa forma, é fundamental considerar que o sofrimento psíquico coletivo também se intensifica quando as comunidades quilombolas e indígenas são submetidas a processos contínuos de silenciamento cultural e epistemológico, nos quais suas narrativas, línguas, cosmologias e formas próprias de interpretar o mundo são sistematicamente desautorizadas. Não se trata apenas da perda material do território ou da precarização das condições de vida, mas de um processo mais profundo de erosão simbólica, no qual os sujeitos passam a experimentar a sensação de que seus modos de existir não são reconhecidos como legítimos. Em consequência, a colonialidade do saber opera como um dispositivo que hierarquiza conhecimentos e impõe padrões externos de racionalidade, produzindo efeitos psíquicos duradouros, como a internalização da inferiorização e o enfraquecimento da autoestima coletiva. Nesse sentido, Gloria Anzaldúa (1990, p. 25) afirma: “[...]

quando uma cultura é forçada a negar sua própria linguagem e seus símbolos, instala-se uma ferida profunda que atravessa corpo, mente e espírito”, o que evidencia a dimensão subjetiva do apagamento cultural. Em convergência, ao refletir sobre a educação e os processos de resistência indígena, Daniel Munduruku (2013) observa que “[...] a negação da história e da memória dos povos indígenas produz sofrimento silencioso, pois impede que as novas gerações reconheçam a si mesmas como parte de uma continuidade viva” (p. 41), reforçando a ideia de que o adoecimento psíquico também se relaciona à ruptura intergeracional. À medida que essas violências simbólicas se acumulam, elas afetam a capacidade das comunidades de elaborar coletivamente suas dores, fragilizando os vínculos sociais e os espaços tradicionais de escuta e cuidado. O sofrimento psíquico coletivo, desse modo, não emerge apenas da exclusão econômica ou territorial, mas da imposição de uma ordem simbólica que nega a validade das identidades, saberes e experiências dessas populações. Por isso, compreender o impacto da colonialidade do saber na saúde mental coletiva implica reconhecer que a luta pelo direito de narrar a própria história é também uma luta pela preservação da vida psíquica e da dignidade coletiva.

Nesse processo de aprofundamento, é importante destacar que as experiências de sofrimento psíquico coletivo também se intensificam quando as comunidades quilombolas e indígenas precisam lidar com a fragmentação de suas redes comunitárias de proteção, cuidado e transmissão de saberes, muitas vezes fragilizadas pela pressão constante de políticas assimilaçãonistas, pela urbanização forçada e pela interferência externa em seus modos de organização social. Assim, à medida que práticas comunitárias são interrompidas ou deslegitimadas, perde-se não apenas um repertório cultural, mas um conjunto de dispositivos simbólicos fundamentais para a elaboração coletiva da dor, do luto e da adversidade. Vale observar que, em muitas comunidades, os espaços de convivência, os rituais coletivos e as práticas de cuidado tradicional funcionam como instâncias informais de acolhimento psíquico, nas quais o sofrimento é reconhecido, compartilhado e ressignificado no interior do grupo. Nesse sentido, Daniel Munduruku afirma que “[...] a força das comunidades indígenas reside na capacidade de transformar a dor em aprendizado coletivo, mantendo viva a memória e o sentido de pertencimento” (2009, p. 62), evidenciando que a saúde mental se constrói a partir da continuidade das relações comunitárias. Adicionalmente, ao analisar as práticas religiosas afro-brasileiras como espaços de comunicação, cuidado e resistência, Hertz Wendel de Camargo (2019) observa que “[...] os rituais e as práticas simbólicas atuam como formas de reorganização subjetiva, permitindo que indivíduos e grupos enfrentem o sofrimento sem romper os vínculos com a coletividade” (p. 91), o que reforça o papel dessas práticas na sustentação da saúde psíquica. Logo, quando essas redes são desarticuladas por processos de violência institucional, preconceito religioso

ou imposição de modelos externos de sociabilidade, instala-se um cenário de vulnerabilidade emocional ampliada, no qual o sofrimento tende a ser vivido de forma solitária e silenciosa. Dessa maneira, compreender o sofrimento psíquico coletivo implica reconhecer que ele está diretamente relacionado à preservação – ou à ruptura – das formas comunitárias de vida, cuidado e sentido, cuja continuidade é fundamental para a manutenção da dignidade, da identidade e da saúde mental das populações quilombolas e indígenas.

[...] a desagregação das formas tradicionais de vida coletiva não produz apenas perdas materiais ou territoriais, mas afeta profundamente a maneira como os grupos elaboram o sofrimento, a memória e a continuidade da existência. Quando os vínculos comunitários são fragilizados, rompe-se também um sistema de proteção simbólica que sustenta os indivíduos diante da adversidade. A vida social indígena se organiza a partir de redes de parentesco, rituais e narrativas compartilhadas que funcionam como dispositivos de equilíbrio entre pessoas, espíritos e território. A interrupção dessas redes implica uma forma de violência que incide diretamente sobre a capacidade coletiva de enfrentar a dor e de produzir sentido para a experiência vivida (Viveiros de Castro, 2014, p. 287-288).

Nesse movimento analítico, é fundamental observar que o sofrimento psíquico coletivo também se expressa de forma particularmente intensa quando essas populações são submetidas a regimes permanentes de precarização da vida, nos quais a violência não se manifesta apenas como evento extremo, mas como condição cotidiana de existência. Diante disso, a exposição contínua à insegurança alimentar, à ausência de políticas públicas efetivas, à negligência estatal e à medicalização inadequada do sofrimento cria um cenário no qual a dor se torna crônica, difusa e socialmente naturalizada. A proporção que essas condições se prolongam, o sofrimento deixa de ser reconhecido como injustiça social e passa a ser tratado como destino individual ou falha subjetiva, reforçando processos de culpabilização das próprias vítimas. Nesse sentido, Paul Farmer (1998) argumenta que “[...] a desigualdade estrutural produz formas específicas de adoecimento que não podem ser compreendidas fora das relações históricas de exploração e dominação” (p. 263), o que permite compreender a saúde psíquica como campo atravessado por forças políticas e econômicas. Complementarmente, ao refletir sobre as ontologias ameríndias e seus choques com o pensamento ocidental, Viveiros de Castro (1992, p. 11) afirma que “[...] o que está em jogo nos encontros coloniais não é apenas a posse da terra, mas a imposição de um modo único de conceber a vida, o corpo e o sofrimento”, revelando como a violência epistêmica atua diretamente na produção do adoecimento coletivo. Tendo isso em vista, o sofrimento psíquico emerge como resposta a uma experiência prolongada de desproteção social, na qual a vida é constantemente ameaçada por decisões políticas que definem quem merece cuidado e quem pode ser abandonado. Dessa forma, compreender essas dinâmicas exige deslocar o olhar da clínica individual para uma análise que considere as condições

estruturais de existência, reconhecendo que, em contextos de desigualdade extrema, o sofrimento psíquico não é exceção patológica, mas expressão legítima de uma vida vivida sob pressão constante. Desse modo, a análise do sofrimento coletivo torna-se inseparável da crítica aos modelos de desenvolvimento, às políticas de exclusão e às formas de gestão da vida que incidem de maneira desigual sobre corpos racializados e territórios historicamente vulnerabilizados.

Nesse cenário complexo, convém observar que o sofrimento psíquico coletivo também se configura como efeito direto da negação sistemática da dignidade ontológica dessas populações, isto é, da recusa em reconhecer plenamente suas formas próprias de ser, existir e produzir sentido no mundo. Dito isso, não se trata apenas de desigualdades materiais ou de acesso a direitos, mas de um processo mais profundo de desumanização, no qual corpos racializados são historicamente posicionados como vidas menos valiosas, menos escutadas e menos protegidas. Assim, o racismo estrutural atua como matriz organizadora das relações sociais, produzindo hierarquias que atravessam o cotidiano e se inscrevem nos afetos, nas expectativas de futuro e na percepção de si. Nesse sentido, Frantz Fanon (2008, p. 110) afirma: “[...] o racismo não é apenas uma atitude, mas uma estrutura que organiza o mundo social e produz feridas psíquicas profundas nos sujeitos que o vivenciam”, evidenciando que o sofrimento não é acidental, mas fabricado socialmente. De forma articulada, ao analisar a persistência do racismo na cultura brasileira, Lélia Gonzalez (2017) observa que “[...] a negação da humanidade plena da população negra opera de modo cotidiano, produzindo silenciamentos, autoimagem fragmentada e sofrimento emocional contínuo” (p. 38), o que permite compreender como essas dinâmicas se reproduzem no plano subjetivo. Conforme essas experiências se acumulam, instala-se um estado de vigilância constante, no qual o medo de ser violentado, deslegitimado ou invisibilizado passa a organizar as relações com o mundo externo. Assim sendo, o sofrimento psíquico coletivo não se expressa apenas como dor explícita, mas como cansaço existencial, sensação de não pertencimento e dificuldade de projetar futuros possíveis. Dessa maneira, compreender o impacto da negação ontológica na saúde mental coletiva implica reconhecer que a luta contra o racismo estrutural não é apenas uma demanda por igualdade jurídica, mas uma exigência ética de reconhecimento pleno da humanidade, condição indispensável para a produção de vidas psíquica e socialmente sustentáveis.

Assim, diante desse quadro, é fundamental destacar que os efeitos combinados do racismo estrutural, da colonialidade e das múltiplas violências históricas produzem um sofrimento psíquico coletivo que não pode ser plenamente compreendido sem considerar a dimensão temporal e intergeracional dessas experiências. O adoecimento não emerge apenas no presente imediato, mas se constitui como herança social, transmitida por meio de memórias traumáticas, silêncios forçados e

estratégias contínuas de sobrevivência elaboradas ao longo de gerações. Logo, o sofrimento psíquico atravessa corpos e narrativas, manifestando-se como ansiedade coletiva, luto não elaborado e sensação persistente de ameaça, sobretudo em contextos nos quais o passado de violência não é reconhecido nem reparado. Nesse sentido, Kleinman (2020) observa que “[...] o sofrimento humano não é apenas uma experiência individual, mas um processo socialmente produzido, sustentado por histórias de exclusão e perda que moldam a forma como as pessoas vivem e expressam a dor” (p. 29), o que permite compreender o adoecimento como fenômeno histórico e relacional. Em adição a isso, ao analisar contextos marcados por desigualdade extrema e violência cotidiana, Nancy Scheper-Hughes (1993, p. 15) pontua: “[...] quando a violência se torna parte da normalidade social, o sofrimento deixa de ser exceção e passa a estruturar a experiência coletiva da vida”, evidenciando como a dor se naturaliza e se perpetua no tecido social. Dito isso, persistindo essas condições, as comunidades são levadas a desenvolver mecanismos próprios de enfrentamento, resistência e cuidado, muitas vezes invisibilizados ou deslegitimados pelas instituições formais. A partir disso, o sofrimento psíquico coletivo não pode ser dissociado das formas históricas de opressão que moldaram – e continuam moldando – as condições de existência de povos quilombolas e indígenas. Dessa maneira, reconhecer essa dimensão histórica do adoecimento implica deslocar o debate da patologização individual para uma compreensão ética e política da saúde mental, na qual o cuidado se articula à justiça social, ao reconhecimento da memória coletiva e à afirmação do direito de existir com dignidade no presente e no futuro.

[...] o sofrimento não é distribuído ao acaso nas sociedades humanas. Ele segue linhas previsíveis de desigualdade social, política e econômica, reproduzindo-se ao longo do tempo e atravessando gerações. Quando a violência estrutural se torna parte da vida cotidiana, seus efeitos não desaparecem com o passar dos anos; ao contrário, acumulam-se como memórias corporais, narrativas silenciadas e expectativas reduzidas de futuro. A dor vivida por indivíduos deve ser compreendida como expressão de processos históricos mais amplos, nos quais injustiças passadas continuam a moldar as possibilidades presentes de viver, adoecer e morrer (Farmer, 2004, p. 41-42).

Diante desse quadro, em continuidade direta ao reconhecimento de que o sofrimento psíquico coletivo é historicamente produzido e transmitido de modo intergeracional, torna-se fundamental deslocar o olhar para as cosmologias quilombolas e indígenas, nas quais saúde e vida não se organizam a partir de fragmentações entre corpo, mente e mundo, mas como expressão de um equilíbrio relacional mais amplo. Assim, diferentemente das abordagens biomédicas hegemônicas, que tendem a isolar o adoecimento no indivíduo, essas cosmologias comprehendem a saúde como condição construída no entrelaçamento constante entre ancestralidade, território, espiritualidade e coletividade. Vale destacar que, nessas perspectivas, o sofrimento não é apenas sinal de disfunção

orgânica ou psíquica, mas indicativo de desequilíbrios nas relações com os antepassados, com a terra, com os outros e consigo mesmo, exigindo processos de cuidado que ultrapassam intervenções técnicas. Nesse sentido, ao refletir sobre concepções indígenas de mundo e existência, Davi Kopenawa afirma: “[...] para nós, a saúde nasce da harmonia entre as pessoas, os espíritos e a floresta, pois quando um desses vínculos se rompe, o corpo e o pensamento adoecem” (2019, p. 412), evidenciando uma concepção integrada de vida e cuidado. Em convergência, ao analisar sistemas tradicionais de cura em diferentes contextos culturais, Cecil Helman observa que (1984, p. 103): “[...] muitas sociedades não separam o tratamento da doença do cuidado das relações sociais e espirituais, pois entendem que a saúde depende do equilíbrio entre múltiplas dimensões da existência”, reforçando que essas cosmologias operam com uma lógica ampliada de saúde. Ao integrar essas concepções ao debate sobre sofrimento psíquico coletivo, torna-se possível compreender que os processos de cuidado tradicionais não surgem como respostas periféricas, mas como sistemas complexos de conhecimento e prática, historicamente elaborados para sustentar a vida em contextos marcados por violência, perda e descontinuidade. Desse modo, a cosmologia deixa de ser apenas um pano de fundo cultural e passa a ocupar lugar central na compreensão da saúde psíquica como experiência relacional, histórica e comunitária.

De maneira mais específica, convém observar que, nas concepções quilombolas e indígenas, a saúde é entendida como um estado de equilíbrio relacional continuamente construído e mantido no interior das relações entre pessoas, ancestrais, forças espirituais, território e comunidade, e não como condição estática ou meramente biológica. Assim, o bem-estar não se reduz à ausência de sintomas ou enfermidades, mas se expressa na capacidade coletiva de sustentar vínculos, respeitar os ciclos da natureza e preservar a harmonia entre os diferentes planos da existência. Desse modo, quando esse equilíbrio é rompido – seja por conflitos internos, violências externas, expropriação territorial ou desagregação comunitária –, o sofrimento emerge como sinal de descompasso relacional, exigindo práticas de cuidado que envolvem escuta, ritualização, recomposição simbólica e partilha coletiva da dor. Nesse sentido, Juana Elbein dos Santos afirma: “[...] para os povos de matriz africana, a saúde se constrói na manutenção do axé, isto é, na circulação equilibrada das forças vitais que conectam vivos, mortos, natureza e divindades” (1986, p. 64), evidenciando que o adoecimento resulta do enfraquecimento dessas conexões. Ao refletir sobre identidades negras e pertencimento coletivo, Kabengele Munanga (2015, p. 101) observa que “[...] a ruptura dos laços comunitários e simbólicos afeta diretamente a autoestima coletiva e os modos de enfrentar o sofrimento”, o que reforça a centralidade das relações sociais na produção da saúde. Assim sendo, nessas concepções, cuidar implica restaurar vínculos, reequilibrar forças e reinscrever o sujeito em sua rede de pertencimento,

em um processo que envolve tanto dimensões materiais quanto espirituais. Dessa forma, a saúde aparece como construção coletiva, continuamente negociada e reafirmada no cotidiano, o que contrasta de maneira significativa com modelos individualizantes que isolam o sofrimento do contexto social e histórico em que ele se produz. Desse modo, compreender a saúde como equilíbrio relacional permite reconhecer a potência dessas cosmologias na sustentação da vida psíquica coletiva, sobretudo em contextos marcados por adversidades estruturais e violências prolongadas.

A partir dessas concepções relacionais de saúde, torna-se essencial aprofundar a compreensão da integração indissociável entre as dimensões espiritual, corporal, territorial e comunitária nas cosmologias quilombolas e indígenas, nas quais o corpo não é concebido como entidade isolada, mas como lugar de passagem de forças, memórias e relações. Dito isso, o corpo é entendido como território vivo, atravessado por histórias coletivas, ancestralidades e experiências compartilhadas, de modo que qualquer desequilíbrio espiritual ou territorial repercute diretamente na saúde física e psíquica. Vale destacar que, nessas cosmologias, o sofrimento não se manifesta apenas como dor individual, mas como sinal de desarmonia no conjunto das relações que sustentam a vida, exigindo práticas de cuidado que articulem simultaneamente o visível e o invisível, o material e o simbólico. Nesse sentido, ao refletir sobre as ontologias ameríndias, Viveiros de Castro (2014) afirma que “[...] o corpo, nas cosmologias indígenas, é um feixe de relações, e não uma substância fechada em si mesma” (p. 157), o que ajuda a compreender por que o cuidado não se limita a intervenções localizadas, mas envolve recomposições amplas do vínculo com o território e com o coletivo. Logo, ao analisar os saberes tradicionais ligados às curas populares, Gustavo Wada Ferreira (2022, p. 119) afirma: “[...] o processo de cura nas comunidades tradicionais envolve a circulação de afetos, palavras, rituais e práticas corporais que reconectam o sujeito à terra, à comunidade e à sua própria história”, evidenciando que o cuidado é, antes de tudo, um processo relacional. Em consequência, práticas como rezas, banhos de ervas, cantos e rituais comunitários não atuam apenas sobre sintomas físicos ou emocionais, mas operam como dispositivos de reinscrição do sujeito em sua rede de pertencimento, fortalecendo laços e restaurando sentidos compartilhados. Dessa maneira, a integração entre espiritualidade, corpo, território e comunidade revela-se como fundamento central da saúde psíquica coletiva, pois sustenta modos de existência nos quais viver bem implica “estar em relação”, “em equilíbrio” e “em continuidade” com aqueles que vieram antes e com aqueles que ainda virão.

[...] para nós, o corpo humano não está separado da terra nem do mundo invisível. Ele é feito da mesma matéria que a floresta, os rios e os espíritos que habitam esses lugares. Quando a terra adoece, quando os rios são feridos ou quando os espíritos são perturbados, nossos corpos também sofrem. A doença não nasce apenas dentro da pessoa, mas no rompimento das

relações que mantêm o equilíbrio entre humanos, ancestrais e a floresta. Curar alguém é, portanto, cuidar dessas relações, restabelecer o respeito e a escuta entre todos os seres que compartilham o mesmo território de vida (Kopenawa; Albert, 2019, p. 328-329)

Nesse horizonte de compreensão ampliada da saúde, torna-se indispensável explicitar a diferença profunda entre a noção biomédica de “cura” e a concepção de “cuidado” presente nas cosmologias tradicionais quilombolas e indígenas, pois enquanto a primeira tende a focalizar a eliminação do sintoma ou da doença, a segunda se orienta pela recomposição das relações que sustentam a vida. Assim, a cura biomédica opera, em geral, por meio de intervenções técnicas e temporais delimitadas, buscando restaurar um funcionamento considerado normal, ao passo que o cuidado tradicional se inscreve em um tempo mais longo, relacional e contínuo, no qual o sofrimento é acolhido, escutado e trabalhado coletivamente. Vale destacar que, nessas cosmologias, não há pressa em silenciar a dor, mas empenho em compreender o que ela comunica sobre desequilíbrios mais amplos, sejam eles espirituais, territoriais ou comunitários. Nesse sentido, Franco Basaglia (2005) afirma que “[...] cuidar não é suprimir o sofrimento, mas criar condições para que a pessoa possa existir com dignidade dentro de suas relações sociais” (p. 89), deslocando o foco da técnica para a ética do cuidado. Somado a isso, ao refletir sobre os fundamentos simbólicos das religiões de matriz africana, Vicente Parizi (2020, p. 47) observa que “[...] o processo de cuidado envolve a restauração do axé, isto é, da energia vital que circula entre o corpo, os orixás, a comunidade e o território”, evidenciando que o objetivo não é apenas sanar um mal, mas fortalecer a vida em sua totalidade. Além disso, práticas como rezas, oferendas, banhos rituais e aconselhamentos comunitários não buscam respostas imediatas ou soluções padronizadas, mas constroem percursos de cuidado que respeitam o tempo do sujeito e do coletivo. Dessa maneira, a distinção entre cura e cuidado revela-se central para compreender por que as cosmologias tradicionais resistem à lógica biomédica da eficácia rápida, afirmindo, em seu lugar, processos de acompanhamento, escuta e recomposição simbólica. Desse modo, reconhecer o cuidado como categoria fundamental dessas práticas implica valorizar uma ética relacional da saúde, na qual viver bem não significa apenas eliminar a doença, mas sustentar vínculos, sentidos e continuidades que tornam a existência possível e compartilhável.

Nesse entrelaçamento entre cuidado, cosmologia e vida coletiva, cabe ressaltar que a ancestralidade ocupa lugar absolutamente central na sustentação da saúde psíquica nas comunidades quilombolas e indígenas, não como referência abstrata ao passado, mas como presença viva que orienta práticas, valores e modos de enfrentar o sofrimento no presente. Desse modo, a memória coletiva não se restringe à recordação de eventos históricos, mas funciona como fonte de sentido, orientação ética e força simbólica capaz de sustentar sujeitos e comunidades diante das adversidades

impostas pelo racismo, pela violência e pelo desenraizamento. Por exemplo, quando os ancestrais são lembrados, invocados e honrados nos rituais, narrativas e práticas cotidianas, cria-se um campo de pertencimento no qual o sofrimento individual é reinscrito em uma história maior de resistência e continuidade. Nesse sentido, Cherríe Moraga afirma: “[...] a memória ancestral é uma forma de cura, pois nos lembra que não estamos sós e que nossa dor faz parte de uma longa história de sobrevivência coletiva” (1990, p. 118), evidenciando o papel terapêutico da lembrança compartilhada. Associadamente, ao analisar a constituição das identidades negras no Brasil, Hasenbalg (2022, p. 59) observa que “[...] os vínculos com a história e com a coletividade funcionam como recursos simbólicos fundamentais para enfrentar os efeitos subjetivos da discriminação racial”, reforçando que a saúde psíquica se constrói no reconhecimento de pertencimentos históricos. Em decorrência disso, a centralidade da ancestralidade não apenas fortalece a identidade coletiva, mas também oferece ferramentas simbólicas para elaborar perdas, lutos e violências, permitindo que o sofrimento seja compreendido como parte de uma trajetória coletiva e não como fracasso individual. Dessa maneira, os vínculos comunitários se consolidam como espaços de acolhimento, escuta e transmissão de saberes, nos quais a vida psíquica é cuidada por meio da partilha, da ritualização e da reafirmação de laços. Desse modo, reconhecer a ancestralidade e a memória coletiva como dimensões centrais do cuidado implica afirmar que a saúde, nessas cosmologias, se sustenta na continuidade das relações, na preservação da história comum e na força dos vínculos que conectam vivos e os que já partiram.

Neste sentido, de modo complementar às discussões sobre ancestralidade e memória coletiva, é importante destacar que as cosmologias quilombolas e indígenas concebem o cuidado como prática cotidiana que se realiza no tempo longo das relações, e não como evento pontual acionado apenas diante do adoecimento explícito. Logo, cuidar implica acompanhar a vida em seus ciclos, reconhecer sinais de desequilíbrio antes que se tornem ruptura e fortalecer continuamente os vínculos que sustentam a existência individual e coletiva. Desse modo, o cuidado se inscreve no cotidiano, ele se manifesta em gestos aparentemente simples, como a escuta atenta, o conselho dos mais velhos, a partilha de alimentos, o respeito aos tempos da natureza e a manutenção dos rituais comunitários, compondo uma rede simbólica de proteção psíquica. Nesse sentido, Ailton Krenak observa que “[...] cuidar da vida é cuidar das relações que a tornam possível, pois não existe saúde fora do vínculo com a terra, com os outros e com a memória” (2020, p. 52), evidenciando que o cuidado antecede e ultrapassa a noção de tratamento. Logo, ao analisar narrativas de sofrimento e cura em diferentes contextos culturais, Arthur Kleinman (2020, p. 81) afirma que “[...] práticas de cuidado enraizadas na vida cotidiana criam significados compartilhados que permitem às pessoas suportar a dor e reconstruir sentidos diante da adversidade”, reforçando a dimensão simbólica e relacional do cuidado. Assim

sendo, nessas cosmologias, o cuidado não é delegável a especialistas externos, mas responsabilidade coletiva, distribuída entre gerações e sustentada pela continuidade das práticas culturais. Em consequência, o sofrimento psíquico não é isolado nem medicalizado de imediato, mas acolhido em um espaço social no qual pode ser narrado, ritualizado e elaborado de forma compartilhada. Desse modo, compreender o cuidado como prática cotidiana e relacional permite reconhecer a potência dessas cosmologias na prevenção do adoecimento psíquico, pois elas atuam antes da ruptura, fortalecendo laços, sentidos e pertencimentos que tornam a vida mais habitável mesmo em contextos marcados por desigualdades e violências estruturais.

[...] o cuidado, nas sociedades indígenas, não se limita a momentos de crise ou doença declarada, mas se constrói no cotidiano das relações, na atenção permanente aos gestos, às palavras e aos sinais que circulam entre as pessoas e o território. É no convívio diário, na escuta dos mais velhos, na observância dos ciclos da natureza e na repetição dos rituais que se preserva o equilíbrio necessário à vida. Quando esse equilíbrio é mantido, o sofrimento encontra espaço para ser elaborado antes de se transformar em ruptura, pois a comunidade atua como instância contínua de proteção, memória e sustentação da existência (Krenak, 2019, p. 67-68).

Nesse percurso interpretativo, é importante destacar que as cosmologias quilombolas e indígenas atribuem papel central à palavra, à narrativa e à escuta como dimensões constitutivas do cuidado e da saúde psíquica coletiva, pois é por meio da circulação da palavra que o sofrimento pode ser nomeado, compartilhado e ressignificado no interior da comunidade. Assim, contar histórias, rememorar trajetórias ancestrais e escutar os mais velhos não são apenas práticas culturais, mas dispositivos fundamentais de elaboração psíquica, capazes de transformar experiências de dor em aprendizado coletivo e fortalecimento identitário. Isto é, quando a narrativa circula, o sofrimento deixa de ser vivido em isolamento e passa a integrar uma trama de sentidos compartilhados, na qual cada história individual se conecta a uma memória coletiva mais ampla. Nesse sentido, Daniel Munduruku (2005) observa que “[...] a palavra, nas culturas indígenas, é remédio, pois organiza o pensamento, fortalece o espírito e reconecta a pessoa à sua comunidade” (p. 29), evidenciando a dimensão terapêutica da oralidade. Ao analisar práticas de cura em contextos tradicionais, Arthur Kleinman (1995, p. 98) afirma que “[...] a narrativa do sofrimento cria pontes entre a experiência individual e o mundo social, permitindo que a dor seja reconhecida e cuidada coletivamente”, reforçando que a escuta compartilhada é parte constitutiva do cuidado. Dito isso, rodas de conversa, rituais narrativos, cantos e ensinamentos orais funcionam como espaços de acolhimento psíquico, nos quais emoções, medos e angústias encontram lugar legítimo de expressão. Dessa maneira, a palavra não apenas comunica o sofrimento, mas atua sobre ele, reorganizando afetos e restaurando vínculos fragilizados pelas violências históricas e pelas rupturas impostas pelo racismo e pela colonialidade.

Desse modo, compreender a centralidade da narrativa e da escuta nessas cosmologias permite reconhecer que a saúde psíquica coletiva se sustenta também na possibilidade de falar, ser ouvido e ter a própria experiência validada no interior de uma comunidade que compartilha histórias, valores e destinos.

Nessa direção, é fundamental observar que, nas cosmologias quilombolas e indígenas, o território não constitui apenas um espaço físico de moradia ou produção, mas assume a condição de “corpo coletivo”, no qual se inscrevem memórias, afetos, espiritualidades e modos de existência compartilhados. Então, o cuidado da saúde psíquica não pode ser dissociado do cuidado com a terra, com os rios, com as florestas e com os lugares sagrados, pois é nesse entrelaçamento que se sustentam os sentidos de pertencimento e continuidade. Quando o território é violentado, degradado ou expropriado, produz-se um impacto que ultrapassa a dimensão material e alcança o plano simbólico e emocional, gerando sofrimento coletivo, sensação de desamparo e ruptura de referências existenciais. Nesse sentido, ao refletir sobre políticas de morte e gestão desigual da vida, Achille Mbembe observa que “[...] a destruição dos mundos de vida implica também a destruição das condições psíquicas que tornam a existência habitável” (2021, p. 67), evidenciando que a violência territorial incide diretamente sobre a saúde mental coletiva. Ao discutir a relação entre humanidade e Terra, Krenak (2020, p. 38) afirma que “[...] quando rompemos nossa relação com o chão que nos sustenta, adoecemos como indivíduos e como coletividade”, reforçando a ideia de que o território é dimensão constitutiva do cuidado. Em decorrência disso, práticas tradicionais de saúde não se limitam ao tratamento do corpo individual, mas incluem ações de proteção do ambiente, rituais de agradecimento à natureza e formas comunitárias de gestão do espaço, reconhecendo que a vida psíquica depende da preservação desses vínculos. Dessa maneira, a saúde aparece como expressão de um equilíbrio territorial ampliado, no qual cuidar da terra é também cuidar da memória, da espiritualidade e da continuidade coletiva. Desse modo, compreender o território como corpo coletivo permite deslocar a análise da saúde mental para além dos limites institucionais, reconhecendo que a sustentação da vida psíquica passa, necessariamente, pela defesa dos territórios, dos modos de viver e das cosmologias que dão sentido à existência comunitária.

Nesse aprofundamento, é importante destacar que as cosmologias quilombolas e indígenas também produzem uma ética do cuidado que se opõe frontalmente à lógica moderna da fragmentação do sujeito, afirmindo a inseparabilidade entre vida psíquica, responsabilidade coletiva e compromisso com a continuidade da comunidade. Assim, o cuidado não é compreendido como tarefa individualizada, mas como prática compartilhada que envolve obrigações recíprocas, reconhecimento mútuo e atenção constante aos sinais de desequilíbrio que afetam o conjunto do grupo. À medida que

essa ética se manifesta, o sofrimento deixa de ser interpretado como falha pessoal e passa a ser reconhecido como questão coletiva, demandando respostas que envolvem aconselhamento dos mais velhos, rituais de recomposição simbólica e fortalecimento dos vínculos comunitários. Nesse sentido, Kabengele Munanga (2019) observa que “[...] a valorização da coletividade e da memória comum constitui um dos principais recursos de enfrentamento dos impactos subjetivos do racismo e da exclusão” (p. 143), evidenciando como a saúde psíquica se ancora em laços sociais duradouros. Em continuidade, ao refletir sobre a diferença entre ontologias ocidentais e ameríndias, Viveiros de Castro (2007, p. 98) afirma que “[...] viver bem não é uma condição individual, mas um estado relacional que só existe na medida em que as relações entre humanos, não humanos e ancestrais permanecem equilibradas”, reforçando a centralidade da ética relacional. Logo, práticas de cuidado tradicionais não visam apenas aliviar sintomas, mas reafirmar responsabilidades compartilhadas, restaurar pactos simbólicos e garantir a continuidade da vida coletiva. Dessa maneira, a saúde psíquica emerge como expressão de um modo de existir que privilegia o comum, a escuta e a corresponsabilidade, contrastando com modelos que isolam o sujeito e silenciam o sofrimento. Compreender essa ética do cuidado, desse modo, permite reconhecer que as cosmologias quilombolas e indígenas oferecem não apenas alternativas terapêuticas, mas fundamentos ético-políticos capazes de reorientar debates contemporâneos sobre saúde mental, cuidado e justiça social.

[...] nas sociedades africanas e afro-diaspóricas, a noção de pessoa não pode ser dissociada da coletividade à qual ela pertence. O indivíduo existe porque está inserido em uma rede de relações que envolve os vivos, os ancestrais e a comunidade como um todo. Quando essa rede é fragilizada pela violência, pelo racismo ou pela negação de direitos, não é apenas o sujeito isolado que sofre, mas o conjunto da vida social que adoece. Por isso, os processos de cuidado e recomposição simbólica não se dirigem apenas ao indivíduo, mas à restauração dos vínculos, da memória compartilhada e do sentido coletivo de pertencimento (Munanga, 2003, p. 112-113).

Em continuidade direta à compreensão das cosmologias como éticas do cuidado e da vida relacional, torna-se fundamental aprofundar o papel das rezas, das ervas, dos benzimentos e dos rituais comunitários como práticas concretas e cotidianas de cuidado nas comunidades quilombolas e indígenas, nas quais o sofrimento psíquico é acolhido de maneira situada, sensível e profundamente conectada ao ritmo da vida coletiva. Assim, esses rituais não ocorrem de forma improvisada ou descontextualizada, mas seguem temporalidades próprias, muitas vezes relacionadas ao nascer ou ao pôr do sol, às fases da lua, aos ciclos da natureza ou a momentos específicos de fragilidade vividos pela pessoa ou pela comunidade. Vale destacar que, em um ritual de reza ou benzimento, por exemplo, o espaço é cuidadosamente preparado, o chão varrido, as ervas escolhidas conforme o tipo de sofrimento apresentado – folhas frescas colhidas ao amanhecer, galhos macios, raízes maceradas –

enquanto o corpo da pessoa é posicionado com respeito, muitas vezes sentado ou em pé, em silêncio, permitindo que a palavra ritual circule. A reza é dita em voz baixa ou cadenciada, repetida, acompanhada por gestos lentos, cruzes feitas no ar, toques leves com ramos de ervas, criando um ambiente no qual o tempo desacelera e a atenção se concentra no cuidado. Nesse sentido, Hertz Wendel de Camargo afirma que “[...] os rituais de cura nas religiões e práticas populares operam como tecnologias simbólicas que reorganizam emoções, produzem acolhimento e reinscrevem o sujeito no tecido comunitário” (2019, p. 113), evidenciando que o efeito terapêutico emerge da relação, e não apenas do gesto. Adicionalmente, ao analisar sistemas tradicionais de cura, Cecil Helman (1984, p. 89) inicia uma de suas reflexões afirmando: “[...] o ritual terapêutico cria uma moldura social e simbólica que permite ao sofrimento ser reconhecido, compartilhado e transformado em experiência compreensível”, reforçando que esses ritos atuam como mediadores do sentido. Logo, as rezas, os banhos de ervas e os benzimentos não apenas visam aliviar dores específicas, mas produzem um espaço protegido de escuta, presença e recomposição subjetiva, no qual a pessoa é lembrada de que não está só e de que sua dor pertence a uma rede de cuidado mais ampla. Dessa maneira, esses rituais se integram ao cotidiano das comunidades como práticas ordinárias de sustentação da vida, acionadas sempre que o equilíbrio relacional se fragiliza, reafirmando o cuidado como experiência coletiva, sensível e profundamente enraizada no viver.

De forma articulada às práticas comunitárias já descritas, é possível compreender as rezas, os banhos de ervas, os benzimentos e os rituais coletivos como dispositivos simbólicos e terapêuticos que operam simultaneamente nos planos do corpo, da emoção, da memória e da pertença, produzindo efeitos que extrapolam a lógica imediatista da intervenção pontual. Assim, quando uma pessoa atravessa períodos de angústia persistente, tristeza profunda, medo recorrente ou sensação de desalinho com a própria vida, o cuidado ritual é acionado como um processo que se desdobra no tempo, envolvendo preparação, execução e acompanhamento, e não apenas um ato isolado. Convém observar que, antes do banho de ervas, por exemplo, ocorre a escolha cuidadosa das plantas conforme a natureza do sofrimento – folhas consideradas “quentes” ou “frias”, raízes associadas à força ou ao acalmar – colhidas com pedido de licença à terra, muitas vezes ao amanhecer, enquanto palavras de agradecimento são pronunciadas. A água é aquecida lentamente, as ervas são maceradas com as mãos, e o banho é realizado do pescoço para baixo ou da cabeça aos pés, conforme a tradição local, sempre acompanhado por rezas murmuradas que orientam o sentido do gesto. Daniel Munduruku, ao tratar das práticas espirituais indígenas, observa que “[...] a reza não é apenas palavra dita, mas um modo de reorganizar o pensamento, o corpo e o espírito em relação com a comunidade e com a floresta” (2013, p. 47), indicando que o efeito terapêutico emerge da articulação entre palavra, gesto e

ambiente. De igual maneira, ao analisar os usos de plantas nas curas populares, Gustavo Wada Ferreira (2022, p. 164): “[...] o ritual de cura, ao integrar ervas, oração e presença coletiva, atua como mediador simbólico capaz de ressignificar o sofrimento e produzir alívio emocional duradouro”, evidenciando a dimensão processual desse cuidado. Tendo em vista isso, esses dispositivos simbólicos não buscam eliminar rapidamente o sofrimento, mas criar condições para que ele seja elaborado, nomeado e gradualmente transformado, permitindo que a pessoa retome seu lugar na vida cotidiana com maior estabilidade emocional. Desse modo, o ritual funciona como uma tecnologia cultural de recomposição subjetiva, sustentada pela repetição, pela confiança nas lideranças espirituais e pela força do coletivo, reafirmando que o cuidado não se limita à ausência de dor, mas à reconstrução dos vínculos que dão sentido à existência.

De modo complementar, ao aprofundar a função dessas práticas na redução do sofrimento psíquico e na recomposição subjetiva, torna-se fundamental compreender que essas práticas e rituais não operam apenas como alívio momentâneo, mas como processos continuados de reorganização interna e coletiva, inscritos no ritmo da vida comunitária. Assim, quando alguém apresenta sinais de abatimento prolongado, irritabilidade constante, insônia ou sensação de “perda do caminho”, a comunidade reconhece que o sofrimento ultrapassa o plano individual e demanda um cuidado que reconecte essa pessoa aos ciclos do território e às redes de afeto. Vale destacar que, em muitos contextos quilombolas e indígenas, o ritual ocorre em mais de um encontro, intercalando momentos de silêncio, orientação verbal, observação dos sonhos e pequenas tarefas cotidianas, como evitar determinados alimentos ou caminhar em locais específicos após o benzimento, para que o corpo e a mente assimilem gradualmente o cuidado recebido. Como se vê, o sofrimento psíquico é tratado como um desequilíbrio relacional, e não como falha individual, o que permite que a pessoa se sinta amparada e reconhecida em sua fragilidade. Nesse sentido, ao analisar práticas de cuidado tradicionais, Boaventura de Sousa Santos afirma que essas formas de cura “[...] não separam o tratamento do sofrimento da reconstrução dos laços sociais, pois é na coletividade que o sujeito encontra sentido para sua dor” (2010, p. 91), evidenciando que o efeito terapêutico emerge do pertencimento. De forma distinta, percebe-se a ênfase na dimensão subjetiva do processo quando se lê: “[...] o ritual de cuidado atua como um espaço de escuta profunda, no qual a pessoa pode elaborar simbolicamente suas angústias, ressignificando experiências de perda, medo e violência” (Maria Inês Amarante, 2018, p. 203), o que reforça a ideia de recomposição interna. Em consequência, ao longo dos dias seguintes ao ritual, é comum que a pessoa relate melhora no sono, redução de pensamentos intrusivos e maior disposição para retomar atividades coletivas, não porque o sofrimento tenha sido apagado, mas porque foi acolhido e trabalhado em um espaço simbólico legítimo. Logo, essas práticas

produzem efeitos duradouros na saúde psíquica ao oferecer tempo, presença e reconhecimento, elementos frequentemente ausentes nas abordagens hegemônicas, permitindo que o sujeito se reconstitua emocionalmente em diálogo com sua história e com sua comunidade.

[...] os processos rituais de cuidado em contextos comunitários não devem ser compreendidos como intervenções pontuais destinadas a suprimir sintomas isolados, mas como práticas contínuas de reorganização da experiência vivida. Nessas situações, o sofrimento é reconhecido como expressão de rupturas nas relações sociais, nos vínculos afetivos e na continuidade da vida cotidiana. O ritual cria um espaço simbólico no qual a pessoa pode reinscrever sua dor em narrativas compartilhadas, reconstruindo gradualmente o sentido de pertencimento, de identidade e de valor social. Assim, a eficácia do cuidado não reside apenas no ato ritual em si, mas na permanência das relações que ele reativa e sustenta ao longo do tempo (Kleinman, 1988, p. 49-50).

Desse modo, quando se aprofunda o papel das lideranças espirituais, benzedeiras, rezadores, pajés e mais velhos, torna-se evidente que essas figuras não atuam apenas como executores de rituais, mas como guardiões de uma ética do cuidado que organiza a vida comunitária em múltiplos níveis. Em muitas comunidades quilombolas, por exemplo, a benzedeira é procurada não apenas em momentos de adoecimento explícito, mas também quando alguém “anda diferente”, mais silencioso, disperso ou afastado das rodas de conversa, sinais que indicam um sofrimento ainda em elaboração. O encontro geralmente ocorre em espaços simples, muitas vezes no quintal da casa, sob uma árvore antiga, onde o tempo é desacelerado para permitir a escuta atenta, o reconhecimento da dor e a preparação do rito, que envolve orações murmuradas, ramos específicos colhidos ao amanhecer e gestos repetidos com precisão aprendida ao longo de décadas. Já em contextos indígenas, o pajé ou o mais velho inicia o cuidado observando os sonhos, a postura corporal e a relação da pessoa com o território, pois o sofrimento é interpretado como ruptura de vínculos com forças ancestrais e com o coletivo. Cabe ressaltar que essas lideranças assumem responsabilidades que ultrapassam o momento ritual, acompanhando a pessoa nos dias seguintes, orientando condutas, alimentações e até silêncios necessários para a recomposição subjetiva, o que evidencia uma prática contínua de cuidado. Nesse sentido, Daniel Munduruku afirma que “[...] o conhecimento dos mais velhos não se transmite apenas pela palavra, mas pelo modo como se observa, se espera e se cuida do outro no tempo certo” (2013, p. 47), indicando que a liderança espiritual é também pedagógica. Para Clóvis Moura (1994, p. 118): “[...] as lideranças negras tradicionais exercem uma função de equilíbrio social, pois organizam respostas coletivas às dores produzidas pela violência histórica e pela exclusão estrutural”, o que permite compreender essas figuras como mediadoras entre sofrimento individual e resistência coletiva. Dito isso, não se pode ignorar que o reconhecimento social dessas lideranças confere legitimidade ao cuidado oferecido, produzindo efeitos simbólicos profundos que reforçam a

autoestima, o pertencimento e a continuidade cultural. Assim, ao atuar como referências morais, espirituais e políticas, benzedeiras, rezadores, pajés e mais velhos sustentam práticas de cuidado que não se esgotam no ritual, mas se desdobram na organização cotidiana da vida comunitária, fortalecendo vínculos e produzindo saúde psíquica de maneira situada e coletiva.

Soma-se a isso, quando se observa a transmissão intergeracional dos saberes de cura, percebe-se que ela ocorre de forma contínua, cotidiana e profundamente integrada às práticas educativas informais da comunidade, não se restringindo a momentos solenes ou institucionalizados. Desde a infância, crianças acompanham mães, avós, tias, rezadores e mais velhos na coleta das ervas, aprendendo a reconhecer cheiros, texturas, horários adequados e gestos corretos, muitas vezes ao amanhecer ou ao entardecer, quando o silêncio do território favorece a escuta e a concentração. Nesse processo, o aprendizado não se dá por explicações lineares, mas pela observação atenta, pela repetição paciente e pela convivência, de modo que o saber é incorporado no corpo e na memória antes mesmo de ser nomeado. Diante disso, ao preparar um banho de ervas para acalmar o espírito ou fortalecer alguém fragilizado, a criança aprende também sobre respeito ao território, reciprocidade com a natureza e responsabilidade coletiva, compreendendo que cada planta retirada exige cuidado, agradecimento e uso consciente. Vale destacar que, segundo Krenak (2020), “[...] aprender com os mais velhos é aprender a escutar o tempo da vida, e não apenas acumular informações” (p. 32), o que evidencia a dimensão ética e política desse processo formativo. Ainda segundo Krenak, “[...] a memória ancestral não é passado, é orientação viva para atravessar os conflitos do presente” (2020, p. 41), indicando que a transmissão dos saberes de cura também constitui uma estratégia de resistência cultural frente às violências históricas. Já Cecil Helman (1984, p. 87), ressalta: “[...] sistemas tradicionais de cuidado ensinam, desde cedo, que saúde é relação e pertencimento, não um estado isolado do indivíduo”, o que reforça o caráter educativo dessas práticas. Dessa forma, não apenas se ensinam técnicas de rezar, benzer ou preparar ervas, mas também valores, modos de estar no mundo e formas de interpretar o sofrimento, produzindo sujeitos enraizados em sua história e capazes de responder coletivamente às adversidades. Em consequência disso, a transmissão intergeracional dos saberes tradicionais assume uma dimensão política explícita, pois garante a continuidade de epistemologias próprias, fortalece identidades e sustenta práticas de cuidado que se contrapõem às lógicas coloniais de apagamento cultural, mantendo vivos os sentidos comunitários da saúde e do bem-viver.

De igual maneira, ao aprofundar a relação entre práticas rituais de cura e o enfrentamento cotidiano do sofrimento psíquico, torna-se evidente que rezas, benzimentos, banhos de ervas e rituais coletivos não operam apenas como respostas pontuais a situações de adoecimento, mas como

processos continuados de recomposição subjetiva e reorganização do vínculo comunitário. Em muitas comunidades quilombolas e indígenas, esses rituais são acionados em momentos específicos do ciclo da vida, como após perdas, conflitos familiares, episódios de violência, deslocamentos forçados ou sinais persistentes de tristeza, medo e desânimo, sendo realizados em espaços simbólicos da comunidade, como o terreiro, a casa da benzedeira, a beira do rio ou o interior da mata. O preparo inicia-se, frequentemente, com a escolha cuidadosa do dia e do horário, respeitando fases da lua, movimentos do sol ou orientações transmitidas pelos mais velhos, pois se comprehende que o tempo do ritual não é neutro, mas atravessado por forças espirituais e relações com o território. Nesse sentido, como se vê em Juana Elbein dos Santos (1986), quando a autora afirma que “[...] o cuidado espiritual é inseparável da ordem do mundo e da relação entre vivos, ancestrais e natureza” (p. 54), indicando que o sofrimento psíquico é lido como um desequilíbrio relacional e não como falha individual. Dito isso, Davi Kopenawa ressalta: “[...] quando o pensamento fica pesado, é preciso chamar os espíritos para clarear o caminho da pessoa e da comunidade” (2019, p. 167), evidenciando a função dos rituais como dispositivos de alívio e reorientação subjetiva. Eduardo Viveiros de Castro (2014, p. 89) destaca: “[...] a cura, nas cosmologias ameríndias, implica recompor perspectivas e restaurar a posição do sujeito no coletivo”, o que reforça a ideia de que o cuidado ritual atua simultaneamente no plano individual e comunitário. Logo, durante o ritual, a palavra cantada, o toque das mãos, o cheiro das ervas maceradas e o silêncio compartilhado produzem um ambiente de acolhimento que permite à pessoa expressar dores, medos e angústias sem julgamento, sendo escutada não apenas pela liderança espiritual, mas por toda a comunidade presente. Em consequência disso, o sofrimento deixa de ser vivido de forma isolada e passa a ser reconhecido como experiência coletiva, diluindo sentimentos de culpa e fortalecendo laços de pertencimento. Desse modo, pode-se afirmar que essas práticas rituais funcionam como tecnologias sociais de cuidado, capazes de reduzir o sofrimento psíquico ao reinscrever o sujeito em uma rede de sentidos, afetos e memórias compartilhadas, sustentando processos de resistência simbólica e emocional diante das violências estruturais.

[...] o ritual de cura, nas sociedades tradicionais de matriz africana e indígena, não pode ser compreendido como um ato isolado ou como resposta imediata a um sintoma específico. Ele se inscreve em uma temporalidade própria, na qual a recomposição do equilíbrio envolve o corpo, a palavra, o espaço e a coletividade. O sofrimento é entendido como sinal de ruptura nas relações que sustentam a vida, exigindo a convocação dos ancestrais, das forças da natureza e da comunidade viva para que o sujeito possa reencontrar seu lugar no mundo. Assim, a eficácia do cuidado reside menos na eliminação imediata da dor e mais na capacidade de reintegrar a pessoa à ordem simbólica e relacional que estrutura a existência coletiva (Elbein dos Santos, 1986, p. 56-57).

Além disso, ao focalizar o papel das lideranças espirituais – benzedeiras, rezadores, pajés e mais velhos –, torna-se imprescindível compreender que sua atuação no cuidado comunitário não se limita à execução técnica do ritual, mas envolve uma ética relacional construída ao longo de décadas de escuta, observação e convivência com o território e com as histórias de sofrimento da coletividade. Em muitas comunidades, a preparação para um benzimento ou para um ritual de cura começa dias antes, quando a liderança espiritual se recolhe, evita certos alimentos, silencia em determinados períodos do dia e percorre a mata para colher as ervas adequadas, escolhidas não apenas por suas propriedades botânicas, mas pela memória simbólica associada a cada planta. Durante o atendimento, a pessoa que busca o cuidado é recebida sem pressa, senta-se em bancos de madeira ou no chão batido, enquanto a benzedeira inicia a reza em voz baixa, alternando palavras cristãs, cantos ancestrais e gestos circulares com ramos verdes, criando um ritmo que acalma o corpo e a respiração. Nesse contexto, Helman (1984) observa que essas práticas “[...] organizam a experiência do sofrimento ao traduzir sintomas em narrativas culturalmente compartilhadas” (p. 72), evidenciando que a liderança espiritual atua como mediadora de sentidos, ajudando a nomear dores que, de outro modo, permaneceriam difusas e silenciadas. Vicente Parizi afirma: “[...] o rezador não cura sozinho, ele convoca forças, memórias e vínculos que atravessam o corpo da pessoa e o corpo da comunidade” (2020, p. 118), o que reforça a compreensão de que o cuidado é sempre coletivo e relacional. Ailton Krenak, (2020, p. 41) destaca: “[...] os mais velhos guardam a experiência de escutar a terra e as pessoas, e isso é o que sustenta o cuidado”, sublinhando a centralidade da ancestralidade e da escuta sensível na prática dessas lideranças. Dito isso, durante o ritual, não apenas o corpo adoecido é tratado, mas também as relações rompidas, os medos acumulados e as perdas recentes, sendo comum que, ao final, a liderança oriente mudanças no cotidiano, como evitar certos lugares, retomar práticas comunitárias ou fortalecer vínculos familiares. Assim, o cuidado se estende para além do momento ritual, acompanhando a pessoa em seu dia a dia e reafirmando sua pertença ao grupo. Dessa forma, pode-se afirmar que as lideranças espirituais desempenham um papel fundamental na sustentação da saúde psíquica coletiva, ao articular saberes, afetos e práticas que reconstruem o sentido de continuidade da vida em contextos marcados por violências históricas e desigualdades persistentes.

Desse modo, quando se observa a transmissão intergeracional desses saberes, percebe-se que rezas, banhos de ervas, benzimentos e rituais não são ensinados como técnicas isoladas, mas aprendidos no fluxo da vida cotidiana, em meio ao trabalho, às festas, aos lutos e às necessidades concretas da comunidade, constituindo um processo educativo contínuo e profundamente político. Desde a infância, meninas e meninos acompanham as benzedeiras e os mais velhos na coleta das plantas, aprendendo a reconhecer cheiros, texturas e ciclos da natureza, bem como os momentos

adequados para colher cada folha, raiz ou casca, quase sempre ao amanhecer ou no final da tarde, quando o silêncio permite escutar o território. Ao mesmo tempo, escutam histórias, cantos e rezas repetidas inúmeras vezes, não para serem memorizadas mecanicamente, mas para serem incorporadas como modos de sentir e interpretar o mundo. Nesse sentido, Daniel Munduruku (2005) afirma que “[...] aprender com os mais velhos é aprender a viver, porque o conhecimento nasce da experiência partilhada” (p. 29), evidenciando que a educação tradicional se dá na convivência e na prática. Juana Elbein dos Santos observa: “[...] o saber ritual é transmitido no tempo certo, quando o corpo e o espírito do aprendiz estão preparados” (1986, p. 64), indicando que há uma ética do cuidado também no ensinar, que respeita ritmos, maturidades e responsabilidades. Eduardo Viveiros de Castro (2014, p. 157) destaca: “[...] a transmissão do saber não separa conhecimento, corpo e relação, pois ensinar é sempre criar continuidade entre gerações”, o que ajuda a compreender por que esses saberes resistem mesmo diante de séculos de colonialidade e silenciamento. Dito isso, cada ritual aprendido carrega também uma memória de resistência, pois ensinar a rezar, a benzer ou a preparar um banho de ervas é, simultaneamente, afirmar a legitimidade de um modo de existir historicamente negado. Além disso, esse processo educativo fortalece a autoestima coletiva, ao mostrar às novas gerações que seus conhecimentos têm valor, eficácia e sentido, mesmo quando desqualificados pelas instituições formais. Por isso, não se pode ignorar que a transmissão intergeracional dos saberes tradicionais opera como prática pedagógica e ação política, ao produzir sujeitos enraizados em sua história e capazes de enfrentar o sofrimento psíquico não apenas individualmente, mas de forma solidária e comunitária. Ao manter vivos esses saberes, as comunidades constroem uma educação do cuidado que articula memória, identidade e futuro, garantindo a continuidade de práticas que sustentam a vida em contextos de profunda desigualdade.

Por sua vez, ao aprofundar a compreensão das rezas, banhos de ervas, benzimentos e rituais como dispositivos simbólicos e terapêuticos, torna-se evidente que essas práticas operam uma recomposição subjetiva que vai muito além da suspensão momentânea do sofrimento, pois reorganizam sentidos, afetos e vínculos que foram fragilizados por experiências de violência, perda ou desenraizamento. Em muitas comunidades, o ritual se inicia com a preparação minuciosa do espaço, que pode ser um quarto simples, um terreiro sombreado ou a varanda de uma casa de taipa, onde o chão é varrido, as janelas abertas e a água colocada para aquecer lentamente, enquanto as ervas são lavadas uma a uma, maceradas com cuidado e dispostas em cuias ou bacias de barro. Durante esse processo, a liderança espiritual entoa rezas baixas, quase sussurradas, criando um ambiente de recolhimento que desacelera o tempo cotidiano e convida a pessoa cuidada a silenciar o corpo e a mente, favorecendo a escuta de si mesma. Nesse contexto, Arthur Kleinman (2020) afirma

que “[...] os rituais de cuidado transformam a experiência do sofrimento ao reinscrevê-la em uma ordem moral e relacional compartilhada” (p. 97), o que ajuda a compreender por que muitas pessoas relatam alívio mesmo antes do término do ritual. Nancy Scheper-Hughes destaca: “[...] o sofrimento encontra linguagem e acolhimento quando é reconhecido coletivamente” (1993, p. 221), indicando que o efeito terapêutico não reside apenas na substância utilizada, mas no reconhecimento social da dor. Paul Farmer (1998, p. 38), observa: “[...] práticas de cuidado enraizadas na comunidade enfrentam a dor ao restaurar dignidade e pertencimento”, reforçando que esses dispositivos atuam diretamente sobre os impactos psicossociais das desigualdades estruturais. Ao longo do ritual, gestos repetidos, como o sinal da cruz com ramos verdes, a aspersão da água morna sobre a cabeça ou a passagem lenta das mãos pelo corpo, produzem uma sensação de continuidade e proteção, permitindo que a pessoa reorganize internamente suas emoções e recupere a confiança em si e nos outros. Além disso, o encerramento do ritual, geralmente marcado por orientações práticas para o cotidiano, como evitar determinados lugares, reforçar laços familiares ou retomar atividades comunitárias, evidencia que o cuidado não se encerra no ato simbólico, mas se prolonga na vida diária. Dessa forma, esses dispositivos simbólicos e terapêuticos funcionam como tecnologias sociais de recomposição subjetiva, capazes de reduzir o sofrimento psíquico ao reinscrever o indivíduo em uma trama coletiva de sentido, cuidado e reconhecimento.

[...] os rituais de cuidado nas comunidades tradicionais não atuam apenas como intervenções simbólicas momentâneas, mas como processos complexos de reorganização da experiência subjetiva e social do sofrimento. Ao envolver gestos repetidos, palavras ritualizadas, objetos carregados de significado e a presença ativa da coletividade, esses rituais produzem uma reconfiguração do modo como a dor é percebida, narrada e compartilhada. O sujeito não é tratado como portador isolado de um problema, mas como alguém cuja aflição está inscrita em uma trama de relações rompidas ou fragilizadas. A eficácia do ritual reside, portanto, na capacidade de restaurar vínculos, reinscrever o sofrimento em uma ordem moral comprensível e devolver à pessoa um lugar reconhecido dentro da comunidade (Kleinman, 2020, p. 101-102).

Em continuidade, ao examinar a função dessas práticas na redução do sofrimento psíquico e na recomposição subjetiva ao longo do tempo, percebe-se que essas práticas e rituais operam como processos prolongados de cuidado, acompanhando ciclos de adoecimento, luto e reequilíbrio que não se resolvem em um único encontro. Em muitas situações, a pessoa retorna semanalmente ao espaço ritual, sempre no mesmo dia e horário, respeitando uma temporalidade própria, enquanto a liderança espiritual avalia mudanças no corpo, no humor e nas relações cotidianas, ajustando rezas, ervas e gestos conforme a necessidade percebida. Assim, o ritual se articula ao cotidiano, pois a pessoa continua trabalhando, cuidando da família e participando da vida comunitária, mas agora orientada por pequenas prescrições simbólicas, como acender uma vela ao amanhecer, tomar o banho de ervas

em silêncio ou evitar conversas conflituosas após o entardecer. Nesse processo, como observa Cecil Helman (1984), “[...] os sistemas culturais de cura oferecem mapas de sentido que ajudam as pessoas a reorganizar suas emoções e expectativas” (p. 56), o que explica por que o sofrimento psíquico vai sendo elaborado de forma gradual e compartilhada. Achille Mbembe afirma: “[...] a vida ferida encontra possibilidades de recomposição quando o cuidado reconhece a vulnerabilidade como condição comum” (2021, p. 89), ressaltando que o enfrentamento do sofrimento não se dá pela negação da dor, mas pela sua acolhida coletiva. Já Nancy Scheper-Hughes (2004, p. 14) destaca: “[...] rituais cotidianos de cuidado podem funcionar como antídotos contra a violência estrutural ao produzir sentido e continuidade”, evidenciando que essas práticas atuam também como formas de resistência simbólica. Ao longo das semanas, relatos de melhora aparecem não apenas como diminuição de sintomas físicos, mas como retomada do sono, da disposição para o convívio e da capacidade de narrar a própria história sem o peso da culpa ou do isolamento. Além disso, o acompanhamento ritual permite que a pessoa seja vista e reconhecida em sua singularidade, algo frequentemente ausente nos serviços formais de saúde, reforçando a sensação de pertencimento e dignidade. Dessa forma, o cuidado tradicional não promete uma cura imediata, mas sustenta um caminho de recomposição subjetiva que integra corpo, memória e relações, permitindo que o sofrimento seja ressignificado e incorporado à trajetória de vida sem se tornar paralisante. Assim, a eficácia dessas práticas reside justamente na continuidade, na escuta e na presença comunitária, elementos fundamentais para a saúde psíquica em contextos marcados por desigualdades históricas.

De modo articulado, quando se observa o cotidiano das comunidades, percebe-se que rezas, ervas, benzimentos e rituais não são acionados apenas em momentos extremos de adoecimento, mas integram a vida diária como práticas preventivas e de manutenção do equilíbrio psíquico e relacional. Em muitas casas, logo ao amanhecer, antes mesmo do início das atividades de trabalho, prepara-se um chá leve de folhas colhidas no quintal ou na mata próxima, enquanto alguém murmura rezas aprendidas com os mais velhos, criando um clima de serenidade que atravessa o dia. Em outras situações, ao final da tarde, após conflitos familiares, notícias de violência no território ou episódios de discriminação vivenciados fora da comunidade, a pessoa procura a benzedeira para “descarregar o peso”, sentando-se em silêncio enquanto ramos de arruda, alecrim ou guiné são passados lentamente pelo corpo, em movimentos repetidos que acompanham palavras de proteção e acolhimento. Nesse contexto, Paul Farmer (2003) observa que essas práticas “[...] permitem enfrentar o sofrimento cotidiano ao produzir formas locais de cuidado que respondem às violências estruturais” (p. 45), mostrando que o ritual atua como resposta concreta a experiências de opressão. Lélia Gonzalez afirma: “[...] cuidar do corpo e do espírito é também um ato político de afirmação da existência negra”

(2018, p. 112), indicando que essas práticas não são neutras, mas atravessadas por disputas simbólicas e históricas. Kabengele Munanga (2015, p. 67) destaca: “[...] os saberes tradicionais organizam modos de viver que resistem à desumanização”, o que ajuda a compreender por que esses rituais se mantêm mesmo diante da marginalização institucional. Ao longo do tempo, o efeito dessas práticas se manifesta na capacidade das pessoas de nomear suas dores, reconhecer limites e buscar apoio antes que o sofrimento se torne insuportável, funcionando como uma rede de cuidado informal, porém eficaz. Além disso, ao envolver familiares e vizinhos, o ritual reforça laços de solidariedade, transformando o cuidado individual em experiência compartilhada, o que reduz o isolamento e a sensação de abandono. Assim, a presença constante dessas práticas no cotidiano atua como dispositivo de proteção psíquica, prevenindo o agravamento do sofrimento e fortalecendo a autonomia comunitária diante de contextos marcados por racismo, pobreza e violência. Ou seja, o cuidado ritual cotidiano sustenta uma ética da atenção mútua que reequilibra emoções, relações e sentidos de pertencimento, garantindo continuidade à vida comunitária.

Neste sentido, torna-se fundamental compreender que rezas, ervas, benzimentos e rituais comunitários operam como uma síntese viva entre cuidado, resistência e projeto coletivo de existência, especialmente em contextos atravessados por racismo estrutural, expropriação territorial e deslegitimização histórica dos saberes tradicionais. Em muitas comunidades, o ritual que encerra um ciclo de cuidado não é marcado por um gesto individual, mas por uma pequena reunião, na qual familiares e vizinhos se aproximam, compartilham alimentos simples, trocam palavras de encorajamento e reafirmam a presença uns dos outros, consolidando a ideia de que a saúde psíquica não se sustenta no isolamento, mas na vida em comum. Nesses momentos, o espaço ritual se converte em espaço político, pois ali se reafirma o direito de existir segundo outros modos de vida, outros tempos e outras rationalidades, mesmo diante da pressão constante por assimilação e silenciamento. Nesse sentido, Ailton Krenak (2019) observa que essas práticas “[...] não são apenas modos de curar, mas formas de adiar o fim do mundo, mantendo viva a possibilidade de continuar existindo” (p. 23), o que evidencia a dimensão ética e cosmopolítica do cuidado tradicional. Eduardo Viveiros de Castro afirma: “[...] os rituais não explicam o mundo, eles o mantêm habitável” (2009, p. 52), ressaltando que sua função principal é sustentar a vida em meio à adversidade, e não oferecer respostas fechadas ou universais. Franco Basaglia (2005, p. 79) destaca: “[...] cuidar é reconhecer a humanidade do outro em sua totalidade”, afirmação que, ainda que proveniente de outro campo, dialoga profundamente com a lógica relacional presente nas práticas comunitárias de cura. Assim, ao final do ritual, quando a pessoa retorna ao cotidiano, ela não o faz sozinha, mas amparada por uma rede simbólica e afetiva que lhe devolve sentido, dignidade e pertencimento, elementos centrais para a recomposição

subjetiva. Além disso, o fechamento ritual reafirma compromissos coletivos, como o cuidado com a terra, o respeito aos mais velhos e a transmissão dos saberes às novas gerações, garantindo continuidade histórica e política às práticas. Dessa forma, esses rituais não apenas enfrentam o sofrimento psíquico imediato, mas constroem horizontes de futuro, ao sustentar modos de vida que resistem à colonialidade e à desumanização.

[...] o cuidado, nas sociedades indígenas e nas comunidades tradicionais, não pode ser separado da luta pela continuidade da vida coletiva. Os rituais, as rezas, os cantos e os encontros comunitários são modos de sustentar o mundo quando ele ameaça desabar, pois reafirmam diariamente que a existência não se reduz à lógica da mercadoria, do progresso ou da utilidade. Esses gestos mantêm vivos os vínculos entre pessoas, territórios e ancestrais, criando espaços onde a vida ainda pode ser compartilhada com dignidade. Quando cuidamos uns dos outros dessa maneira, estamos adiando o fim, não como abstração, mas como prática concreta de resistência e afirmação de outros futuros possíveis (Krenak, 2019, p. 64-65).

Dessa forma, em continuidade ao entendimento das práticas rituais como tecnologias sociais de cuidado capazes de sustentar a vida em contextos de violência estrutural, avançaremos na compreensão dessas experiências como formas de resistência epistemológica, isto é, como modos ativos de confrontar a hegemonia biomédica e colonial que historicamente deslegitimou saberes quilombolas e indígenas. Assim, rezas, ervas, benzimentos e rituais não apenas cuidam do sofrimento psíquico, mas também afirmam outros regimes de verdade, outras rationalidades e outras formas de produzir conhecimento sobre saúde, corpo e vida. Vale destacar que, ao persistirem no cotidiano comunitário, essas práticas produzem uma crítica prática às epistemologias dominantes, demonstrando que o cuidado pode ser relacional, territorializado e espiritualmente situado, sem perder eficácia. Nesse sentido, Boaventura de Sousa Santos observa que “[...] há saberes que sobrevivem porque respondem a sofrimentos reais ignorados pela ciência hegemônica” (2010, p. 54), indicando que a resistência não se dá apenas no plano discursivo, mas na capacidade concreta de cuidar onde o Estado e os sistemas formais falham. Em adição a isso, Arturo Escobar afirma: “[...] práticas locais de cuidado constituem formas de resistência ontológica, pois defendem outros modos de existir e de se relacionar com o mundo” (2016, p. 18), o que permite compreender essas experiências como enfrentamentos diretos à colonialidade do saber e do ser. A partir disso, reconhecer essas práticas como tecnologias sociais implica admitir que elas produzem conhecimento situado, acumulado historicamente, testado na vida concreta e validado pela confiança comunitária. Além disso, essa resistência epistemológica não busca negar a biomedicina, mas tensionar sua pretensão de universalidade, abrindo espaço para modelos plurais de cuidado que dialoguem com contextos culturais diversos. Isto é, os saberes tradicionais se afirmam como práticas contra-hegemônicas que disputam sentidos sobre o que é saúde, quem pode cuidar e quais conhecimentos são legítimos. Desse

modo, essas tecnologias sociais de cuidado não apenas aliviam o sofrimento psíquico, mas também reconfiguram relações de poder no campo da saúde, ao sustentar epistemologias vivas que insistem em existir, cuidar e produzir futuro a partir do território e da memória coletiva.

De forma mais específica, ao analisar os saberes tradicionais como formas de resistência direta à hegemonia biomédica, torna-se evidente que essas práticas não se limitam a coexistir com o modelo dominante de saúde, mas o questionam em seus pressupostos mais profundos, sobretudo naquilo que diz respeito à fragmentação do corpo, à individualização do sofrimento e à neutralização das dimensões históricas e culturais da dor. Assim, quando comunidades quilombolas e indígenas insistem em interpretar o adoecimento psíquico como resultado de rupturas nas relações com o território, com os ancestrais ou com a coletividade, elas produzem um deslocamento epistemológico relevante, pois recusam a ideia de que o sofrimento possa ser plenamente explicado por categorias clínicas universais. Cabe ressaltar que essa recusa não se expressa como negação abstrata da biomedicina, mas como prática concreta de cuidado que demonstra, na experiência cotidiana, os limites de um modelo que frequentemente medicaliza a vida e silencia narrativas locais. Nesse sentido, Arthur Kleinman (2020) observa que “[...] sistemas médicos dominantes tendem a ignorar os mundos morais do sofrimento, produzindo respostas técnicas para problemas existenciais” (p. 41), o que ajuda a compreender por que tantas experiências de dor permanecem sem acolhimento adequado nos serviços formais. Achille Mbembe afirma: “[...] a colonialidade opera também ao definir quais formas de saber sobre a vida e a morte são consideradas legítimas” (2017, p. 132), evidenciando que a hegemonia biomédica está imbricada em relações históricas de poder. Frantz Fanon (2008, p. 182) destaca: “[...] o corpo colonizado é também um corpo cuja dor foi interpretada por outros”, o que permite articular a crítica à biomedicina com a experiência racializada do sofrimento. Logo, ao manterem práticas próprias de cuidado, essas comunidades não apenas tratam sintomas, mas reafirmam o direito de interpretar a própria dor a partir de referenciais culturais próprios, produzindo autonomia epistemológica. Além disso, essa resistência cotidiana cria fissuras no campo da saúde, abrindo possibilidades para diálogos interculturais que não se baseiem na subordinação de um saber ao outro. Dito isso, os saberes tradicionais se configuram como práticas insurgentes que desafiam a universalização acrítica do modelo biomédico e afirmam a necessidade de pluralizar as formas de compreender e enfrentar o sofrimento psíquico. Dessa forma, essa resistência não é apenas simbólica, mas profundamente política, pois disputa quem tem o direito de nomear, tratar e cuidar da vida em contextos marcados por desigualdade e racismo estrutural.

De modo articulado, ao tratar do reconhecimento dessas práticas como tecnologias sociais de cuidado coletivo, é necessário compreender que rezas, ervas, benzimentos e rituais comunitários não

constituem ações espontâneas ou meramente tradicionais, mas sistemas complexos de produção de cuidado, organizados, testados historicamente e sustentados por redes sociais densas. Assim, quando uma comunidade mobiliza essas práticas para enfrentar o sofrimento psíquico, ela aciona um conjunto de saberes, normas, papéis sociais e temporalidades que estruturam respostas coletivas a situações de dor, perda e desagregação social. Vale destacar que o conceito de tecnologia social permite justamente reconhecer a intencionalidade, a eficácia e a capacidade de replicação contextual dessas práticas, sem reduzi-las a expressões folclóricas ou residuais. Nesse sentido, ao analisar experiências comunitárias de cuidado, Paul Farmer argumenta que tais práticas “[...] emergem como respostas socialmente organizadas às falhas estruturais dos sistemas formais de saúde” (2003, p. 63), evidenciando que sua força reside na articulação entre saber, território e solidariedade. Nancy Schepé-Hughes afirma: “[...] comunidades desenvolvem tecnologias morais de cuidado para sobreviver à violência cotidiana” (2004, p. 29), o que permite compreender essas práticas como invenções coletivas diante de contextos de abandono institucional. Já Kabengele Munanga (2015, p. 94), destaca: “[...] reconhecer saberes tradicionais é reconhecer estratégias históricas de sobrevivência e produção da vida”, reforçando a necessidade de valorizá-los como tecnologias sociais legítimas. Diante disso, quando essas práticas são reconhecidas nesse estatuto, desloca-se o olhar que as coloca à margem do campo da saúde, abrindo espaço para que sejam compreendidas como formas qualificadas de cuidado coletivo, capazes de produzir efeitos psicossociais relevantes. Soma-se a isso, esse reconhecimento contribui para romper hierarquias epistêmicas que desvalorizam saberes não ocidentais, permitindo que comunidades sejam vistas não como carentes de assistência, mas como produtoras de soluções. Adicionalmente, a noção de tecnologia social de cuidado amplia o debate sobre saúde coletiva, ao incluir experiências comunitárias que atuam preventivamente, fortalecem vínculos e reduzem o sofrimento psíquico de maneira contextualizada. Desse modo, pode-se afirmar que reconhecer essas práticas como tecnologias sociais não é apenas um gesto conceitual, mas uma tomada de posição política que redefine quem pode cuidar, como se cuida e quais conhecimentos importam no enfrentamento das desigualdades em saúde.

[...] as respostas comunitárias ao sofrimento, à doença e à vulnerabilidade social não podem ser compreendidas como improvisações ocasionais ou como práticas pré-modernas. Elas constituem sistemas organizados de cuidado, construídos ao longo do tempo, baseados em saberes partilhados, normas coletivas e redes de solidariedade que permitem enfrentar situações de abandono institucional. Essas práticas revelam uma racionalidade própria, orientada pela proximidade, pela corresponsabilidade e pela capacidade de adaptar soluções às condições concretas de vida das populações. Quando reconhecidas em sua complexidade, tais experiências demonstram que comunidades não são apenas destinatárias de políticas públicas, mas produtoras ativas de tecnologias sociais capazes de gerar cuidado, sentido e proteção onde o Estado falha ou se ausenta (Santos, 2010, p. 88-89).

De maneira consequente, ao discutir as contribuições desses saberes para a construção de modelos plurais, interculturais e antirracistas de saúde, torna-se indispensável reconhecer que as práticas tradicionais de cuidado tensionam diretamente a universalização acrítica dos protocolos biomédicos e das formas padronizadas de atenção, ao evidenciar que saúde e sofrimento são vividos de modo profundamente desigual em contextos marcados por racismo estrutural, colonialidade e expropriação territorial. Assim, ao incorporarem dimensões espirituais, comunitárias e territoriais, os saberes quilombolas e indígenas ampliam o próprio conceito de cuidado, deslocando-o da centralidade exclusiva do diagnóstico e da prescrição para uma ética relacional que valoriza escuta, vínculo e reconhecimento da diferença. Convém observar que modelos interculturais de saúde não se constroem apenas pela justaposição de saberes, mas exigem a revisão crítica das hierarquias epistêmicas que historicamente colocaram os conhecimentos tradicionais em posição de subalternidade. Nesse sentido, Boaventura de Sousa Santos assinala que “[...] não haverá justiça social global sem justiça cognitiva global” (2010, p. 27), indicando que o enfrentamento das desigualdades em saúde passa necessariamente pelo reconhecimento de epistemologias historicamente silenciadas. Achille Mbembe afirma: “[...] o racismo produz hierarquias de humanidade que se expressam também na forma como se cuida, ou se abandona, determinadas vidas” (2021, p. 66), o que permite compreender a urgência de modelos antirracistas de cuidado. Arthur Kleinman (2020, p. 142) destaca: “[...] sistemas de saúde culturalmente sensíveis reconhecem que o sofrimento é inseparável das condições sociais e morais da vida”, reforçando a necessidade de abordagens plurais e contextualizadas. Logo, ao dialogarem com esses saberes, os modelos interculturais de saúde não apenas ampliam sua capacidade de resposta ao sofrimento psíquico, mas também produzem deslocamentos éticos importantes, ao reconhecer populações historicamente marginalizadas como sujeitos de conhecimento e não apenas como destinatárias de políticas. Além disso, a incorporação de práticas tradicionais contribui para a construção de estratégias de cuidado mais eficazes em territórios marcados por desconfiança institucional, violência e exclusão, fortalecendo a adesão e a legitimidade das ações em saúde coletiva. Assim, os saberes tradicionais oferecem fundamentos concretos para modelos de saúde que sejam simultaneamente plurais, interculturais e antirracistas, ao articular cuidado, justiça social e reconhecimento da diferença. Desse modo, esses saberes não apenas complementam o campo da saúde, mas o desafiam a se reinventar a partir de outras éticas, outros tempos e outras formas de produzir bem-viver.

De modo consequente, ao examinar as implicações dessas tecnologias sociais de cuidado para políticas públicas, saúde coletiva e práticas profissionais sensíveis à diversidade cultural, evidencia-se que o reconhecimento dos saberes tradicionais exige transformações estruturais nas formas de

planejar, executar e avaliar ações em saúde. Dito isso, não se trata apenas de “incluir” práticas tradicionais como complemento periférico aos serviços biomédicos, mas de repensar os próprios fundamentos das políticas, incorporando a escuta comunitária, o respeito aos territórios e a valorização das lideranças locais como dimensões centrais do cuidado. Vale destacar que, em muitos contextos quilombolas e indígenas, a presença exclusiva de equipes técnicas descoladas da cultura local gera desconfiança, baixa adesão e sensação de violência simbólica, ao passo que iniciativas construídas em diálogo com benzedeiras, rezadores, pajés e mais velhos tendem a produzir vínculos mais duradouros e respostas mais eficazes ao sofrimento psíquico. Nesse sentido, ao refletir sobre saúde e cultura, Cecil Helman observa que “[...] políticas de saúde fracassam quando ignoram os sistemas locais de significado e cuidado” (1984, p. 112), indicando que a eficácia das ações depende de sua ancoragem cultural. Gloria Anzaldúa afirma: “[...] não há cura possível onde o conhecimento do outro é sistematicamente deslegitimado” (2012, p. 78), o que permite compreender a urgência de práticas profissionais que reconheçam a pluralidade epistemológica. Já Paul Farmer (2003, p. 141), destaca: “[...] sistemas de saúde comprometidos com a justiça precisam enfrentar as desigualdades estruturais que moldam o sofrimento”, reforçando que políticas públicas sensíveis à diversidade cultural não podem ser neutras diante do racismo e da colonialidade. Com isso, a incorporação dos saberes tradicionais nas políticas de saúde coletiva implica formar profissionais capazes de atuar de maneira intercultural, abandonando posturas hierárquicas e aprendendo a trabalhar em parceria com as comunidades. Em razão disso, exige criar marcos institucionais que protejam essas práticas da criminalização, do apagamento e da apropriação indevida, reconhecendo-as como patrimônios vivos e tecnologias sociais legítimas. Dessa forma, práticas profissionais sensíveis à diversidade cultural tornam-se não apenas uma escolha ética, mas uma condição para a efetividade das políticas públicas em contextos marcados por desigualdade histórica. Dessa forma, pode-se afirmar que o diálogo entre saberes tradicionais e saúde coletiva aponta para modelos de cuidado mais democráticos, antirracistas e territorializados, capazes de responder de maneira mais humana e eficaz ao sofrimento psíquico coletivo.

Por outro lado, ao aprofundar a discussão sobre as práticas profissionais em saúde diante da pluralidade cultural, torna-se fundamental reconhecer que a formação técnica tradicional, muitas vezes centrada em protocolos padronizados e evidências descontextualizadas, mostra-se insuficiente para lidar com realidades marcadas por ancestralidade, territorialidade e memória coletiva. Assim, quando profissionais adentram territórios quilombolas e indígenas sem preparo intercultural, acabam reproduzindo formas sutis de colonialidade, mesmo quando orientados por discursos de boa intenção. Nesse sentido, estudos de Arthur Kleinman (1995) indicam que a clínica, ao desconsiderar os

significados culturais da doença e do cuidado, “[...] transforma experiências de sofrimento em meros objetos técnicos”, o que evidencia um empobrecimento da relação terapêutica (p. 27). Além disso, convém observar que práticas sensíveis à diversidade cultural exigem deslocamentos éticos, isto é, a disposição para aprender com os saberes locais, aceitar outros tempos de cuidado e reconhecer que a autoridade do saber não está concentrada exclusivamente na formação universitária. Como afirma Boaventura de Sousa Santos, “[...] não há justiça social global sem justiça cognitiva global” (2007, p. 53), reforçando que a valorização de epistemologias tradicionais constitui condição para políticas públicas verdadeiramente democráticas. Catherine Walsh (2009, p. 19), assinala: “[...] a interculturalidade crítica não é apenas convivência entre culturas, mas enfrentamento das hierarquias históricas que as atravessam”, o que permite compreender que a sensibilidade cultural não se reduz a adaptações superficiais, mas implica revisão estrutural das práticas institucionais. Logo, exemplos concretos mostram que equipes de saúde que dialogam com lideranças espirituais locais, que participam de rituais comunitários como observadores respeitosos e que adaptam suas intervenções ao calendário simbólico das comunidades conseguem construir vínculos mais sólidos e respostas mais eficazes ao sofrimento psíquico. Do mesmo modo, políticas públicas que reconhecem oficialmente benzedeiras, rezadores e pajés como agentes de cuidado ampliam o acesso à saúde e fortalecem a autonomia comunitária. Em outras palavras, práticas profissionais sensíveis à diversidade cultural não apenas qualificam o cuidado, mas também operam como dispositivos de reparação histórica frente aos danos produzidos pelo racismo epistêmico. Dessa forma, a humanização da saúde passa, necessariamente, pelo reconhecimento da pluralidade de saberes e pela disposição institucional de aprender com aqueles que historicamente foram silenciados.

[...] a prática em saúde que ignora os sistemas locais de significação do sofrimento e da cura tende a fracassar, não por ausência de técnica, mas por incapacidade de escuta. Quando profissionais operam exclusivamente a partir de categorias universais e protocolos padronizados, eles frequentemente desconstroem, ainda que involuntariamente, as formas pelas quais comunidades organizam o sentido da doença, do cuidado e da responsabilidade coletiva. Uma abordagem verdadeiramente eficaz exige reconhecer que o conhecimento biomédico é apenas um entre outros sistemas possíveis de interpretação da experiência humana, e que a clínica precisa ser um espaço de negociação moral e cultural, e não de imposição epistêmica (Kleinman, 1995, p. 149-150).

Além disso, ao tratar das implicações para as políticas públicas de saúde coletiva, é necessário avançar para além do mero reconhecimento discursivo da diversidade cultural, incorporando de forma efetiva os saberes tradicionais nos dispositivos institucionais de cuidado. Nesse horizonte, políticas que se limitam a mencionar a interculturalidade em documentos oficiais, mas que mantêm práticas centralizadoras e tecnocráticas, acabam produzindo frustrações tanto nas comunidades quanto nos

próprios profissionais. Assim, quando programas de atenção básica ignoram calendários rituais, ciclos agrícolas ou momentos espirituais considerados decisivos pelas comunidades, criam-se desencontros que fragilizam a adesão ao cuidado. Como observa Didier Fassin, ao analisar a dimensão moral das políticas de saúde, “[...] as políticas públicas produzem não apenas cuidados, mas também classificações morais sobre quais vidas merecem ser cuidadas e de que maneira” (2011, p. 9), evidenciando que a neutralidade técnica é uma ilusão. Assim, é importante destacar que experiências exitosas no Brasil e em outros países latino-americanos mostram que a inclusão de agentes tradicionais de cuidado em conselhos locais de saúde amplia a legitimidade das ações e fortalece o controle social. Paulo Freire (1996, p. 52) afirma: “[...] ninguém cuida do outro se não reconhece o saber que o outro carrega”, o que permite articular a noção de cuidado com uma ética do reconhecimento e do diálogo. Boaventura de Sousa Santos destaca que “[...] a monocultura do saber científico produz zonas de não existência”, ao passo que propõe ecologias de saberes como alternativa política (2010, p. 44). Nesse contexto, políticas públicas sensíveis à diversidade cultural demandam não apenas mudanças normativas, mas também investimentos em formação continuada, revisão de indicadores de avaliação e criação de espaços institucionais de escuta permanente. Por exemplo, equipes que constroem planos terapêuticos compartilhados com lideranças comunitárias conseguem reduzir abandonos de tratamento e conflitos simbólicos, ao passo que fortalecem redes locais de solidariedade. A saúde coletiva, desse modo, passa a ser compreendida como um campo de negociação intercultural, no qual diferentes rationalidades convivem e se tensionam. Assim, integrar saberes tradicionais às políticas públicas não representa retrocesso científico, mas, ao contrário, amplia a capacidade do Estado de responder às complexidades do sofrimento humano em sociedades plurais.

Contudo, ao deslocar o foco das políticas e das práticas profissionais para a atuação cotidiana dos trabalhadores da saúde, emerge a necessidade de repensar a formação técnica e ética daqueles que operam diretamente no território, sobretudo quando lidam com populações quilombolas e indígenas. Nesse sentido, não se trata apenas de acrescentar conteúdos pontuais sobre diversidade cultural nos currículos, mas de promover uma inflexão mais profunda na rationalidade que orienta o fazer profissional. Assim, quando médicos, enfermeiros, psicólogos e agentes comunitários aprendem a reconhecer rezas, benzimentos e rituais como tecnologias sociais de cuidado, passam a atuar menos como especialistas que prescrevem e mais como mediadores de processos coletivos de saúde. Arthur Kleinman (1980) demonstra, ao longo de seus estudos etnográficos, que a experiência da doença é sempre mediada por sistemas culturais de significado, e afirma que “[...] a cura não pode ser compreendida fora das narrativas e valores que dão sentido ao sofrimento”, indicando a centralidade

do contexto vivido (p. 25). De igual maneira, Eduardo Menéndez assinala que “[...] os modelos hegemônicos de atenção tendem a invisibilizar práticas locais, classificando-as como crenças e não como saberes”, ao situar essa crítica no debate latino-americano sobre saúde coletiva (2009, p. 61). Escobar (2018, p. 78) sustenta que “[...] reconhecer epistemologias outras implica transformar as instituições que produzem e legitimam o conhecimento”, reforçando a dimensão política dessa escolha. A partir dessas contribuições, cabe ressaltar que práticas profissionais sensíveis à diversidade cultural exigem escuta qualificada, tempo para o vínculo e abertura ao aprendizado mútuo, elementos frequentemente tensionados por metas produtivistas e protocolos rígidos. Por exemplo, equipes que reservam momentos específicos para dialogar com lideranças espirituais locais conseguem compreender melhor as razões pelas quais determinados usuários interrompem tratamentos biomédicos para recorrer a rituais comunitários, o que permite construir estratégias integradas, e não excludentes. Conclui-se, assim, que a prática profissional deixa de ser um exercício solitário de aplicação de técnicas e passa a constituir um campo relacional, no qual diferentes saberes se encontram, negociam e se transformam. Portanto, essa reconfiguração aponta para uma ética do cuidado que não hierarquiza conhecimentos, mas os articula em função da vida concreta das pessoas e de seus modos de existir.

De forma complementar, ao considerar as implicações mais amplas dessas tecnologias sociais de cuidado para a formulação de políticas públicas, torna-se evidente que o reconhecimento institucional dos saberes tradicionais exige mudanças estruturais nos modos de planejar, avaliar e financiar ações em saúde coletiva. Não se trata, portanto, de incorporar práticas como rezas, benzimentos ou rituais apenas como adereços culturais tolerados, mas de compreendê-los como componentes ativos de sistemas locais de cuidado que já produzem efeitos concretos na redução do sofrimento e na sustentação da vida cotidiana. Assim, quando políticas públicas ignoram essas dimensões, acabam reforçando desigualdades históricas, pois deslegitimam formas de cuidado que fazem sentido para as populações atendidas. Nesse sentido, ao longo de suas análises sobre ecologias de saberes, Boaventura de Sousa Santos (2010) argumenta que a justiça social passa necessariamente pela justiça cognitiva, e afirma que “[...] não há emancipação possível quando apenas um tipo de conhecimento é autorizado a definir o que conta como cuidado” (p. 53). No entanto, Maria Cecília de Souza Minayo destaca que “[...] as práticas populares de saúde constituem respostas históricas a contextos de exclusão e ausência do Estado, sendo portadoras de rationalidades próprias”, situando essa reflexão no campo da saúde coletiva brasileira (2014, p. 112). Ayres (2007, p. 49) sustenta que “[...] o cuidado em saúde só se realiza plenamente quando reconhece o outro como sujeito de saberes e não apenas como objeto de intervenção”, reforçando a centralidade da relação ética no encontro

terapêutico. A partir dessas contribuições, convém observar que políticas interculturais de saúde precisam criar dispositivos concretos de diálogo, como conselhos locais com participação de lideranças espirituais, protocolos flexíveis que permitam a convivência entre tratamentos biomédicos e rituais tradicionais, e formas de avaliação que considerem indicadores qualitativos de bem-estar. Por exemplo, programas que incorporam agentes tradicionais de cuidado em equipes multiprofissionais tendem a ampliar a adesão aos serviços e a reduzir conflitos simbólicos entre usuários e profissionais. Assim, ainda que persistam tensões institucionais e resistências técnicas, a valorização dessas tecnologias sociais de cuidado aponta para modelos de saúde mais democráticos, antirracistas e territorialmente enraizados, capazes de responder à complexidade das vidas que pretendem cuidar.

[...] as políticas públicas que se pretendem emancipatórias não podem continuar a operar com base na monocultura do saber científico moderno, sob pena de reproduzirem exclusões históricas e epistemológicas. Quando apenas um tipo de conhecimento é autorizado a definir problemas, soluções e critérios de eficácia, invisibilizam-se práticas sociais que, embora não reconhecidas oficialmente, sustentam a vida cotidiana de amplos segmentos da população. A ecologia de saberes propõe exatamente o contrário: um diálogo horizontal entre conhecimentos distintos, no qual saberes populares, tradicionais e comunitários sejam reconhecidos como portadores de racionalidade, experiência e capacidade de intervenção social. Sem esse reconhecimento, não há política pública democrática, mas apenas gestão tecnocrática da desigualdade (Sousa Santos, 2010, p. 56).

No entanto, ao aprofundar o debate sobre práticas profissionais sensíveis à diversidade cultural, é fundamental reconhecer que a hegemonia biomédica não se sustenta apenas por sua eficácia técnica, mas também por um regime de verdade que historicamente desqualificou outros modos de produzir conhecimento e cuidado. Assim, quando profissionais de saúde atuam sem considerar cosmologias indígenas e quilombolas, acabam, ainda que involuntariamente, reproduzindo formas sutis de violência simbólica que atravessam o encontro terapêutico. Nesse cenário, vale destacar que a escuta qualificada, o respeito aos tempos do ritual e a abertura ao diálogo intercultural não fragilizam a prática profissional, mas, ao contrário, ampliam sua potência ética e política. Achille Mbembe (2017) analisa como determinados regimes de racionalidade produzem hierarquias de humanidade, e afirma que “[...] a razão moderna construiu dispositivos que autorizam decidir quais vidas merecem cuidado e quais podem ser expostas ao abandono” (p. 42). De modo complementar, Frantz Fanon destaca que “[...] o saber colonial desumaniza ao negar a legitimidade das experiências vividas pelos povos subalternizados, inclusive no campo da saúde”, situando essa reflexão no contexto das lutas anticoloniais (1968, p. 15). Já Mbembe (2021, p. 68) sustenta que “[...] o governo da vida passa também pelo controle dos corpos, dos afetos e das formas de cura”, o que permite compreender por que práticas tradicionais frequentemente são alvo de suspeição institucional. A partir

dessas camadas analíticas, convém observar que formar profissionais sensíveis à diversidade cultural exige revisar currículos, protocolos e dispositivos de avaliação, incorporando saberes locais como fontes legítimas de aprendizado. Por exemplo, experiências de formação em serviço que envolvem a participação de benzedeiras, pajés ou lideranças comunitárias tendem a produzir deslocamentos significativos nas práticas cotidianas, pois ensinam, na experiência concreta, que o cuidado não se reduz à prescrição, mas se constrói na relação. Assim, ainda que persistam desafios estruturais e resistências institucionais, a incorporação desses saberes nos campos da saúde coletiva e das políticas públicas aponta para práticas profissionais mais responsáveis, plurais e comprometidas com a dignidade humana.

Desse modo, torna-se imprescindível afirmar que o reconhecimento dos saberes tradicionais como tecnologias sociais de cuidado não constitui um gesto de concessão simbólica, mas um deslocamento epistemológico profundo que tensiona as bases mesmas da produção do conhecimento em saúde. Dito isso, quando políticas públicas, práticas profissionais e modelos de atenção passam a considerar rezas, benzimentos, ervas e rituais comunitários como dimensões legítimas do cuidado, abre-se espaço para uma saúde verdadeiramente coletiva, situada e antirracista. Nesse sentido, Achille Mbembe (2017) argumenta que a modernidade instituiu hierarquias de valor entre vidas, sustentando que “[...] certos corpos são historicamente posicionados fora do horizonte pleno do cuidado e da proteção” (p. 103). De forma distinta, Boaventura de Sousa Santos afirma que “[...] não haverá justiça social sem justiça cognitiva, pois a exclusão de saberes é também uma forma de violência estrutural”, situando essa reflexão no debate sobre epistemologias do Sul (2010, p. 54). Já Mbembe (2021, p. 59) sustenta que “[...] a política da vida e da morte opera também pela desqualificação de formas outras de existência e de cuidado”, o que ilumina a persistente marginalização das práticas quilombolas e indígenas nos sistemas oficiais de saúde. A partir dessas contribuições, cabe ressaltar que políticas públicas comprometidas com a equidade precisam superar abordagens meramente multiculturalistas e avançar para arranjos interculturais efetivos, nos quais o diálogo entre saberes não seja assimétrico nem instrumentalizado. Por exemplo, programas de saúde coletiva que articulam equipes multiprofissionais com lideranças comunitárias têm demonstrado maior adesão, redução de sofrimento psíquico e fortalecimento dos vínculos sociais, justamente porque reconhecem o território como espaço vivo de produção de cuidado. Desse modo, não se pode ignorar que a consolidação de modelos plurais de saúde exige enfrentar resistências institucionais, rever marcos normativos e investir em processos formativos continuados, orientados pela escuta, pelo respeito e pela ética do encontro. Dito isso, integrar saberes tradicionais às políticas e práticas de saúde não apenas amplia a

eficácia do cuidado, mas contribui para a reparação histórica de violências epistêmicas, apontando para horizontes de dignidade, pertencimento e vida compartilhada.

4 CONCLUSÃO

Os achados apresentados ao longo deste artigo permitem afirmar que os saberes tradicionais quilombolas e indígenas desempenham um papel central na promoção da saúde psíquica ao reorganizar o sofrimento para além de uma lógica individualizante, inscrevendo-o em uma trama coletiva de sentidos, vínculos e pertencimento. Ao longo da análise, evidenciou-se que práticas como rezas, banhos de ervas, benzimentos e rituais comunitários não operam apenas como recursos simbólicos, mas como dispositivos concretos de cuidado que acolhem a dor, nomeiam o sofrimento e oferecem caminhos de recomposição subjetiva ancorados na memória coletiva e na ancestralidade. Assim, ao invés de fragmentar a experiência do adoecimento, esses saberes articulam corpo, território, espiritualidade e comunidade, produzindo formas de cuidado que restauram continuidades rompidas por processos históricos de violência e exclusão.

Além disso, tais práticas constituem respostas históricas às condições estruturais impostas pelo racismo e pela colonialidade, funcionando como mecanismos de resistência cotidiana frente à desumanização sistemática. Ao serem mobilizados em contextos de expropriação territorial, deslocamentos forçados e negação identitária, esses saberes permitem que o sofrimento não seja internalizado como fracasso individual, mas compreendido como expressão de injustiças coletivas. Dessa forma, o cuidado comunitário atua como uma pedagogia do sentido, ensinando a ler a dor à luz da história e das relações de poder, o que contribui diretamente para a preservação da dignidade, da autoestima coletiva e da continuidade dos modos de vida quilombolas e indígenas.

Do mesmo modo, evidenciou que a centralidade das lideranças espirituais, das benzedeiras, dos rezadores, dos pajés e dos mais velhos desempenha função decisiva na sustentação da saúde psíquica coletiva. Essas figuras não apenas conduzem rituais, mas organizam narrativas, transmitem saberes e mediam conflitos, atuando como referências éticas e afetivas no cotidiano das comunidades. A confiança depositada nesses sujeitos reforça redes de cuidado baseadas na escuta, no reconhecimento e na corresponsabilidade, elementos frequentemente ausentes nos serviços formais de saúde. Assim, a presença dessas lideranças fortalece processos de recomposição subjetiva que se dão no tempo longo da relação, e não na lógica imediatista da intervenção técnica.

Outro achado relevante diz respeito à dimensão educativa e política da transmissão intergeracional desses saberes. Ao serem aprendidas desde a infância, no convívio cotidiano e nos rituais, as práticas de cuidado ensinam formas de sentir, interpretar e enfrentar o sofrimento que se

contrapõem à lógica colonial de silenciamento e patologização. Essa transmissão não apenas garante a continuidade cultural, mas produz sujeitos capazes de reconhecer o racismo e a violência estrutural como fenômenos históricos, e não como destinos individuais. Assim, o cuidado tradicional também se afirma como um campo de formação política, no qual a saúde psíquica se entrelaça à construção da consciência coletiva e à afirmação identitária.

Nesse sentido, os achados reforçam que os saberes tradicionais operam como tecnologias sociais de cuidado coletivo, oferecendo contribuições concretas para a construção de modelos plurais, interculturais e antirracistas de saúde. Ao desafiar a hegemonia biomédica, essas práticas evidenciam que não há neutralidade nos modos de cuidar, e que a exclusão epistemológica também produz adoecimento. Reconhecer esses saberes como legítimos implica deslocar o eixo das políticas públicas e das práticas profissionais, abrindo espaço para abordagens que considerem a diversidade cultural, os territórios e as cosmologias como dimensões indissociáveis da saúde psíquica.

Assim, a pesquisa demonstra que os saberes tradicionais quilombolas e indígenas contribuem de maneira decisiva para a promoção da saúde psíquica justamente porque articulam cuidado, resistência e produção de sentido em contextos marcados por violências estruturais. Ao invés de oferecer apenas alívio pontual do sofrimento, essas práticas constroem condições coletivas de sustentação da vida, fortalecendo vínculos, reafirmando identidades e criando espaços de reexistência frente ao racismo e à colonialidade. Desse modo, os achados apontam para a necessidade ética, científica e política de reconhecer, valorizar e dialogar com esses saberes, não como complemento periférico, mas como fundamentos indispensáveis para uma saúde coletiva comprometida com a justiça social, a pluralidade epistemológica e a dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, B.; KOPENAWA, D. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- ALBERT, B.; KOPENAWA, D. O espírito da floresta. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- ANZALDÚA, G. Borderlands/La frontera: the new mestiza. San Francisco: Aunt Lute Books, 2012.
- ANZALDÚA, G.; MORAGA, C. This bridge called my back: writings by radical women of color. Albany: SUNY Press, 1990.
- ANZALDÚA, G.; MORAGA, C. Esta ponte chamada minhas costas: escritos de mulheres radicais de cor. São Paulo: Elefante, 2022.
- BANIWA, G. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: LGE Editora, 2018.
- BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1968.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BOURGOIS, P.; SCHEPER-HUGHES, N. Violence in war and peace: an anthology. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.
- CAMARGO, H. W. Religiões afro-brasileiras, cuidado e saúde. São Paulo: Fonte Editorial, 2019.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. A cruz que apaga os rastros ancestrais – a conversão evangélica e o desfiguramento da identidade indígena no Brasil. ARACÊ , [S. l.], v. 7, n. 2, p. 9747–9776, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-298. Disponível em:
<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3561>. Acesso em: 29 nov. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Saberes que curam – a farmácia quilombola e o uso de plantas medicinais no cuidado infantil. ARACÊ , [S. l.], v. 7, n. 4, p. 19103–19135, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-199. Disponível em:
<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4511>. Acesso em: 29 nov. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Educação escolar indígena – a disputa entre o saber dos povos ancestrais e a engrenagem da fábrica educativa do capital. ARACÊ , [S. l.], v. 7, n. 5, p. 23039–23078, 2025. DOI: 10.56238/arev7n5-128. Disponível em:
<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4952>. Acesso em: 29 nov. 2025.
- FANON, F. Os condenados da terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- FANON, F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FANON, F. Por uma revolução africana. São Paulo: Ubu Editora, 2022.

FERREIRA, G. W. Saberes tradicionais, corpo e território: práticas de cuidado em comunidades tradicionais. Curitiba: Appris, 2022.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZALEZ, L. Primavera para as rosas negras. São Paulo: Diáspora Africana, 2017.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

GONZALEZ, L. Lugar de negro. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Racismo e sexism na cultura brasileira. São Paulo: Perspectiva, 2022.

GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. Lugar de negro. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

HELMAN, C. Culture, health and illness. London: Wright, 1984.

KLEINMAN, A. Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press, 1995.

KLEINMAN, A. The soul of care: the moral education of a husband and a doctor. New York: Viking, 2020.

KRENAK, A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, A. A vida não é útil. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

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

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOURA, C. Rebeliões da senzala. São Paulo: Ática, 1988.

MOURA, C. Dialética radical do Brasil negro. São Paulo: Anita Garibaldi, 1994.

MOURA, C. Sociologia do negro brasileiro. São Paulo: Perspectiva, 2020.

MUNANGA, K. Rediscutindo a mestiçagem no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2005.

MUNANGA, K. Negritude: usos e sentidos. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

MUNANGA, K. Por que ensinar a história da África e do negro no Brasil hoje? São Paulo: Global, 2019.

MUNDURUKU, D. O caráter educativo do movimento indígena brasileiro. São Paulo: Paulinas, 2005.

MUNDURUKU, D. Educação indígena: do sonho ao projeto. São Paulo: FTD, 2013.

PARIZI, V. Saúde, território e saberes tradicionais. São Paulo: Hucitec, 2020.

SANTOS, J. E. Os nagôs e a morte: pade, asés e o culto egum na Bahia. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “O espectro da cor”: desvelando o racismo nacional na polifonia dos quilombos e das leis. Cuadernos De Educación Y Desarrollo - QUALIS A4, 16(7), e4984. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n7-151> Acesso em 29 dez. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitários e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 22(9), e6930. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv22n9-202> Acesso em 29 dez. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 23(2), e8946. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n2-041> Acesso em 29 dez. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Os condenados da terra – Genocídio indígena, impunidade estrutural e os limites da justiça na proteção dos direitos humanos no Brasil. OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA, 23(3), e9330. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n3-109> Acesso em 29 dez. 2025.

STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

VIVEIROS DE CASTRO, E. From the enemy's point of view: humanity and divinity in an Amazonian society. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A inconstância da alma selvagem. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Metafísicas canibais. São Paulo: Cosac Naify, 2009.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

WEBER, M. Economia e sociedade. Brasília: UnB, 1949.