

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI

CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS-CSHNB

ITAMAR DA SILVA LIMA

**PRÁTICAS DE CURA E HIBRIDISMO: RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA,
MAGIA E SAÚDE EM COMUNIDADES DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI**

PICOS, PI.

2015

ITAMAR DA SILVA LIMA

**PRÁTICAS DE CURA E HIBRIDISMO: RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA,
MAGIA E SAÚDE EM COMUNIDADES DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI**

Monografia apresentada ao Curso de
Licenciatura Plena em História, do Campus
Senador Helvídio Nunes de Barros, da
Universidade Federal do Piauí.

Orientador: Prof. Dr. Agostinho Júnior
Holanda Coe.

PICOS, PI.

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L732p Lima, Itamar da Silva.
Práticas de cura e hibridismo: relações entre ciência,
magia e saúde em comunidades de monsehor hipólitopi/ Itamar
da Silva Lima. – 2014.
CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (158f.)

Monografia(Licenciatura Plena em História) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2014.

Orientador(A): Prof.(a) Dr. Agostinho Júnior Holanda Coe.

1. Sistema de Cura Mágico-Religioso. 2. Sistema
Comunitário de Saúde. 3. Hibridismo Cultural. I. Título.

CDD 900



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Coordenação do Curso de Licenciatura em História
Rua Cícero Duarte N° 905. Bairro Junco CEP 64600-000 - Picos- Piauí
Fone: (89) 3422 2032 e-mail: coordenacao.historia@ufpi.br

ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA

Ao dia 07 (sete) do mês de Janeiro de 2015, na sala do Laboratório de Ensino de História, do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, reuniu-se a Banca Examinadora designada para avaliar a Defesa de Monografia de **ITAMAR DA SILVA LIMA** sob o título **PRÁTICAS DE CURA E HIBRIDISMO: RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA, MAGIA E SAÚDE EM COMUNIDADES DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI.**

A banca constituída pelos professores:

Orientador: PROF. DR. AGOSTINHO JÚNIOR HOLANDA COE
Examinador 1: PROF. ME. RAIMUNDO NONATO LIMA DOS SANTOS
Examinador 2: PROF. ME. FRANCISCO GLEISON DA COSTA MONTEIRO

Deliberou pela APROVAÇÃO do (a) candidato (a), tendo em vista que todas as questões foram respondidas e as sugestões serão acatadas, atribuindo-lhe uma média aritmética de 10,0.

Picos (PI), 07 de Janeiro de 2015.

Orientador (a): Agostinho Júnior H. Coe
Examinador (a) 1: Raimundo Nonato Lima dos Santos
Examinador (a) 2: Francisco Gleison da Costa Monteiro

Dedico esse trabalho a todas aquelas pessoas solidárias, que no afã do seu cotidiano, usam dos meios que dispõem para aliviar a dor do próximo. Ofereço as alegrias desta pesquisa à “pequena” Ada Caroline, minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Me curvo nesse instante para agradecer ao pai celestial por esta graça alcançada; pelo saber e discernimento que me deste para suportar e vencer as agruras que envolvem um trabalho de pesquisa.

À MINHA FAMÍLIA

A minha filha, *Ada Caroline*, a flor mais linda do jardim da minha existência, a qual me fornece os mais esplêndidos estímulos de vida; Aos meus pais, *Istácia Maria da Silva Carvalho* e *Ademar Mariano de Lima* e, aos meus irmãos: *Paulo Ivamar da Silva Lima* e *José Iramar de Lima* pelo carinho e apoio sempre dispensados a mim; pelo amor incondicional, sempre tentando tornar minhas dores mais leves; A minha esposa, *Carolina Melo*, pelo amor e empenho constantes, lutando lado a lado comigo nas minhas mais difíceis batalhas. A minha vó *Maria Eunice Carvalho*, que representa as minhas raízes mais profundas e, me dá exemplo de prática de vida, servindo-me de base e inspiração. Ao meu tio *João Batista de Carvalho*, companheiro incansável nas minhas batalhas de vida, sendo meu braço direito no teatro da vida; A meus tios e tias, em particular, a senhora *Maria do Amparo Silva* e *Francinete Maria da Silva*, as quais me prestam sempre atitudes de carinho e apreço.

AOS MEUS AMIGOS

Agradeço a todos meus amigos do Curso de História, em particular, a *Elierson Moura*, *Elnatã Mendes*, *Evandro Teixeira*, *Kelly Silva*, *Cristiano Sousa*, pelo companheirismo e apoio, experienciados ao longo do curso. Guardarei saudades de todos. Dentre meus amigos, um agradecimento especial aos amigos *Railsonei Silva* e *Luan Cardoso*, os quais sempre me prestaram grandes incentivos. Aqui abro um parêntese para agradecer de uma forma muito especial aos Professores (as) *Olívia Candeia Lima Rocha*, *Raimundo Lima* e *Gleison Monteiro* pelas inúmeras vezes que me estenderam a mão para me ajudar, prestando ricas contribuições ao meu processo de formação.

AO MEU ORIENTADOR

Prof. Dr. *Agostinho Júnior Holanda Coe*, pela atenção dispensada a meus textos, acompanhada de significativas observações e críticas construtivistas. Agradeço a sua

paciência e bondade junto as minhas inquietações de pesquisa. Assim, esses escritos que seguem carregam nas entrelinhas suas ricas orientações. Por fim, agradeço a sua solidariedade e humanidade junto a mim.

À CAPES

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por ter financiado a minha participação em programas de pesquisa e extensão, como o ICV (Iniciação Científica Voluntária) e PIBID (Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência). Estes Programas contribuíram de forma significativa na minha formação acadêmica e intelectual. Portanto, esta instituição de financiamento a pesquisa e a extensão do ensino público me proporcionou oportunidades singulares no tocante aos saberes do ensino e da pesquisa na área de História.

AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Agradeço de forma especial as rezadeiras que participaram desta pesquisa, que muito me emocionaram com sua sabedoria e bondade e me ensinaram a perceber e acreditar na magia da vida. Agradeço aos demais entrevistados neste estudo: os agentes comunitários de saúde, em especial a *ACS Francisca de Jesus*; o *Pastor Osmar* e o *Pe. Miguel Feitosa*, os quais me ensinaram muito com suas experiências de mundo e de fé; e, por fim, os usuários de saúde, que me proporcionaram conhecer um pouco de suas vivências e desafios no que tange a busca pela saúde.

(...) talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas, lutamos para que o melhor fosse feito [...] Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser... Mas, graças a Deus, não somos o que éramos. (Martin Luther King).

RESUMO

Este estudo traz uma reflexão sobre os tipos de relações e de trocas simbólicas envolvendo dois sistemas de cura: o biomédico (representado pelo Programa Saúde da Família-PSF) e o mágico-religioso (representado pelas rezadeiras) nas comunidades de Serra Azul, Mearim I e Jacarandá, municípios de Monsenhor Hipólito-PI. Trata-se, portanto, de analisar como o elemento mágico-religioso (popular) presente nos rituais de benzeções sobrevive na modernidade em meio às práticas de cura da medicina comunitarista, desenvolvida pelo PSF. Tal abordagem leva em consideração as divergências e lutas ideológicas entre as duas instâncias de saúde, mas também, principalmente, observa as trocas simbólicas e a circularidade de saberes entre as duas esferas. Os sujeitos desta pesquisa sinalizaram a existência de duas categorias de doenças: “doenças de médicos” e “doenças de rezadeiras”, as quais analisamos ao longo deste estudo. Nesta pesquisa abordamos ainda, o perfil socioeconômico das rezadeiras entrevistadas; o processo de aprendizagem do ofício das benzeduras; as doenças curadas por estas terapeutas populares; as rezas e, os elementos simbólicos inseridos no ritual de cura. Na construção deste estudo, utilizamos o método e técnica da História Oral, uma vez que lhe damos com práticas e relações sociais do tempo presente. Assim, entrevistamos cinco rezadeiras, dois Agentes Comunitários de saúde e, quatro usuários de saúde, para fins de análise dos depoimentos. Esta pesquisa tem caráter exploratório e descritivo das relações e os processos que circundam o ritual de benzeções, por isso, a etnografia (pesquisa de campo), contribuiu de forma significativa à interpretação dos signos desta terapêutica popular. Nas falas dos informantes, principalmente, a dos usuários de saúde, há uma dinâmica de hibridismos, que une os sistemas de cura: mágico-religioso e o biomédico, numa esfera de complementariedade.

Palavras-chave: Sistema de cura mágico-religioso. Sistema Comunitário de Saúde.

Hibridismo cultural. Rezadeiras.

ABSTRACT

This study presents a reflection on the types of relationships and symbolic exchanges involving two healing systems: the biomedical (represented by the Family Health Program - PSF) and the magical -religious (represented by mourners) in the Serra Azul communities, I Mearim and Rosewood, municipalities Monsignor Hippolyte - IP. It is therefore to analyze how the magic - religious element (popular) present in benzeções rituals survive in modernity amid the healing practices of communitarian medicine, developed by the PSF. This approach takes into account the differences and ideological struggles between the two health authorities, but also mainly observed symbolic exchanges and the circularity of knowledge between the two spheres. The subjects signaled the existence of two categories of disease, "medical diseases " and "mourners diseases", which reviewed. In this research still approach , the socioeconomic profile of respondents mourners ; the process of learning the craft of enchantments; diseases cured by these popular therapists ; prayers and symbolic elements inserted in the healing ritual . In the construction of this study, we used the method and technique of oral history, as we give it to practices and social relations of this time. Thus, we interviewed five mourners, two community health agents and four health users, for analysis of the statements. This research is exploratory and descriptive relations and processes surrounding the benzeções ritual, so ethnography (fieldwork), contributed significantly to the interpretation of the signs of this popular therapy. In the statements of informants, especially the health of users, there is a dynamic of hybrids, which unites the healing systems: magical religious and biomedical, a complementary ball.

Keywords: magic -religious healing system. Community Health System. Cultural hybridity. Mourners.

LISTA DE DEPOENTES

Rezadeira Maria Eunice Carvalho (73 anos, aposentada e moradora do Pov. Serra Azul);

Rezadeira Bernadete Maria da Costa (66 anos, aposentada e moradora do Pov. Mearim I);

Rezadeira Francilina Maria de Jesus (62 anos, aposentada e moradora do Pov. Serra Azul);

Rezadeira Joana Maria da Silva Sousa (50 anos, agricultora e moradora do Pov. Jacarandá);

Rezadeira Maria Lilda das Mercês (49 anos, agricultora e moradora do Pov. Serra Azul);

Padre Miguel Feitosa (Pároco da cidade de Monsenhor Hipólito até Dezembro de 2013);

Pastor Osmar Tomaz da Costa (Pastor da Igreja Evangélica do Evangelho Quadrangular do Pov. Mearim I);

Francisca Maria de Jesus Coelho (Agente Comunitária de Saúde do Povoado Jacarandá);

Eleuciane Dias de Souza (Agente Comunitária de Saúde do Povoado Mearim I);

Genésio Apolinário da Silva (agricultor e usuário de saúde do Povoado Jacarandá);

Maria Jocileide da Silva Souza (agricultora e usuária de saúde do Povoado Jacarandá);

Francisca Miliana de Souza (agricultora e usuária de saúde do Povoado Serra Azul).

LISTA DE FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA 01- Mapa da cidade de Monsenhor Hipólito-PI;

FOTOGRAFIA 02- Rezadeira Maria Eunice Carvalho;

FOTOGRAFIA 03- Rezadeira Bernadete Maria da Costa;

FOTOGRAFIA 04- Rezadeira Francilina Maria de Jesus;

FOTOGRAFIA 05- Rezadeira Maria Lilda das Mercês;

FOTOGRAFIA 06- Rezadeira Joana Maria da Silva Sousa;

FOTOGRAFIA 07- Padre Miguel Feitosa;

FOTOGRAFIA 08- Pastor Osmar Tomaz da Costa;

FOTOGRAFIA 09- Rezadeira Lilda rezando de olhado;

FOTOGRAFIA 10- Rezadeira Lilda recepcionando sua clientela;

FOTOGRAFIA 11- Rezadeira Lilda rezando de quebranto;

FOTOGRAFIA 12- Rezadeira Lilda rezando de vento caído;

FOTOGRAFIA 13- Dona Miliana, moradora do Pov. Serra Azul e sua filha;

FOTOGRAFIA 14- Rezadeira Lilda rezando de espinhela caída no pesquisador.

LISTA DAS “DOENÇAS DE REZADEIRAS” CITADAS NO TEXTO

OLHADO- Feitiço, quebranto, doença oriunda do olhar de algumas pessoas e que consiste na perda da saúde ou que leva à morte de alguém ou algum animal se não tratado;

VENTO CAÍDO OU VENTRE VIRADO- Doença que ataca crianças. Caracterizada pela biomedicina como prisão de ventre, cólica ou “espremedeira”.

ESPINHELA CAÍDA- Esta doença é cientificamente conhecida como Lumbago. Os sintomas mais comuns são fortes dores na boca do estômago, dores nas pernas e nas costas, além de um cansaço anormal que acomete o indivíduo ao submeter-se a esforço físico;

COBREIRO- Cobreiro é uma doença infecciosa de pele cientificamente chamada de Herpes Zóster. É uma doença contagiosa e que pode ser transmitida através do contato físico com o doente.

FOGO SELVAGEM- Doença de pele que causa bolhas, encontrada em certas regiões do Brasil. Supõe-se que esta doença seja uma forma tropical atenuada do pênfigo (afecção dermatológica caracterizada pela aparição de vesículas no interior da epiderme que se rompem e produzem uma erosão dolorosa na pele).

HOMEM CAPADO PELO RASTRO- Doença misteriosa, causada por feitiços, que causa impotência sexual em pessoas do sexo masculino.

Izipa- Conhecida no meio biomédico como Erisipela. É uma doença infecciosa aguda, causada, geralmente, pela bactéria Streptococcus Pyogenes do grupo A. Caracterizada por uma inflamação na pele, atinge, principalmente, partes do corpo que tenham ferimentos, deixando-os doloridos e avermelhados.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - DISCUSSÃO HISTORIOGRÁFICA SOBRE AS ARTES E OFÍCIOS DE CURAR NO BRASIL	31
1.1 Breve relato das práticas de cura no Brasil.....	31
1.2 Algumas considerações históricas sobre a intervenção estatal no Brasil no setor da saúde pública.....	45
CAPÍTULO II- O UNIVERSO MÁGICO- RELIGIOSO DA CIDADE DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI	58
2.1 Benzeções em Monsenhor Hipólito-PI: perfil sociocultural e trajetória de vida das rezadeiras.....	58
2.2 As doenças, as rezas e os diagnósticos.....	76
CAPÍTULO III- AS PRÁTICAS DE CURA POPULARES EM MONSENHOR HIPÓLITO-PI E A SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA OFICIAL	102
3.1 Relações de complementariedade entre dois sistemas de cura: o científico e o popular nas comunidades Serra Azul, Jacarandá e Mearim I.....	102
3.2 “Doenças de rezadeiras e doenças de médicos”.....	118
3.3 “ <i>Mãe lá vem tia me pesar</i> ”: a relação dos ACS com as suas comunidades.....	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
(DES) CAMINHOS DA PESQUISA	150
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS	157

INTRODUÇÃO

Monsenhor Hipólito-PI¹, cidade do interior do Piauí, Nordeste do Brasil, é um território no qual as práticas de cura científicas e populares² convivem lado a lado, pois, seus moradores não fazem distinção das mesmas nos momentos de aflição com a doença. Assim, as comunidades de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá cultivam no seu cotidiano de vida práticas de hibridismos³, uma vez que na busca pela qualidade de vida usam de mecanismos de cura tanto da biomedicina quanto das terapêuticas populares, como a benzedura.



Foto 1- Mapa da cidade de Monsenhor Hipólito-PI
Fonte: Google

As atitudes de cura populares foram inseridas no território brasileiro no período colonial, momento de intensa confluência de várias culturas, como a dos índios, africanos e portugueses. Desse encontro nasceriam práticas híbridas de cura, onde as diversas variantes culturais deram a sua contribuição na formatação de um campo de saúde singular, onde religião, magia e medicina se misturaram. A singularidade da formação da sociedade brasileira apresentou-se como terreno fértil para a constituição de uma cultura criolizada, mestiça no nosso país.

¹ A cidade de Monsenhor Hipólito-PI fica localizada no Sudeste Piauiense, a 374 km de distância da capital Teresina. Possui uma população estimada em 7.391 habitantes, segundo o censo do IBGE de 2010.

² Neste estudo usaremos o termo práticas de cura científicas para nos referir as terapêuticas da biomedicina (representadas pelo PSF); já o termo práticas de cura populares se refere às terapêuticas populares ou tradicionais, neste caso, representada pelas benzeduras.

³ O termo hibridismo se refere à circularidade de saberes envolvendo dois sistemas de cura: o mágico-religioso e biomédico.

Assim, o período colonial viu nascerem vários terapeutas populares, como rezadeiras, curandeiros, ervateiros e raizeiros. Esta pesquisa problematiza as ações curativas de um desses atores sociais em particular: a rezadeira.

As benzedoras ou rezadeiras são mulheres que realizam benzeduras, que é um ritual de cura que envolve rezas⁴ e ensalmos⁵. Assim, benzedora é: mulher, geralmente idosa, que tem “poderes de cura” por meio de benzimentos. A rezadeira é especialista em quebranto, mau-olhado, vento caído; enquanto reza faz cruzeiros sobre a cabeça do doente com pequenos ramos verdes, que vão murchando ao adquirir o “espírito” da doença que fazia o mal. (CASCUDO, 2001, p.587).

Ao realizarmos a pesquisa de campo percebemos que estas terapeutas populares⁶ preferem ser chamadas de rezadeiras, pois, segundo, elas apenas fazem orações. Essa recusa de se autodenominarem benzedoras está vinculada à forte ligação dessas pessoas a religião católica. Portanto, ao longo desta pesquisa usaremos o termo rezadeiras para nos referirmos às senhoras que realizam benzeduras.

Evidenciamos que esta terapêutica (benzedura) se dá numa relação dual: cliente e benzedor; ocorrendo num ambiente de cordialidade e respeito entre ambos, sendo que a rezadeira é vista como alguém incumbido de promover ou intermediar a graça da cura por meio de rituais mágicos religiosos, usando de preces, ervas naturais, símbolos e, ainda, evocam rotineiramente, o auxílio dos santos no processo de cura. Assim,

A benzedura pode ser caracterizada como uma atividade principalmente terapêutica, a qual se realiza através de uma relação dual – cliente e benzedor. Nessa relação, a benzedora ou benzedor exerce um papel de intermediação com o sagrado pela qual se tenta obter a cura, e essa terapêutica tem como processo principal, embora não exclusivo, o uso de algum tipo de prece. (QUINTANA, 1999, p.51)

De acordo com Quintana (1999), a benzedora precisa do reconhecimento do grupo para poder exercer com êxito suas funções. Isto porque, a cura no ritual de benzedura está

⁴ Reza significa uma oração dirigida aos espíritos superiores para obter proteção e auxílio na cura de diversos males: dores de garganta, de estômago, dos rins, de cabeça, ferimentos, picadas de bichos e muitos outros problemas. Há reza para tudo, envolvendo Deus, homem, plantas animais e simpatias. (CASCUDO, 2001, p. 587).

⁵ Por ensalmo denominamos a oração supersticiosa, composta ordinariamente de palavras tiradas dos salmos, com que os curandeiros prometem fazer curar enfermidades. (CASCUDO, 2001, p.213). As rezadeiras entrevistadas neste estudo usam na composição de suas rezas trechos bíblicos acrescidos com novos elementos orientados pela criatividade da terapeuta.

⁶ Por terapeutas populares denominamos as mulheres praticantes das terapêuticas tradicionais, neste caso a benzedura.

intimamente relacionada à existência da “tripla fé”: a do próprio rezador; a do doente (cliente) e, por último, do público (comunidade) que também participa (indiretamente) no processo de cura. Dessa forma, a eficácia da cura desenvolvida por meio da reza, está ligada ao modo como estas rezadeiras são avaliadas pelo público (sua clientela). Sendo assim, para a graça ser alcançada a pessoa enferma precisa ter fé em determinada nos poderes mágicos da reza, além de confiar nos trabalhos da rezadeira.

De igual modo, para uma jovem rezadeira se afirmar enquanto sujeito praticante da cura, ela precisa desenvolver bons trabalhos, ou seja, construir sua credibilidade na qualidade da reza. Condição esta, que a rezadeira só alcançará com muito tempo de reza e/ou na velhice. Para compreender e interpretar essas práticas, nomeadamente benzeduras, usamos o método e técnica da história oral e etnografia. Privilegiamos nesse estudo a as entrevistas temáticas e a observação participante. Pois assim, imaginamos permitir que esses atores sociais, sejam lançados para dentro da história, a partir de suas memórias, coletadas por meio da oralidade.

No que diz respeito à observação participante, ela se realiza “através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter dados sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (MINAYO, 2001, p. 59). Dessa forma, estabelecemos uma relação face a face com as rezadeiras. Tal técnica foi fundamental na construção deste estudo, pois, nos possibilitou captar as sutilezas mais profundas do ritual de benzeduras, envolvendo as rezadeiras e seus clientes.

Os rituais de cura existem em diversas culturas e são marcados por experiências religiosas singulares, possuem diferenciações de acordo as atribuições de sentidos dados pelas comunidades que os criam e recriam, cotidianamente (DARTON, 2010). Seguindo essa linha de raciocínio, as rezadeiras são identificadas pelos rituais que praticam em um espaço cultural próprio, que marcam suas identidades e as ligam a certo tempo, lugar e espaço (AUGÉ, 1994). Não necessitam de explicações racionais para exercerem seu ofício: os rituais e as práticas estão respaldados no que Michel de Certeau chama de cultura, afirmando que “Para que haja verdadeiramente cultura, não basta ser autor de práticas sociais, é preciso que essas práticas sociais tenham significado para aqueles que as realizam” (CERTEAU, 1995, p. 25).

Os sentidos atribuídos às práticas informam sobre a relevância da cultura, nos fazem compreendê-la no interior de um grupo. Nesta perspectiva, é importante salientar que o significado de uma manifestação cultural é a base sustentável de sua permanência, sendo que o olhar racional sobre essas culturas não é original e nem perfeito, mas sim a existência de uma compreensão possível sobre uma dada cultura. Nesse sentido, “[...] os textos

antropológicos são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda mão [por definição, somente um „nativo“ faz a interpretação em primeira mão: é a sua cultura]”. (GEERTZ, 2012, p. 25).

Portanto, a etnografia (pesquisa de campo) teve grande relevância na construção deste estudo, por permitir ao pesquisador uma visão mais aprofundada do ritual de benzedura, favorecendo ao historiador uma interpretação mais aproximada das simbologias, crenças, superstições e técnicas inseridas no ritual de cura. Pois, o que captamos no momento da observação nunca condiz com a totalidade do objeto observado. Assim, os sujeitos observados contornam suas atitudes de acordo com os estímulos sentidos no momento da observação. Da mesma forma, o pesquisador vivencia muitas experiências singulares com seus interlocutores.

Logo, as subjetividades e vivências dos sujeitos envolvidos no processo de observação são partes integrantes da pesquisa. Desta maneira,

Se é possível, e até necessário, distinguir aquele que observa daquele que é observado, parece-me, em compensação, impensável dissociá-los. Nunca somos testemunhas objetivas observando objetos, e sim sujeitos observando outros sujeitos. Ou seja, nunca observamos os comportamentos de um grupo tais como se dariam se não estivéssemos ou se os sujeitos da observação fossem outros. Além disso, se o etnógrafo perturba determinada situação, e até cria uma situação nova, devido a sua presença, é por sua vez eminentemente perturbado por essa situação. Aquilo que o pesquisador vive, em sua relação com seus interlocutores (o que reprime ou sublima, o que detesta ou gosta), é parte integrante de sua pesquisa. (LAPLANTINE, 2003, p.139)

Porém, Laplantine (2003) argumenta que se respeitadas estas observações, o pesquisador terá condições de constituir a sua totalidade (totalidade sentida e vista) do fenômeno sociocultural abordado, do qual passa a ser parte integrante no momento da observação. Portanto, a compreensão do pesquisador de tal fenômeno ou objeto é sempre uma possibilidade de interpretação.

Para a realização das entrevistas com os sujeitos dessa pesquisa elaboramos um roteiro de perguntas temáticas, onde abordamos as principais questões propostas por essa pesquisa. Nesse sentido, a professora Lucília de Almeida Neves (2004), argumenta que o roteiro de entrevista constitui o instrumento fundamental das atividades de pesquisa, uma vez que sistematiza informações articulando-as com os problemas que motivaram o trabalho. Essa concepção também é compartilhada pela estudiosa Sônia Maria de Freitas. Para esta

pesquisadora “[...] uma entrevista sem roteiro e direção tende a ser subjetiva e sem dados realmente fundamentais para a pesquisa.” (FREITAS, 2002, p. 91).

Como trataremos a nossa pesquisa por meio da metodologia da História Oral, temos que levar em conta os estudos sobre memória. Para Jacques Le Goff (2003), o conceito de Memória “é crucial” nos estudos históricos. Isso fica evidente quando tenta englobar a percepção de memória mediante a ciência:

A memória, como propriedade de conservar certas informações, remete-se em primeiro lugar a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas (LE GOFF, 2003, p.419).

O autor faz um relato sobre as percepções do conceito de Memória na história, acrescentando que este vem se modificando, influenciado pelas funções sociais e se adequando à sua importância em cada sociedade.

Ainda sobre a discussão do conceito de memória, concordamos com Freitas (2002) ao constatar que:

Lembrar-se é uma ação coletiva, pois, embora o indivíduo seja o memorizador, a memória somente se sustenta no interior de um grupo. A reconstrução do passado, portanto, irá depender da integração do indivíduo em um grupo social que compartilha de suas experiências. (FREITAS, 2002, p.42).

Diante de tais constatações, entendemos que essas memórias individuais não podem ser analisadas separadas da memória do grupo, pois elas estão entrelaçadas, por questões étnicas, políticas e religiosas. Assim, essas rezadeiras compartilham de crenças e superstições alocadas no imaginário do grupo comunitário do qual fazem parte. Portanto, a benzedura, como toda prática social, deve ser vista dentro da cultura do grupo, respeitando sua temporalidade e espacialidade.

As rezadeiras são agentes religiosos populares que exercem uma função intermediária entre o sagrado e o profano. Vistas por esta ótica, as rezadeiras são mulheres incumbidas de praticar a graça da cura, sejam usando de orações, ramos verdes, água, fogo, pedras, etc. Essas senhoras, geralmente, tem um respaldo social como possuidoras da fé, geralmente fundamentadas nos dogmas católicos, isso porque a cultura cristã levam esses sujeitos a certa partilha de crenças e símbolos com poderes mágicos curativos. Dessa forma, “a cultura é vista como um conjunto de significados partilhados e construídos pelos

indivíduos, que buscam, com o referente cultural, explicar e dar sentido ao mundo em que vivem e aos fenômenos que os atingem” (GEERTZ, 2012).

O homem comum busca nos artifícios da reza, aliada aos elementos da natureza, sanar os problemas de saúde, devido ao fato de ser o meio de cura mais seguro e imediato para ele, mesmo que ao ser dispor existam os serviços comunitários de saúde, representados pelo Programa Saúde da Família.

As reflexões de Maurice Halbwachs (2004) são importantes para a compreensão dos quadros sociais que compõem a memória, pois, segundo esse autor, torna-se pressuposto essencial para se entender a memória individual saber que ela está relacionada aos grupos em que se encontra o indivíduo.

(...) Para que a memória pessoal alcance a realidade histórica, será preciso que saia de si mesma, que se coloque do ponto de vista do grupo, que possa ver como tal fato marca uma data, porque penetrou num círculo de preocupações dos interesses e das paixões nacionais (HALBWACHS, 2004, p.61).

Nesse sentido, o argumento do autor é fundamental à proposta da pesquisa, pois, busca-se nos relatos individuais, o coletivo. A partir dessa percepção desejamos problematizar os relatos colhidos nas entrevistas, tentando compreender as simbologias, as crenças e superstições envolvidas no ritual da benzedura. Pois, tal prática não pode ser entendida se não levarmos em conta a cultura religiosa na qual ela está inserida. Pois, a benzedeira enquanto cientista popular fala em nome de uma religião. Por isso, essa personagem não pode ser compreendida sem que sua religião seja considerada. (OLIVEIRA, 1985, p. 26).

Porém, esta terapeuta se insere numa prática religiosa popular (catolicismo popular) – termo que caracteriza um tipo de religiosidade praticada pelas classes populares - a qual é incrementada por “elementos profanos”, que se perpetuaram ao longo das gerações, tendo como filiação cultural: os negros africanos, os indígenas e ainda os portugueses. Assim, não temos uma religiosidade popular homogênea, logo não possuímos uma ortodoxia religiosa efetivamente ideal.

Isso mostra que a nossa religiosidade é marcada pela heterogeneidade, misturando simbologias de diversos segmentos religiosos, o que torna raro encontrar uma religião pura. Nesse sentido, Souza (1987), ressalta que: “A religião popular não se preocupa com a

salvação eterna, ela busca a realização de múltiplas- mesmo que modestas- exigência da vida cotidiana”. (SOUZA, 1987, p.124)

Entendemos que a religiosidade popular tornou-se prática comum no período imperial e republicano brasileiro, mesmo que sofrendo transformações ou ressignificações, expressas nas formas de cultuar essa religiosidade sincrética e fluída, detentora de grande poder de adaptação.

Essa religiosidade sincrética ou popular, na qual pensamos analisar as práticas de cura desenvolvidas pelas rezadeiras, é fundamentalmente formada por elementos sagrados e profanos, que são divergentes ou mesmo opostos, mas, que convivem mutuamente nas práticas religiosas populares. Assim, “o homem toma conhecimento do sagrado porque este se manifesta, se mostra como algo diferente do profano”. (ELIADE, 1992).

É evidente que as rezadeiras possuem diversos elementos em comum, sobretudo em função das experiências compartilhadas e todo o arsenal religioso que as envolvem. Entretanto, ao mencionar suas práticas culturais, não se deve pensar a identidade das rezadeiras como permanente e unificada, pois como acredita o pesquisador Stuart Hall (2005): “O sujeito, previamente vivido como tendo uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado; composto não de uma única, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não-resolvidas”.

Assim,

Preservar a memória é fundamental para a compreensão de identidade de um determinado grupo, pois “o grupo, no momento em que considera o seu passado, sente acertadamente que permaneceu o mesmo e toma consciência de sua identidade através do tempo.” (HALBWACHS, 2004, p. 87).

Assim, Bosi (1994) salienta que um verdadeiro teste para a hipótese psicossocial da memória encontra-se no estudo das pessoas idosas. Pois, essas senhoras são detentoras de um vasto conhecimento empírico, adquirido ao longo do seu tempo de vida em meio ao coletivo social, do qual são partes integrantes e participativas, ora aprendendo com seus “patronos comunitários”, ora emprestando seu arsenal empírico para as novas gerações, através da oralidade. Portanto, as rezadeiras, geralmente mulheres de mais idade, cumprem também o papel de conservar a memória das vivências do grupo, ao qual pertencem.

As rezadeiras entrevistadas neste estudo têm uma ligação muito intensa com a religião católica. Todas elas são frequentadoras da paróquia da sua comunidade, tendo inclusive a autorização da sua igreja para fazer orações em favor dos doentes que as

procuram. Para compreender melhor a visão da Igreja Católica sobre a prática da benzedura desenvolvida neste município, entrevistamos o pároco da cidade, Miguel Feitosa Carvalho, o qual nos prestou um importante relato sobre tal prática.

Destacamos que esses praticantes da cura não possuem nenhuma formação erudita, onde o seu saber perpassa pela religiosidade, pela transmissão oral e/ou pela tradição familiar. Como destaca Thompson (1998, p. 18),

As práticas e as normas se reproduzem ao longo das gerações na atmosfera lentamente diversificada dos costumes. As tradições se perpetuam em grande parte mediante a transmissão oral, com seu repertório de anedotas e narrativas exemplares. (THOMPSON, 1998, p. 18)

O território de investigação e estudos foi os povoados de Serra Azul, Mearim I e Jacarandá, municípios da cidade Monsenhor Hipólito-PI. Pois, aqui se encontram uma grande quantidade de rezadeiras. Sendo que seus “serviços mágicos de cura” das rezadeiras são bem requisitados junto aos moradores destas comunidades. Sendo assim, ao contrário do que várias pessoas imaginam, as rezadeiras tem papel significativo no tratamento de muitas doenças e, muitas vezes, os pacientes buscam tanto o médico como essas mulheres. (SANTOS, 2013, p.02). Assim, todas as classes do município de Monsenhor Hipólito procuram os serviços das rezadeiras quando surgem enfermidades e aflições corporais e espirituais. Dessa forma, os serviços de cura das rezadeiras, na visão de boa parte da sociedade hipolitana, são complementares as ações de saúde dos profissionais da biomedicina, representados nesta urbe pelo Programa de Saúde Família (PSF).

Entrevistamos nesta pesquisa cinco rezadeiras⁷, as quais foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: a) maior tempo de reza; b) maior reconhecimento (fama) popular; c) maior acervo de doenças curadas; d) disponibilidade para pesquisa. Sendo assim, as rezadeiras focalizadas neste estudo têm mais de trinta anos desempenhando o ofício da benzeção. Privilegiamos neste estudo apenas pessoas do sexo feminino que exercem os rituais de benzeduras. Pois, representam a maior parcela desses terapeutas nas comunidades estudadas. Com isso, abordamos 03 (três) rezadeiras do Povoado Serra Azul: dona Francilina, dona Nilça e dona Lilda; 01 (uma) rezadeira do Povoado Jacarandá: dona Joana; e por último, 01 (uma) do Povoado Mearim I: dona Beta.

⁷ As terapeutas entrevistadas são todas do tipo misto, ou seja, são rezadeiras e curandeiras. Pois, além de benzerem também receitam diversos medicamentos caseiros para seus clientes. Já que elas detêm conhecimentos empíricos sobre o poder medicinal das plantas, ervas e raízes.

As rezadeiras apreciadas neste estudo benzem em diversos males físicos e espirituais, como *quebranto; olhado; vento caído; espinhela caída; izipa; dor de ventrusidade; dor de dente; dor de cabeça (solo na cabeça); dor de garganta; engasgo; etc.* Vale ressaltar que estas terapeutas veem o corpo humano em sua totalidade. Deste modo, o ritual de benzedura visa harmonizar os dois níveis – corpo e mente – igualmente afetados pela doença. Portanto, as rezadeiras vistas neste estudo atuam como “clínicos-geral”, uma vez que lidam com uma vasta diversidade de patologias do corpo e da mente. Quero lembrar ao amigo leitor, que neste estudo usarei a denominação e conceituação das doenças dadas pelas rezadeiras.

Por outro lado, as rezadeiras em seus cotidianos de rezas benzem também em objetos e animais⁸. Estes últimos quando acometidos com alguma doença e/ou caso de engasgos, seus donos comumente procuram os serviços das rezadeiras. Nestes casos, as rezadeiras nem sempre carecem ir até aos criatórios desses animais para rezarem; muitas vezes, estas terapeutas realizam o ritual de cura de suas casas, sendo necessário apenas que seus donos digam os sintomas e a localização do animal. Já no caso das rezas em objetos, presencie clientes pedindo para rezarem em suas casas, comércios e até carros.

Ainda em relação à abrangência das benzeções desenvolvidas por estas mulheres, rotineiramente, as pessoas buscam auxílio destas “profissionais” para resolverem problemas amorosos e de relacionamentos com vizinhos.

As manifestações de religiosidade popular independem de classe social. Esse caráter da religiosidade popular pode ser verificado na comunidade estudada, pois nesse contexto social os grupos se misturam, compartilhando das mesmas experiências de crenças e superstições, participando também da terapêutica desenvolvida pelas rezadeiras. Percebemos que pessoas de diferentes classes sociais (pobres, ricas) procuram nessas rezadeiras a cura pra determinadas enfermidades conhecidas de domínio das rezadeiras.

A rezadeira Francelina, moradora da comunidade Serra Azul, corrobora com esta afirmação e, salienta: *“Todo mundo me procura pra rezar, pobre, rico. Católico, evangélico. Não tem disto não... Todos vem quando precisam.”*

Percebemos, então, que as práticas de curas de cunho mágico- religiosos tem maior desenvolvimento no campo, ou seja, na zona rural da cidade de Monsenhor Hipólito-PI. Sendo que, a maioria das rezadeiras deste município reside no campo.

⁸ No caso das rezas utilizadas para benzerem animais, as rezadeiras usam as mesmas orações que benzem as pessoas. Porém, elas fazem uma ressalva: o oferecimento das rezas tem que ser direcionado para o dono do animal, visto que o animal não possui alma.

Confia o homem do campo, presentemente, no raízeiro, no curandeiro ou rezador, porque os julga conhecedores dos elementos indicados para sua defesa [...] gente que se utiliza de processos que se coadunam com sua maneira de pensar. (CAMPOS, 1967, p.37).

A procura se justificaria pelo fato de que essas crenças e superstições de cura, pelo viés sobrenatural, estão presentes no imaginário coletivo do povo dessa comunidade. Por isso,

Não há tratados de medicina, autoridades médicas capazes de desmentir ao sertanejo os poderes sobrenaturais que ele julga influir consideravelmente na cura das enfermidades, e de convencê-los de que determinados remédios, estranhos e extravagantes, além de perniciosos geralmente são improfícuos. (CAMPOS, 1967, p.37)

Exploramos ainda para esta pesquisa os depoimentos de três usuários da prática de benzeduras, sendo duas usuárias mulheres e um homem adulto. O critério utilizado para a seleção destes depoentes foi serem usuários ativos dos dois sistemas de cura: a benzedura e o médico comunitarista do PSF (Programa Saúde da Família).

Outro depoente explorado neste trabalho é o Sr. Osmar da Costa, pastor da Igreja do Evangelho Quadrangular (Igreja Evangélica), do Povoado Mearim I. A partir de tal relato, objetivamos perceber a visão das Igrejas Evangélicas sobre a prática da benzedura.

Como objetivamos compreender a relação das rezadeiras com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas comunidades de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá, fez-se necessário, que entrevistássemos duas Agentes Comunitárias de saúde (ACS), sendo que uma atua no Povoado Jacarandá (Francisca Maria de Jesus), e a outra pertence à comunidade Mearim I (Eleuciane Dias).

Observamos que estas profissionais mantêm uma relação intensa com a cultura de suas comunidades, de forma que compartilham das mesmas crenças e valores destas, pois, são “carregadas” pela tradição cultural da coletividade, na qual estão inseridas. Logo, compartilham da crença da cura por meio da prática de benzeduras, procurando as “graças” destas terapêuticas, quando se achavam enfermas com algumas “**doenças de rezadeiras**”⁹, como dor de *ventrusidade* e *solo na cabeça* (dor de cabeça). Portanto, os Agentes

⁹ Neste estudo usamos a denominação “Doenças de Rezadeiras” para nos referirmos as doenças curadas pelas rezadeiras aqui estudadas. Tal designação é dada pelas próprias rezadeiras. Já as “Doenças de Médicos”, segundo as rezadeiras, são as que precisam dos cuidados dos profissionais da biomedicina.

Comunitários de saúde vivenciam tanto experiências de saúde da biomedicina quanto às de cunho mágico- religiosos, experiências que contribuem na constituição de um “campo de saúde híbrido” nas comunidades pesquisadas.

Tal constatação só veio à custa de muitos questionamentos ao longo da pesquisa de campo. Isto porque num primeiro momento eu tinha em mente encontrar uma prática médica distante do universo da magia e religião. No entanto, a análise dos depoimentos – tanto das rezadeiras e Agentes Comunitários de saúde, como da clientela assistida por esses profissionais nas localidades de Mearim I, Jacarandá e Serra Azul – e as diversas leituras envolvendo o estudo de saúde, doença e as práticas de curas no Brasil, me deram pistas sobre a constituição de um campo de saúde híbrido no nosso país; processo esse que se inicia no período colonial, com a vinda, principalmente, dos povos portugueses e africanos para as terras brasileiras.

Assim, as práticas híbridas no campo de saúde no Brasil remetem ao período da colonização portuguesa nestas terras, momento que se dá a emergência das políticas públicas de saúde (com a criação dos primeiros “Hospitais de Misericórdia”), marcada pela dualidade religião/cura, visto serem promovidas por ordens jesuítas. Portanto, neste contexto, medicina e religião andavam lado a lado. Qual seriam as “consequências” de tal vivência nas práticas da biomedicina e, em particular do Programa Saúde da Família (PSF), na atualidade?

Neste trabalho tecemos as trilhas de uma prática-mágico de cura: a benzeção, ritualizada no seio de uma religiosidade das pessoas simples do Sertão do Piauí, marcada por rezas, benzimentos, procissões, romarias, benditos, etc. A nossa busca foi por compreender o ritual da benzedura na contemporaneidade e sua relação com a medicina oficial (PSF) do município de Monsenhor Hipólito-PI.

Assim, a presente dissertação de graduação tem por objeto de estudo a compreensão do diálogo entre, por um lado, o sistema de prática de cura do catolicismo popular, representado pelas rezadeiras e, por outro, o sistema comunitário de saúde, representado pelo PSF (Programa Saúde da família). Parte-se do princípio de que esse diálogo se reflete na prática marcada por experiências híbridas, formuladas a partir da interação dos saberes científicos e populares, de estratégias intencionais (e não intencionais), e de saberes e costumes tradicionais. Tal constatação nos leva de imediato as considerações de Marcel Mauss (1903) sobre as imbricações entre técnica e magia, assuntos que será aprofundado no desenvolvimento desse trabalho.

Ao longo deste estudo usaremos o termo “medicina popular” ou “sistema popular de cura” para nos referir ao conjunto de práticas mágico- religiosas de cura desenvolvidas pelas rezadeiras. Personagens esses que se apresentam como agentes criadores e transformadores das técnicas e componentes inseridas no ritual de cura da benzedura.

A implantação do Programa Saúde da Família no Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil serviu de avanço e reformulação das políticas de assistência básica de saúde no país. Isto porque este programa trouxe como proposta inovadora valorizar o saber local e buscar integrá-lo as ações públicas de saúde acionadas pelo PSF. Assim, tal proposta marca um novo ciclo na atenção primária à saúde no Brasil, visto estimular a revisão dos conceitos de saúde e doença, ampliando esses conceitos para uma abordagem criteriosa dos mesmos, levando-se em conta as influências socioculturais na qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, o PSF tenta incorporar às ações de saúde um atendimento mais humanitário e intimista, prezando pela boa relação entre os profissionais de saúde e as comunidades atendidas.

Por conseguinte, para o PSF a “saúde” é entendida como a junção dos diversos saberes de cura como decorrência de uma série de direitos humanos, como boas condições de moradias e acesso de qualidade aos meios de saúde. Neste trabalho privilegiamos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹⁰ que são ferramenta fundamental para a efetivação da proposta contida no PSF, visto que, este sujeito cumpre um duplo papel: por um lado, o de agente institucional de saúde e, de outro, o de morador da comunidade que atua.

Logo, subtende-se, que este ator social seja um praticante tanto das experiências biomédicas de cura, como das práticas de cura tradicionais, como o uso de “medicamentos caseiros”, validados pela da tradição cultural que está inserido. Assim, estes profissionais mantêm uma prática de trabalho, que une as duas terapêuticas –popular e científica – uma vez que são representantes dos conhecimentos da biomedicina e dialogam com os saberes locais, dos quais, em sua maioria, compartilham.

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Monsenhor Hipólito-PI, as práticas mágicas de cura não foram abandonadas. Pelo contrário, as pessoas continuaram a usá-las de forma a complementar à saúde comunitária, representada pelo PSF. Assim, nos Povoados Mearim I, Jacarandá e Serra Azul, os serviços de cura das rezadeiras gozam de

¹⁰ Ser morador da área é critério instituído para a contratação dos ACS, segundo a Lei Federal 10.507 de 10 de Julho de 2002, apontado pelo Ministério da Saúde como facilitador da aproximação do setor saúde à comunidade no âmbito do SUS. De acordo com o Art. 2º da mesma lei “A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local”.

muito prestígio popular, mesmo com a melhoria dos serviços de saúde advinda com a implantação do PSF. Outro dado que chama a atenção é a vasta quantidade de rezadeiras, mesmo que algumas já tenham morrido.

Nesse sentido, priorizamos o tempo marcado pela vivência do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Monsenhor Hipólito-PI. Assim, o período desta investigação corresponde entre 1994 a 2014, no qual analisamos as singularidades da relação do sistema mágico de cura das benzeduras com o PSF (Programa Saúde da Família) nas comunidades de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá.

Nas comunidades estudadas há uma grande quantidade de usuários dos dois sistemas de cura: o popular e o oficial, que as usam de forma complementar. É muito comum ainda, estas pessoas recorrerem ao uso de medicamentos caseiros, como chás de ervas¹¹, sementes e raízes de plantas. A maioria desses remédios naturais é indicada pelas próprias rezadeiras no afã do seu ofício de cura. Essa ação revela haver no seio popular destas comunidades um rico acervo de conhecimento das medicinas caseiras.

Poderíamos dizer – como observou em outro contexto o folclorista piauiense Pedro Silva – que no município de Monsenhor Hipólito “em cada casa de família existe um médico”, esse é representado pela mulher ou homem da casa. Nas comunidades pesquisadas a maioria das “mães de famílias” sabe uma variedade de rezas para debelarem doenças físicas e outros males espirituais. Portanto, assim como o povo piauiense em geral, a sociedade hipolitana se utiliza dos diversos saberes terapêuticos tradicionais como o uso de ervas, raízes e a prática da benzeção.

Nesse sentido, se por um lado, a medicina comunitária desenvolvida pelo PSF possui uma legitimação frente às instituições médicas do país, por outro, pode-se dizer, que as práticas de cura manuseadas pelas rezadeiras possuem certa “legitimação popular”, servindo de apoio à saúde nas comunidades pesquisadas. Essa atuação garante as rezadeiras o “status” de cientistas populares de cura, mesmo não tendo “validação oficial” por parte dos órgãos da Igreja Católica e, nem pertencendo a agências de cura. Assim, a prática de cura das rezadeiras possuem lógicas próprias, resistindo os avanços no campo da ciência médica moderna. Uma possibilidade de explicação pode ser encontrada se levarmos em conta que a prática da benzedura é um produto social, e como tal, insere-se no complexo cultural da sociedade

¹¹ As ervas mais indicadas pelas rezadeiras a seus clientes são: a erva-cidreira, o capim-santo, o mastruz e o hortelã. Estas ervas são cultivadas pelas próprias rezadeiras nos seus quintais e terreiros das suas residências.

brasileira, desde os tempos mais remotos. Portanto, tais práticas se renovam e se atualizam de acordo com a dinâmica da sociedade moderna.

No plano teórico, esta discussão é endossada pela argumentação de Nestor Garcia Canclini (1998), que chama a atenção para a transação de saberes envolvendo os dois sistemas:

A mesma combinação de práticas científicas e tradicionais – ir ao médico e ao curandeiro ao mesmo tempo – é uma maneira transacional de aproveitar os recursos de ambas as medicinas e com os usuários revelam uma concepção mais flexível que a do sistema médico sectarizado na alopatia, e que muitos folcloristas e antropólogos que idealizam a autonomia das práticas tradicionais. Da perspectiva dos usuários, ambas as terapêuticas são complementares, funcionam como repertório de recursos a partir dos quais efetuam transações entre o saber hegemônico e o popular. (CANCLINI, 1998, p. 348)

Nessa mesma perspectiva Paulo Henrique Martins (2001) defende haver um mecanismo de reciprocidade envolvendo os dois sistemas de cura – o biomédico e o popular:

Os sistemas biorgânicos tanto alimentam os sistemas populares como são alimentados por eles. A relação dos sistemas biorgânicos e dos sistemas xamânicos também está presente pelas apropriações que a ciência médica faz dos sistemas xamânicos tradicionais. (MARTINS, 2001, p. 39).

Desta maneira, entendemos que as ações de saúde coletiva desenvolvidas por meio do PSF, visam preencher as lacunas sociais e simbólicas deixadas pelo sistema médico-hospitalar cartesiano, na medida em que possui um caráter holista generalista de atendimento familiar, cuja concepção almeja levar em conta os saberes tradicionais de saúde das comunidades que atuam, por isso, sua proposta se aproxima das terapêuticas tradicionais, como a benzedura, onde o tratamento é mais intimista e democrático.

A motivação de escolha do tema se revela na tentativa de perceber como o conhecimento da biomedicina, representado pelo PSF, se relaciona com os conhecimentos tradicionais de cura, mais especificamente, o das rezadeiras. Levando em conta as apropriações de ambos sistemas de cura – o biomédico e o popular - a pesquisa de campo tentou responder a seguinte problemática: Como as práticas de cura das rezadeiras sobrevivem e se relacionam as ações do Programa Saúde da Família em comunidades de Monsenhor Hipólito? Quais são as trocas, as diferenças e os hibridismos que ocorrem entre os dois sistemas?

É o que analisaremos neste estudo através das discussões teóricas, dos depoimentos orais e das fotografias que marcam a experiência dos rituais de cura desenvolvidos pelas rezadeiras. Assim, essa dissertação tem objetivos de duas ordens: geral e específicos. O geral tem como meta analisar como os saberes mágico- religiosos de cura das rezadeiras se relacionam com as ações e práticas de saúde do PSF (Programa Saúde da Família), acionadas pelos agentes comunitários de saúde, nos povoados de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá, considerando as articulações entre os dois sistemas – o científico e o popular. Os específicos visam problematizar os seguintes pontos: analisar o universo simbólico de atuação das rezadeiras; entender o comportamento dos agentes comunitários de saúde frente ao processo de interação entre o PSF, a comunidade e as práticas de cura das rezadeiras; compreender as motivações os pacientes a recorrerem os dois sistemas de cura para tratar da saúde – o mágico religioso (rezadeiras) e o médico-comunitário (PSF); E, por último, perceber as trocas de dádivas que circulam entre as rezadeiras e seus clientes e entre os ACS e seus domiciliados.

É fato que as rezadeiras criam e recriam suas crenças e prática curativas segundo suas próprias experiências e mediante a circulação de objetos simbólicos, ou trocas de dádivas (MAUSS, 1994) com seus pacientes. A medicina comunitária, por sua vez, como passa a fazer parte do cotidiano de vida da comunidade também estabelece um sistema de trocas de bens materiais (serviços) e simbólicos (sentimentos) com seus usuários, situação essa, que se dá, principalmente, por meio da atuação dos ACS, nas suas respectivas comunidades.

Assim, é relevante para a pesquisa percebermos esse universo social e simbólico envolvendo os dois sistemas de cura – o científico e o popular – a fim de entendermos como o saber de benzeduras convive com o saber biomédico nos dias atuais. Dessa forma a presente dissertação está dividida em três capítulos centrais.

No primeiro capítulo fazemos uma breve abordagem das artes de cura no Brasil, desde o período colonial, percebendo o calor das relações entre as práticas de cura mágico-religiosas, representadas por raizeiros, curandeiros e rezadeiras e a medicina praticada pelas instituições médicas oficiais no Período Colonial e Imperial. Dessa forma, tentamos extrair neste capítulo a formação de um campo de saúde híbrido no Brasil envolvendo os dois sistemas de cura: o científico e o mágico-religioso (popular). O que numa visão superficial não se denota, visto que na esfera discursiva e ideológica as organizações biomédicas do país tentam se afastar das terapêuticas populares, como a benzedura; numa tentativa de consolidarem-se cada vez mais suas artes de cura. Porém, a dinâmica das experiências humanas envolvendo os dois sistemas de cura – o científico e o popular – sinalizam a

existência de hibridismos culturais. Pois, o homem comum na busca pela qualidade de vida se utiliza mutuamente dos dois sistemas de cura.

No segundo capítulo privilegiamos os relatos de vida das rezadeiras com o objetivo de constituir breves considerações acerca das histórias de vida destes personagens sociais. Abordamos o processo de aprendizagem relacionado à noção de dom de cura. Neste capítulo, manifestamos ainda o interesse de compreender o universo simbólico que envolve o processo ritualístico de cura, observando os objetos, os gestos, as ervas e as simbologias usadas nas rezas. Descrevemos ainda, as doenças curadas e os tipos de benzeduras para cada enfermidade.

No terceiro capítulo, a partir dos relatos dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e das rezadeiras nas comunidades de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá, objetivamos perceber a relação de complementariedade envolvendo as práticas de cura das rezadeiras e ações comunitárias de saúde do PSF (Programa Saúde da Família) executados pelos ACS. Discutimos ainda, a existência de “Doenças de Rezadeiras” e “Doenças de Médicos”, observando as representações dadas pelas rezadeiras aos conceitos de saúde e doença.

Por outro lado, observamos os relatos de pessoas das comunidades estudadas que recorrem os dois sistemas de cura: a benzedura e a medicina comunitária (PSF). A partir das entrevistas com os usuários de saúde problematizamos as motivações que têm para buscar estas duas terapêuticas. Refletimos ainda sobre a dimensão da crença e da confiança das pessoas sobre a arte de cura das rezadeiras.

CAPÍTULO I

DISCUSSÃO HISTORIOGRÁFICA SOBRE AS ARTES E OFÍCIOS DE CURAR NO BRASIL

1-1 Breve relato das práticas de cura no Brasil.

A inserção das práticas de cura pela fé no Brasil remete ao período colonial, momento de formação de um tipo de religiosidade sincrética, oriunda da mistura de crenças dos povos africanos, portugueses (colonizadores) e indígenas. É nesse contexto que muitas mulheres vão dar início a sua função mística e social como rezadeiras, que usando de orações e preces, consolidando rituais mágicos, articulados por intermédio de palavras e gestos, desenvolveram atividades de curas milagrosas sobre determinadas doenças, que atacavam toda a sociedade colonial.

Nesses procedimentos curativos, ganha destaque, o uso de ervas e plantas medicinais, as quais muitas vezes faziam parte do ritual de cura, pois *as “senhoras da cura”*, reconheciam nelas uma essência mágica. Nesse sentido, para essas senhoras religiosas, essa flora natural tinha um valor simbólico muito grande, pois, como explica Mircea Eliade: “Para o homem religioso, a Natureza nunca é exclusivamente natural: está sempre carregada de um valor religioso” (ELIADE, 1992, p. 99).

Como afirma Mircea Eliade (1992), para o homem religioso o “sobrenatural” está indissoluvelmente ligado ao “natural”, onde a natureza sempre exprime algo que a transcende. Baseado nos argumentos do referido autor “isto é facilmente compreensível, pois, o Cosmos é uma criação divina: saindo das mãos dos deuses, o mundo fica impregnado de sacralidade” (ELIADE, 1992, p.99). Para esse autor, não se trata somente de uma sacralidade comunicada pelos deuses, como é o caso, por exemplo, de um lugar ou um objeto consagrado por uma presença divina. Os deuses fizeram mais: manifestaram as diferentes modalidades do sagrado na própria estrutura do mundo e dos fenômenos cósmicos.

Vislumbrando a estrutura do Cosmos sob esse horizonte indicado por Eliade (1992), ver-se que o homem religioso atribui aos recursos naturais – como as plantas, as ervas, as pedras, a água e o fogo – qualidades sobrenaturais ou divinas e, porque não dizer mágicas. Portanto, o homem religioso, amparado na sua experiência, reconhece no meio natural às essências mágicas capazes de solucionar seus problemas de saúde, principalmente nos

momentos de grande aflição, desencadeados pela dor infringida ao corpo, resultante de uma dada doença ou enfermidade qualquer que recaí sobre si ou a um membro de sua família.

Para o homem religioso, principalmente os habitantes do campo, o mundo apresenta-se de tal maneira que, ao contemplá-lo, o homem religioso descobre os múltiplos modos do sagrado e, por conseguinte, do Ser. Portanto, antes de tudo o mundo existe, está ali, e tem uma estrutura: não é um caos, mas um Cosmos, e revela-se, portanto, como criação, como obra dos deuses. Eliade (1992) destaca que essa obra divina guarda sempre uma transparência, quer dizer, desvenda espontaneamente os múltiplos aspectos do sagrado. Para o “ser crente” “O Céu revela diretamente, “naturalmente” a distância infinita, a transcendência do deus. A terra também é “transparente”: mostra-se como mãe e nutridora universal”. (ELIADE, 1992, p.100).

Nesse sentido, o Cosmos é ao mesmo tempo um organismo *real, vivo e sagrado*: revela as modalidades do Ser e da sacralidade. Onde Ontofania e hierofania se unem. (ELIADE, 1992). Então, o mundo se mostra aos olhos do homem religioso como um organismo vivo, decifrável, e acima de tudo, capaz de atender e suprir às suas necessidades existenciais, passando pela procura da cura nos momentos da doença. A natureza é nesse sentido capaz de prover e resolver todos os problemas relacionados às doenças que afligem os homens nos seus contextos territoriais e temporais.

Pois, o “Deus Criador” e “Pai do Universo” criou tudo perfeito. Se por um lado deixou as doenças, como meio de disciplinar as ações do homem e/ou ainda como mecanismo de provar a sua fé aqui na terra, ao mesmo tempo criou os meios (naturais e mágicos) para curá-los, os quais estão ao alcance de todos os seres humanos, basta descobri-los por meio da fé pura e verdadeira. Assim, a “sobrenatura” se deixa manifestar ao homem religioso por meio dos aspectos “naturais” do mundo. (ELIADE, 1992).

Percebemos ao longo da pesquisa que o sentido atribuído à doença como prova de fé ainda permanece presente no imaginário dos homens comuns. E, a comunidade de Serra Azul, Monsenhor Hipólito-PI, é prova de tal concepção da doença. Analisemos então, o relato da rezadeira Francelina, moradora do povoado citado acima, onde compreende o seu problema de saúde (paralisia dos movimentos das pernas) como uma prova imposta por Deus para medir a sua fé e sua paciência aqui na terra.

O povo diz: - você faz tratamento e não caminha... isso não tem jeito. Eu digo: olha rapaz eu já vi na Bíblia contar... Um homem que passou foi trinta anos doente na Sinagoga... e Jesus curou, com trinta anos. Tudo tem a hora...

tem o momento. e Jesus Cristo prova nós também... eu estou passando por uma também... É uma prova. Até Davi com 90 e tantos anos, Jesus deu um filho a ele. Só tinha um filho, Isaque, e Jesus pediu o filho dele em prova pra ver se ele amava e tinha fé em Jesus. Davi disse: Senhor bem sabes que eu te amo de verdade. Três vezes Jesus perguntou. Pois me dá teu filho em prova! Então, Davi subiu para as montanhas e cortou uma ruma de lenha pra queimar o filho. Quando ele pegou no pescoço de Isaque pra queimar, pra cortar o pescoço, pra matar ele e queimar, aí Jesus mandou um anjo imediatamente baixar junto com ele, e disse: não faça isso com seu filho, tá aqui um cordeiro pra você queimar em sacrifício! Tava provando Davi. E Deus sabe, que nós ama ele de verdade, mas, ele prova nós. Eu sou triste, quando eu vejo uma pessoa desesperada, pedindo a morte. Tudo tem a hora. E quem se mata não tem perdão. Porque não podemos tirar nossa vida, só Deus pode. (Trecho da entrevista com a rezadeira Francilina).

Percebe-se, que apesar do sofrimento desencadeado pela doença (paralisia das pernas), a rezadeira Francelina compreende a sua doença como uma forma de prova da sua fé aqui na terra; designando a paciência e a coragem como atributos necessários para vencer os males do corpo e alcançar a salvação depois da morte. Esta última é encarada pela Dona Francelina como um chamado de Deus. Na visão de D. Francelina cada ser humano cumpre uma missão aqui na terra. E, quando terminada, Deus o chama para integrar o Reino do Céu, morada dos eleitos.

Para Eliade (1992), o sagrado manifesta-se sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades naturais, é algo transcendente a nossa existência terrena. Sendo assim, uma manifestação de ordem sobrenatural, constituindo-se sobre as crenças, superstições, aparecendo, muitas vezes, através das simbologias contidas nos elementos naturais ou ainda profanos. Sendo assim, podemos pensar que o sagrado é espiritual (transcendental) e o profano é material (natural). Assim, a oposição sagrado/ profano traduz muitas vezes como uma oposição entre *real e irreal* ou pseudo-real. (ELIADE, 1992).

Nesse sentido, este autor salienta que para aqueles que têm uma experiência religiosa, toda a natureza é suscetível de revelar-se como sacralidade cósmica. O Cosmos, na sua totalidade, pode torna-se uma hierofania, ou seja, toda materialidade terrena pode ganhar sentidos ou simbolismos sobrenaturais, ultrapassando os limites existenciais do objeto em si.

Portanto,

“O *sagrado* e o *profano* constituem duas modalidades de ser no mundo, duas situações existenciais assumidas pelo homem ao longo da história. Esses modos de ser no Mundo não interessam unicamente a história das religiões ou à sociologia, não constitui apenas o objeto de estudos históricos, sociológicos, etnológicos. Em última instância, os modos de ser *sagrado* e *profano* dependem das diferentes posições que o homem conquistou no

Cosmos e, conseqüentemente, interessam não só ao filósofo mas também a todo investigador desejoso de conhecer as dimensões possíveis da existência humana.” (ELIADE, 1992, p.20).

De acordo com Eliade (1992) o homem das sociedades tradicionais é, por assim dizer, um *homo religiosus*, mas, seu comportamento enquadra-se no comportamento geral do homem e, assim, seu estudo interessa à antropologia, filosofia, à fenomenologia, à psicologia e, podíamos acrescentar a história, como ciência do homem no tempo.

Fazendo uma revisão na bibliografia sobre a medicina do período colonial, percebemos que eram raros os “legítimos” profissionais da saúde (médicos). Assim, esse panorama se apresenta como espaço propício para a atuação de homens e mulheres que detinham os segredos da cura.

No cenário colonial brasileiro, podemos frisar que essas ações curativas eram desenvolvidas tanto por homens como por mulheres, entretanto percebe-se certa ascendência da mulher como possuidora “legítima” do saber curativo, por ela ser vista como um ser dócil, companheira e encarregada de cuidar do espaço do lar e também dos membros da família. Acreditamos que pelo fato das mulheres terem sua condição diferenciada e funcionalidade naquela sociedade colonial, - sendo tidas como mulheres dóceis, donas do lar, tinham mais tempo para aprender os ofícios da cura a partir de relatos orais de mulheres mais velhas, parentes (mães, avós) ou pessoas próximas. Para a historiadora Mary Del Priore, “Esse saber informal, transmitido de mãe para filha, era necessário para a sobrevivência dos costumes e das tradições femininas” (PRIORE, 1993, p. 81).

Podemos salientar que a forma do povoamento e exploração da colônia brasileira, acabou propiciando a formação e a constituição de uma religiosidade sincrética no seio da sociedade colonial do país. Isso foi possível devido ao contato, e ao mesmo tempo mistura, dos vários elementos da religiosidade indígena, portuguesa e africana; elementos esses que se misturaram e formaram um novo tipo de religiosidade, caracterizada pela pluralidade de manifestações simbólicas. É nesse momento, que, as rezadeiras são “formadas” e estimuladas, pela necessidade do meio em que estavam inseridas e pela procura das práticas de benzeções. Assim,

Podemos definir as rezadeiras, fazendo um pequeno recuo aos modos coloniais da religiosidade brasileira. O catolicismo no Brasil se inicia a partir da colônia, que acabou se tornando um incremento de práticas religiosas

condicionando as atitudes do homem religioso no Brasil. Uma religiosidade fluida, adaptável, católica e sincrética. (ARAÚJO, 2011, p.01)

Essas formas de combater doenças por meio de orações e plantas mágicas são introduzidas no Brasil desde os primórdios do povoamento do nosso país. Sendo as experiências indígenas e africanas propulsoras do processo de formatação desse complexo e simbólico universo que abrange o termo “medicina popular” no Brasil, e particularmente na região nordeste. Sendo que, no contexto brasileiro pré-colonial, os grupos nativos já se utilizavam de muitos recursos naturais, como: plantas, ervas e até mesmo animais para fins curativos ou medicinais. Com a chegada do colonizador e o advento da exploração portuguesa, bem como, com a chegada dos negros africanos vão ser introduzidas várias práticas religiosas e ritualísticas que vão dar face a um universo místico plural.

Como afirma Márcia Moisés Ribeiro:

Sem perder seus alicerces básicos, ao saber médico indígena acrescentou-se a experiência dos europeus e africanos. Noções e práticas muito familiares ao silvícola, outras absolutamente alheias, combinaram-se, dando origem à medicina dos tempos coloniais que nada mais é do que o conjunto de conhecimentos, hábitos e práticas nascido a partir do convívio entre essas três culturas. (RIBEIRO, 1997, p.23)

Como supõe Ribeiro (1997), dado o processo colonizador português nas terras brasileiras, foram incorporados às práticas terapêuticas indígenas preexistentes, diversos conhecimentos medicinais dos portugueses, e mais tarde, dos africanos, incluídos no projeto colonial. Assim, ao “conhecimento que tinham das ervas e de procedimentos rituais específicos a seu universo cultural atrelou-se ao europeu da medicina popular”. (SOUZA, 1987). Para Souza (1987), “africanos, índios e mestiços foram os grandes curandeiros do Brasil colonial. [...] Havia curandeiros europeus, mais em número muito inferior.” (SOUZA, 1987, p. 166).

No Brasil, sabe-se, que nas culturas indígenas as curas mágicas tinham (tem) grande importância. Tratar doenças adequadamente, ter êxito nas curas eram provas do talento dos seus feiticeiros. Por sua vez os povos africanos aqui chegados na “empresa colonial” trouxeram grande arsenal de conhecimentos rituais e de ervas que com igual eficácia foram difundidos no seio colonial.

A partir da leitura do texto da autora Mary Del Priore “Magia e medicina na colônia: o corpo feminino”, pode se conhecer a forma como homens e mulheres encaravam a doença, no período colonial. Nesse momento histórico acreditava-se que a doença seria um mal que atacava os seres humanos na proporção dos pecados cometidos, ou seja, quanto mais pecados tivesse uma pessoa, mais doente seria. Assim, a doença era interpretada numa relação com um Deus transcendental, o qual, para eles (homens e mulheres), castigava os pecados humanos por meio das enfermidades físicas ou psicológicas, que os atacava com rigor. Assim,

Nos primeiros tempos da colonização, homens e mulheres acreditavam que a doença era uma advertência divina. Considerado um *pai* irado e terrível, Deus afligia os corpos com mazelas, na expectativa de que seus *filhos* se redimissem dos pecados cometidos, salvando assim suas almas. [...] Nessa perspectiva a doença nada mais era do que o justo castigo por infrações e infidelidades perpetradas pelos seres humanos. (PRIORE, 1993, p.78)

Refletimos que nesse imaginário¹² do contexto colonial, a doença era visualizada pelos sujeitos sociais como uma forma de livrar as suas almas do ardente fogo do inferno. Por esse motivo a doença seria um mal necessário para a salvação dos pecadores, que a partir do sofrimento causado pelas mazelas físicas, podiam redirecionar e melhorar suas ações e atitudes perante a vida, de forma a discipliná-las melhor, consolidando assim, uma vida digna aos olhos de um Deus celestial. Por isso, “entendemos que esse imaginário, que tomava o corpo um extrato do céu ou do inferno, constituía um saber que orientava a medicina e supria provisoriamente às lacunas de seus conhecimentos”. (PRIORE, 1993, p.78)

Nesse universo dominado pelas crenças e misticismos, o processo de cura das doenças que afligiam os homens, passava antes de tudo por um ritual mágico de cura, o qual aliava elementos naturais (ervas e plantas medicinais) e crenças religiosas, usando de preces e orações, que inúmeras vezes invocavam os nomes de santos bíblicos. Alguns estudos que aludem à medicina colonial a interpretam como consequência do atraso da medicina científica da metrópole portuguesa em conduzir a questão da saúde em suas colônias no século no século XVI.

Tais estudos responsabilizam o atraso das academias de medicina de Portugal pela incapacidade de lhe dar com a gama de epidemias de doenças na colônia brasileira, o que fez com se proliferasse na colônia brasileira muitas práticas curativas associadas à magia. Para a

¹² Entende-se como imaginário um sistema de ideias e imagens de representação coletiva que os homens, em todas as épocas construíram para si, dando sentido ao mundo. (PESAVENTO, 2002, p. 43).

historiadora Mary Del Priore o Brasil colonial era carente de profissionais, desprovidos de cirurgiões, pobre de boticas e boticários (PRIORE, 1993). Nesse contexto desprovido de assistência médica hospitalar a ação curativa de “curandeiras e benzedeiros, com suas palavras e ervas mágicas, suas orações e adivinhações para afastar entidades malévolas, substituíam a falta de médicos e cirurgiões”. (PRIORE, 1993, p.81)

Desta forma, Souza (1987, p. 167) destaca que essas curas praticadas por meio sobrenaturais aproximava esta terapêutica da ideia de feitiçaria. No Brasil colonial e imperial era comum curar doenças, insolações, incômodos como dores de dentes; mas, também feitiços, por meio de rituais de rezas.

Assim, o culto, o popular, o sagrado e o profano se fundiram no teatro da vida dos colonos brasileiros. Isto porque no Brasil colônia era indissociável o que era do povão e o que era da elite latifundiária; negros, brancos, mestiços, pardos, mulatos, etc., cada um a sua forma emprestara sua visão de mundo e forma de encarar a doença. Na concepção da sociedade brasileira quinhentista céu e terra estavam intimamente relacionados. A saúde e a doença passam a ser vistas como fruto da vontade dos deuses. Logo, a saúde e doença não são vistas como algo dado, mas, algo a merecer. Assim, quanto mais pecado uma pessoa tivesse mais doente ela seria.

O período colonial viu nascerem vários terapeutas populares, como rezadeiras, curandeiros, ervateiros e raizeiros. Esses personagens teriam papel crucial nas questões de saúde da sociedade brasileira nos períodos coloniais e imperiais. Assim, esses atores sociais continuariam exercendo seus ofícios por todo o Período Imperial, apesar das perseguições dos grupos médicos do país, que lutavam por consolidar sua terapêutica como hegemônica no Brasil.

Dessa forma, em todo o período colonial os hospitais e médicos no Brasil eram poucos, e estavam localizados nos principais centros populacionais do país. E, mesmo assim, o número de profissionais de saúde nesses locais de cura era mínimo, o que acarretava uma total falta de vigilância médica aos enfermos. Deficiente de cuidados médicos, “a assistência aos enfermos é sempre competência e tarefa de religiosos: são eles os enfermeiros dos hospitais coloniais” (MACHADO, 1978, p.59).

Machado (1978) indica que não existe nenhuma semelhança entre o tratamento dos doentes nos hospitais coloniais e o que, a partir do século XIX, passou-se a esperar- se não efetivamente ministrado, ao menos preconizado como adequado-, de um hospital. Acrescenta

ainda que nas regiões da colônia não existia uma assistência médica contínua aos enfermos, o que impossibilitava um diagnóstico preciso da evolução da doença. Para Machado (1978) essa ausência de medicalização do hospital colonial se evidencia pelo reduzido número médicos e cirurgiões que compunham suas equipes.

Diante de tal debilidade da equipe oficial de saúde, muitos religiosos acabavam prestando um papel social importante próximo às juntas médicas do Estado brasileiro, porém, em outros momentos mais recentes na história da medicina em nosso território, visualizamos um esforço forte por parte das forças da medicina acadêmica, em afastar todos esses “doutores da fé” dos centros de cura do país. “Negociação” essa, que em alguns momentos vai se dá numa relação tensa e heterogênea, onde grupos distintos buscam a hegemonia do saber medicinal no país.

Nesse panorama do Brasil colonial é marcado pela falta de profissionais biomédicos capacitados ou ainda de uma ciência médica capaz de diagnosticar e prescrever medicações eficientes na cura das enfermidades comuns no cotidiano da colônia brasileira. Assim, as benzedoras e curandeiras desempenharam um papel social importante, pois, através dos seus rituais mágicos de cura, muitas mazelas físicas e mentais foram sanadas, evitando por esse motivo muitas mortes, principalmente nas áreas mais afastadas das cidades centrais da colônia como Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia.

Mas, essa prática mágica de cura desenvolvida por certas mulheres detentoras de conhecimentos mágicos, embasados em preces e orações, também foram brutalmente perseguidas pelas forças da Inquisição da Igreja Católica, que às viam como feiticeiras possuídas por forças malévolas. Assim, essa prática de cura pela magia,

[...] acabou deixando-as na mira da Igreja, que as via como feiticeiras capazes de detectar e debelar as manifestações de Satã nos corpos adoentados. Isso mesmo quando estavam apenas substituindo os médicos, que não alcançavam os longínquos rincões da colônia. (PRIORE, 1993, p.81).

Provocava desconforto à ciência médica até o próprio fato de certas mulheres serem detentoras de certos saberes mágicos de como cuidado do próprio corpo. Por isso, “além de investirem em conceitos que subestimavam o corpo feminino, a ciência médica passou a perseguir as mulheres que possuíam conhecimentos sobre como tratar do próprio corpo.” (PRIORE, 1993, p. 81).

Se for verdade a suposição de que no século XVI havia um forte atraso na ciência médica portuguesa, como argumenta alguns pesquisadores sobre a temática, como Mary Del Priore. Então, poderíamos supor que essa “deficiência terapêutica” se espalhou por todo território brasileiro colonial. Outro dado importante, que já enfatizamos acima, é o universo de crenças e superstições reinantes em Portugal quinhentista, que acabam refletindo nas formas como os portugueses enfrentavam as doenças. Tais crenças vão chegar até as suas colônias, como o Brasil, graças à intensa movimentação de pessoas entre a metrópole e a colônia.

Assim, Priore (1993, p. 80) argumenta que no Portugal quinhentista a crença na ação diabólica era a base dos remédios que serviam para combater as *desgraças* biológicas, que mais pareciam saídas de tratados de feitiçaria. Baseando-se nos estudos de Márcia Moisés Ribeiro (1997), percebemos que ainda no século XVIII, a debilidade da medicina no país ainda era forte, fator esse que acabava por fundir as duas concepções terapêuticas: uma científica e outra de cunho popular ou místico. Isso porque o desenvolvimento do saber médico academicista ainda era muito incipiente para segurar as rédeas do comando das práticas de saúde no país, principalmente em momentos de epidemias, que se alastravam pelo país.

Assim, se tornava visível, em alguns momentos, a forte aproximação da medicina com o mundo da magia, seja por meio das credices, das superstições ou ainda por meio das práticas de místicas de cura. Tornou-se comum, ainda nesse período, o uso dos elementos da natureza (tais como as ervas e as plantas) nas terapêuticas de cura, manuseadas pela medicina científica. O que com tempo se dispersaria no seio popular português. Nesse sentido, “era imensa a dependência dos indivíduos em relação aos fenômenos da natureza e do sobrenatural na busca de soluções para o dia-a-dia, o que se constituía em fator de aproximação entre a medicina erudita e o saber popular”. (RIBEIRO, 1997, p.17).

Por isso, como afirma Ribeiro: (1997, p. 72) “Na cura das infecções, outros métodos se combinavam com a administração de remédios do senso comum, compostos à base de plantas, raízes, pedras ou mesmo de excretos”. Assim, no século XVIII, a necessidade e a insuficiência do saber médico, impunha às autoridades médicas a necessidade de lidar com os mais variados procedimentos de cura, mesmo que essa relação tenha se tornado cada vez mais conflituosa e antípoda ao passar dos séculos.

Através desses enunciados podemos pensar que as diversas terapêuticas desenvolvidas no Brasil colonial, que se imbricaram ao longo de todo esse período histórico,

contribuíram para a formação lenta e gradual de um tipo de *medicina híbrida*, mesclado as diversas concepções de cura e doença herdadas dos mais variados povos: indígenas, africanos, portugueses. Poderíamos supor então, que a formação sociocultural brasileira apresentou-se como terreno fértil para o nascimento de uma “medicina criolizada”, onde prevalece à pluralidade de concepções, conceitos e visões sobre a noção de doença, cura e saúde.

Essa diversidade dentro das práticas em saúde, vão se perpetuar ao longo dos séculos, resistindo às intenções das academias médicas do país em homogeneizar e monopolizar os cuidados em saúde. Assim, ainda nos séculos XVIII e XIX o campo de saúde brasileiro iria se mostrar com uma coloração colorida.

As ações em saúde no Brasil colonial foram de marcadamente religiosas. Assim, Machado (1978) argumenta que os serviços de saúde no Brasil colonial, foram fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada, sobretudo, aos doentes pobres. Esse pesquisador destaca que essa assistência era promovida por ordens religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdias, aqui fundadas por irmandades de leigos, que se encarregavam também de sua administração.

O Piauí colonial também teve suas Casas da Misericórdia, sendo que até 1785, a cidade de Oeiras-PI mantivera seu hospital de Misericórdia (Casa da Misericórdia). Podemos supor que esse hospital atendia pobres livres, escravos, soldados e outra gente comum. Porém, a partir de 1851 já se dava início a sua mudança para nova capital do estado: Teresina. Para Machado (1978, p.67) não era somente os doentes pobres que se beneficiavam dos Hospitais da Misericórdia. Também os forasteiros e, principalmente, os soldados e marinheiros eram ali internados, por não lhes ser reservado nenhum outro estabelecimento. Nesse sentido, Machado conclui: (1978, p.67) “os doentes dos hospitais de Misericórdia foram essencialmente os pobres.”

Podemos imaginar que esse contexto caracterizado pela emergência de ações de assistência à saúde no Estado Brasileiro, tenha favorecido ainda mais a presença do sagrado, do místico e da experiência com ervas dentro das instituições encarregadas de cuidar da saúde no país. O que, ao nosso entender, deixou como herança uma “medicina híbrida”, marcada desde o início pela pluralidade de conhecimentos, conceitos e procedimentos terapêuticos de cura.

Já no império, pouco havia mudado nesse panorama da medicina exposta acima, sobre o período colonial, visto que os profissionais dessa medicina dita científica eram raríssimos, não atendendo a diversidade de enfermidades que atacavam as classes populares,

em maioria naquela sociedade. Nesse sentido, as práticas curativas populares das benzedadeiras, curandeiras, raizeiros e feiticeiros se faziam presentes e necessários ao combate das enfermidades que afligiam a sociedade brasileira, já que a medicina oficial era muito incipiente; não gozando de prestígio popular, como nos dias atuais. Pelo contrário, seus métodos curativos eram vistos com desconfiança pela maioria da população brasileira. Isso significa:

(...) Que esses grupos sociais, que não tinha na ciência sua única verdade, tinham restrições e desconfianças com relação aos médicos, recorrendo também a outras práticas de cura. Como vimos, havia uma desconfiança, em relação aos médicos científicos e seus métodos, bastante generalizada por diversos setores sociais. (SAMPAIO, 2001, p.77)

Por isso, Sampaio (2001, p. 21), salienta que “No Rio de Janeiro do final do século XIX, assim como em todo o país, as mais variadas práticas de cura conviviam lado a lado com a medicina oficial do império, aquela que se julgava a medicina científica”.

Mas, essa convivência da medicina acadêmica e a medicina popular não era de todo pacífica, visto que os conflitos se faziam presentes, até mesmo dentro do próprio grupo médico. Assim, as últimas décadas do século XIX iriam mostrar vários episódios de desentendimentos, seja entre os membros das academias médicas, ou entre estes e os “terapeutas populares”, como os curandeiros. Contudo, O corpo médico do século XIX, sentia que era necessário combater essas terapêuticas populares, que denominaram de charlatanismo. Este termo naquele momento abarcava toda prática de cura fora dos parâmetros médicos legais. Por isso, as práticas terapêuticas exercidas por raizeiros, benzedeiros, curandeiros, feiticeiros seriam combatidas fervorosamente por forças legais pertencentes às instituições médicas do país.

Todavia, as corporações médicas do Estado brasileiro não conseguiriam, por muito tempo, legitimar a medicina acadêmica como a única corporação legal, aos olhos das leis do estado, das políticas sanitárias e da população do país. Percebe-se que a história da medicina do país é marcada pela disputa de ideologias e práticas de saúde, lutas essas tinham como objetivo ganhar a hegemonia das ações de cura em meio à comunidade brasileira. Assim, os esforços repressivos por parte do corpo médico do país foram se intensificando cada vez mais por todo o território nacional, no sentido de extinguir o charlatanismo. Por isso, “quanto mais forte fosse a imagem de cruéis e desumanos atribuída aos curandeiros, maior seria o respaldo dado às autoridades para reprimi-los.” (SAMPAIO, 2001, p.92)

Ainda sobre a discussão apontada acima, Madel Therezinha Luz discute as estratégias de hegemonia e análise política de instituições, em uma perspectiva macro e micro, faz reflexões importantes sobre o papel e a função das instituições na relação de poder/dominação dentro da esfera estatal, e ao mesmo tempo, pensa as estratégias usadas pelas forças dominantes do capitalismo estatal para conseguir a hegemonia das práticas de saúde dentro do estado. Para esta autora, “no capitalismo, a tendência dominante é tornar toda atividade social instituição (civil ou política) e assim imprimir-lhe o selo de estado, de atividade regular” (LUZ, 1986, p.43-44).

Todas essas estratégias utilizadas pelas forças dominantes, muitas vezes ligadas ao Estado, são desenvolvidas por meio de discursos, ideologias, etc., tudo no intuito de alcançar a hegemonia dentro seu espaço de atuação. Luz (1986) entende, que: “a hegemonia é processo que o bloco no poder aciona e organiza constantemente no sentido de universalizar seu poder” (LUZ, 1986, p.42).

Para Luz (1986) a hegemonia é um processo incompleto, renovável, sempre aberto para novas possibilidades de começo, sofrendo por vezes reavaliações pelo grupo de poder. Por isso, “a dominância de uma função “repressiva” ou “ideológica” na prática dos aparelhos pode variar de acordo com os interesses e o conflito dos grupos e classes da sociedade.” (LUZ, 1986, p.28).

Em relação ao o conceito de saúde e doença, idealizamos entender como esses rituais de cura pela fé são interpretados por essas “senhoras rezantes” e pela clientela que procura a cura por esse meio marcadamente religioso. Nesse sentido, temos uma contribuição importante do estudioso Ariosvaldo da Silva Diniz, que faz uma análise do contexto de conflito e caos social causado pela epidemia da cólera na cidade do Recife em 1856. O autor mostra como duas noções concorrentes de saúde e práticas terapêuticas disputavam legitimidade e reconhecimento hegemônico no meio social recifense em meados do século XIX. Nessa conjuntura complexa, onde forças opostas lutavam pelo domínio sobre as práticas de saúde no Recife, várias questões vão emergirem em volta do conceito de doença, bem como sobre terapêuticas de cura. Diante tais problemáticas, Diniz reflete sobre o conceito de doença: “A doença não se reduz a uma evidência “orgânica”, “natural”, objetiva. Ela é também uma realidade construída histórica e socialmente.” (DINIZ, 2003, p. 359).

Assim, as disputas em torno da hegemonia das práticas de saúde, acabam refletindo conflitos e interesses antagônicos, encabeçados pelos diversos grupos sociais num determinado contexto histórico. “Além disso, o *locus* da doença é o corpo e como tal reveste-

se de sinais, cuja leitura depende da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo social, em diferentes dimensões temporais.” (NASCIMENTO, 2005, p.31).

Podemos dizer, embasados nessas palavras de Nascimento, que a concepção de saúde e doença é mutável, variando de um grupo para outro ou ainda de uma época para outra. Sendo, que esta representação ou percepção da saúde e da doença, em cada contexto e grupo social, é influenciada também, pela sua cultura, crenças, superstições ou ainda por suas escolhas religiosas.

Miriam Cristina M. Rabelo (1994) no seu artigo “*Religião, ritual e cura*” explica que, enquanto o tratamento médico despersonaliza o doente, o tratamento religioso visa agir sobre o indivíduo como um todo, reinserindo lhe como sujeito em um novo contexto de relacionamentos.

Em meados de 1800 acentua-se ainda mais os embates em torno da medicina tida como oficial e a medicina popular. Os agentes científicos vão endurecer o combate a todo e qualquer tipo de prática de cura distante dos parâmetros científicos.

Entretanto, “objeto de estudo dos médicos, a história da medicina só passou a fazer parte da seara de preocupações dos historiadores nos tempos mais recentes”. (RIBEIRO, 1997, p.15).

De acordo com o riquíssimo relato do folclorista piauiense Pedro Silva em sua obra: “*O Piauí no folclore*”, podemos ter uma noção da importância das práticas de cura, desenvolvidas por rezadeiras e curandeiras no cenário piauiense em tempos remotos. De acordo com Silva (1988),

Meizinhas e crendices, raízes de pau e rezas fortes eram os únicos elementos de que se valiam os habitantes de nosso estado, hoje populoso, mas, antigamente, quase deserto e sem os meios de transporte de que hoje dispõe. (SILVA, 1988, p.34).

No Piauí, assim como no Brasil, sobrevive uma religiosidade sincrética, sendo resquícios ainda do povoamento e da forma de organização que se deu no nosso Estado, misturando por essa natureza, elementos religiosos dos povos indígenas, portugueses e africanos; esses três culturas acabaram por formar a base da nossa religiosidade, que apresenta elementos sagrados e profanos, os quais convivem lado a lado, formando a chamada

religiosidade popular. E é nesse seio que se propagam às práticas curativas que se dão através da fé em orações e “ervas mágica”.

Seguindo esse viés de entendimento objetivamos problematizar a concepção de doença e cura formulada pelos grupos encarregados de cuidar da saúde na comunidade hipolitana, mais especificamente o grupo das rezadeiras, discutindo uma dimensão social da mesma.

Pois a doença não é tão—somente um conjunto de sintomas que nos leva a procurar um médico, mas, também um acontecimento que ameaça e modifica nossa existência, seja individual ou coletivamente, muitas vezes com graves consequências. (NASCIMENTO, 2005, p.28).

De acordo com Nascimento (2005, p.29), “podemos pensar que entre diferentes grupos sociais existem diferenças marcantes no sofrer ou no modo de reagir às doenças”. Por esse motivo devemos levar em consideração as singularidades dos espaços e dos grupos em questão, visto que os sujeitos sociais constroem variados meios de sobrevivência, e ainda mecanismos e práticas para enfrentar as enfermidades que recaem sobre eles. Práticas essas, que são modificadas ou ainda ressignificadas ao longo do tempo, por influências culturais, demográficas ou ainda por pressões políticas, que podem se manifestar de forma explícita ou ainda implícita.

Por essa natureza, não podemos pensar as práticas de cura como um meio homogêneo e harmonioso, pois, em muitos aspectos estas servem de reflexo dos processos sociais, encabeçados pelos personagens históricos. Por esse motivo, caracterizamos os complexos mecanismos de saúde como um campo tenso, onde interesses heterogêneos se digladiam para conquistarem ou ainda manterem sua hegemonia no meio social do qual fazem parte. Podemos então dizer, que as práticas de saúde constituem-se num campo de disputas de poder. “Desse modo, assim como a história, a doença, como fenômeno social, também é uma construção.” (NASCIMENTO, 2005, p.29).

Essas colocações de Nascimento (2005) nos leva a seguinte questão: a doença não seria também um mecanismo de subordinação e dominação, usada pelos mais diferentes grupos e épocas. Nesse sentido a doença seria um produto social, fruto dos mais variados discursos e ideologias de poder composta pelos grupos em determinada sociedade. Por isso, segundo George Rosen (1979),

Para entendermos nossa sociedade, a época em que vivemos, para sermos capazes de desempenhar um papel inteligente na condução de nossa

civilização em direção ao futuro, devemos conhecer não só as ações do passado, mas, os conflitos mentais, as lutas ideológicas e os interesses que representavam. (ROSEN, 1979, p.03).

Entendemos que para vivermos de forma ativa e consciente dentro dos meandros de nossa sociedade é necessário que o indivíduo desenvolva um senso crítico ao lidar com os processos sociais do passado. Pois, a história nos mostra que para intervir de forma consciente numa realidade presente e futura, é necessário, termos pleno conhecimento dos conflitos desencadeados dentro de uma sociedade, envolvendo os mais diferentes grupos sociais; é necessário pensar os interesses antagônicos e conflitantes que move as mais diversas classes sociais; e por último, se faz imprescindível refletir sobre as mais profundas disputas mentais e ideológicas e o que e quem favoreciam.

1.2 Breves considerações históricas sobre a intervenção estatal no Brasil no setor da saúde pública.

A intervenção estatal no setor da saúde pública é um evento recente na história das sociedades mundiais. Primeiro ela surge nos países centrais, como Inglaterra, Alemanha e França, onde a industrialização aliada à urbanização traz a necessidade da intervenção do estado nas questões de higienização das cidades, de forma a conservar a saúde de seus trabalhadores, além apresentar um aspecto limpo e bonito das cidades. É nesses grandes centros que se dão início às políticas intervencionistas do estado, no sentido de prevenir e curar as epidemias maléficas que se espalhavam no contexto dos séculos XVIII e XIX nos países da Europa. Evento é ligado ao nascimento da medicina social, uma prática médica voltada para o cuidado dos cidadãos das cidades, operários das fábricas. (FINKELMAN, 2002, p. 119).

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no início do século XX, mais efetivamente na década de 1930, com a Política Vargasista de cunho nacionalista e trabalhista. Anteriormente, no século XVIII e fins do XIX, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, ou seja, a saúde sob encargos de empresas privadas. Em fins do século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e realização de campanhas limitadas para a cura e prevenção de certas epidemias mortíferas, como a da cólera e da febre amarela. Assim, nos últimos anos do século passado, as questões relacionadas à

saúde já aparecem como reivindicações por parte do movimento operário- que surge nesse período - das grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, surgindo, algumas iniciativas de organização do setor de saúde, que serão aprofundadas a partir de 1930 com a política de Vargas. (FINKELMAN, 2002).

Convém destacar, que em 1920 houve esforços por todo o país, no sentido estender os serviços de saúde, no intuito de atender as diversas camadas da sociedade brasileira. Entretanto, essas ações não obtiveram bons resultados, conservando uma atuação efetiva nos centros das grandes cidades. Assim, em 1923, ocorre a Reforma Carlos Chagas, que intuía ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, onde, foram debatidas as questões de higiene e saúde do trabalhador. (FINKELMAN, 2002).

Acerca da Intervenção do Estado na Saúde no período que compreende a década de 1930 a 1964, podemos dizer que a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá superar o de saúde pública a partir de 1966.

(FINKELMAN, 2002).

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. No final dos anos 1940, o presidente Dutra cria o Plano Salte, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia; a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. Contudo, a situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 não conseguiu eliminar o caos social causado pelas doenças infecciosas e parasitárias, além disso, as taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral, continuavam altíssimas, principalmente na região Nordeste do País. (FINKELMAN, 2002).

Já na década de 1950 se verifica no cenário brasileiro uma estrutura médica hospitalar de cunho, essencialmente, privado, com fins lucrativos. Tornando presente a formação de empresas médicas particulares, sob o estímulo do capital estatal, além do apoio

da produção privada. Assim, espalham-se as instituições de saúde, bem como os seus profissionais, por diversas regiões do país, mesmo que essa concentração fosse mais evidente nas grandes cidades. (FINKELMAN, 2002).

Apesar dos avanços sofridos no setor da saúde, em meados do século XX, as estruturas sanitárias e de saúde das cidades brasileiras continuavam ainda degradantes, não atendendo a demanda da população brasileira, deixando-as à margem, principalmente, as comunidades das regiões menores e isoladas do país. Pois, o homem do interior continuava sem um atendimento médico eficiente e efetivo. Isso nos leva a crer que o estado do Piauí, não tenha sofrido grandes modificações no seu setor de saúde nesse período. Pois, apesar das políticas médicas em voga nas grandes capitais brasileiras, o Estado do Piauí continuava com um precário sistema de atendimento à saúde pública.

Assim, o marco institucional do Setor de Saúde no Estado do Piauí, dá-se com o decreto Lei N° 360, de 02 de Maio de 1941, que cria o Instituto de Assistência Hospitalar (I.A.H.) com a finalidade de orientar e dirigir todos os serviços hospitalares do Estado, que, àquele momento, encontravam-se sem um comando administrativo, acarretando prejuízos financeiros e uma precária assistência médica à população piauiense. (CAMPELO, 2013, p. 25). Entretanto, o I.A.H mostrou-se insuficiente para uma efetiva reforma dos quadros de saúde do Estado. Logo,

Os serviços de saúde pública no Estado do Piauí foram marcados pela ambiguidade administrativa, isto é, não havia comando específico para o setor. As atividades do setor saúde eram exercidas, até o ano de 1962, paralela e distintamente por dois órgãos públicos: o Instituto de Assistência Hospitalar I.A.H., ao qual competia realizar ações hospitalares curativas, e o Departamento de Saúde Pública da então Secretaria da Educação e Saúde, que executava ações preventivas tipo ambulatorial. A desintegração operacional entre os dois órgãos impossibilitava uma execução eficiente dos serviços, bem como a formulação de uma prática unificada, em nível estadual, para o setor. (CAMPELO, 2013, p.26).

Portanto, como argumenta Campelo (2013), até a primeira metade do século XX, as políticas de públicas de assistência à saúde no Estado do Piauí foram marcadas pela desintegração e antagonizações no que diz respeito à organização dos órgãos de saúde até aquele momento. Entretanto, paralelamente a esta superposição de atribuições entre as duas instituições públicas, acelerava-se a demanda dos serviços de saúde em função do próprio crescimento vegetativo da população e pela tomada de consciência de que a saúde é parte integrante e não mero subproduto do processo de desenvolvimento de uma nação. Além disso,

o setor de saúde sofria um rápido avanço científico e tecnológico, diversificando a oferta de serviços. Tal situação resultou numa forte pressão sobre o poder público para a criação de um órgão direcionado, exclusivamente, para o setor saúde. (CAMPELO, 2013).

Assim, em 05 de Dezembro de 1962, foi criada, através da Lei N° 2.350, a Secretária de Saúde do Piauí. Porém, a instalação da Secretária de Saúde do Estado, tão somente desatrelou o setor saúde do setor educação. Dessa forma, permaneceram as muitas ambiguidades e insuficiências das políticas em saúde do Estado, isso porque, dentre outros fatores, o Instituto de Assistência Hospitalar não foi incorporado a estrutura organizativa da Secretária de Saúde do Estado.

Assim, O I.A.H permaneceria diretamente sob o comando do Estado até Janeiro de 1966, quando a Lei N° 2.741, determinou a primeira reforma na estrutura e na competência da Secretária de Saúde do Piauí. Em fim, foram unificadas as ações de saúde do Estado, daí por diante o I.A.H ficaria subordinado a Secretária de Saúde do Piauí. Essa Lei de 1966 instituiu ainda a unidade de planejamento da saúde, à qual competiria elaborar a programação necessária ao desenvolvimento das ações sanitárias do Estado, através dos mecanismos inerentes ao planejamento. (CAMPELO, 2013).

“Na prática, coube ao sistema de planejamento de saúde funções nitidamente financeiras, como o controle do orçamento programático e dos convênios celebrados pela Secretária.” (CAMPELO, 2013, p.27). Portanto, mesmo com a reforma de 1966 o sistema de saúde no Piauí se mostrava problemático, não resolvendo na prática as questões de saúde do Estado, principalmente, nas regiões interioranas do Piauí. Pois, continuava nítido a falta de integração entre as diversas áreas do Estado no que tange às políticas de assistência à saúde.

Assim, as cidades menos populosas do Piauí continuavam desassistidas de tratamentos médicos efetivos, logo, havendo muita carência médica. Nesse sentido, o decreto de N° 3.554, de 11 de Fevereiro de 1980, tem como objetivo central acelerar o processo estadual de integração da saúde, visando dar maior consistência às unidades de saúde do Estado. Logo o artigo 3º, anexo I, versa sobre a divisão das Regiões de Saúde do Estado, de forma a garantir uma maior cobertura em saúde no Estado. Assim, ficariam estabelecidas setes regiões de saúde no Piauí, ou seja, sete centros de saúde. Esse artigo determina a cidade de Picos como a 4ª Região em Saúde do Estado. Logo, Monsenhor Hipólito-PI, pertence a esse núcleo, compondo a 9ª subárea.

Como a cidade de Monsenhor Hipólito-PI ainda não dispunha de um serviço de saúde efetivo por parte do poder público, fazia-se necessário que a sociedade hipolitana, nos

casos de doenças vistas como mais graves, se locomovesse para a cidade de Picos-PI, onde buscava auxílio médico. Mesmo assim, não era fácil, pois nessa época Picos tinha um pequeno número de hospitais e profissionais de saúde. Além disso, a maioria dos serviços médicos nesta urbe na década de 1950 era particular e, custava muito caro, principalmente para as camadas mais carentes da sociedade. Como a maioria dos moradores de Monsenhor Hipólito, nesse período, era de baixa renda - pessoas pobres que não podiam pagar por um serviço de saúde - muitos dos enfermos ficavam sem receber nenhum atendimento médico, situação essa que levava muitos enfermos, principalmente em casos graves, não raras vezes, à morte.

Convêm destacar, que, em 1950 as estradas e os meios transportes na comunidade em estudo eram precários. No município até essa data era ínfimo o número de estradas ligando as áreas rurais ao centro dessa pequena urbe. Assim, as pessoas locomoviam-se do interior até a zona urbana desta cidade por meio de veredas, montados em cavalos ou a pé. Essa situação era a mesma na ligação com as cidades circunvizinhas: Santo Antônio, Francisco Santos, Alagoinhas e Picos.

Assim, quando as pessoas de Monsenhor Hipólito precisavam deslocar-se até Picos enfrentavam diversas dificuldades relacionadas às estradas e aos meios de transporte, pois, até a década de 1950, o município não registrava nenhum proprietário de carro, o que fazia com que, nos momentos de flagelo com as doenças, os moradores dessa urbe, buscassem auxílio junto a algum amigo ou parente proprietário de carro em outra região vizinha, para então promover o deslocamento do doente até os hospitais de Picos, que era (e ainda é) a cidade mais desenvolvida da região naquele contexto histórico. Existiam ainda alguns casos, que o chefe de família, tendo alguém próximo com enfermidade grave, fosse obrigado fazer a locomoção de médicos de Picos até a sua residência para consulta do doente, mas, esses casos eram raros, devido ao alto custo desse atendimento médico particular.

Diante da situação de desatenção médica na comunidade destacada surgia a figura do farmacêutico, boticário que acabava atendendo a população desvalida do setor público de saúde. Esse profissional acabava desempenhando papel importante nas questões de saúde do município, pois na ausência do médico, além de receitar medicamentos para todo tipo de doenças, ainda fazia prescrições medicamentosas e desenvolvia procedimentos médicos, como a aplicação de injeções.

Nesse contexto histórico, se destaca o nome de José Alves Bezerra, vulgo Zezinho Bezerra, grande referência política naquela época. Foi também o primeiro farmacêutico da

cidade de Monsenhor Hipólito-PI, antigo Povoado Riachão, pertencente ao município de Picos. Zezinho Bezerra Desempenhou por muito tempo essa função de saúde no município.

De acordo com as nossas entrevistas, Zezinho Bezerra era um homem de grande saber medicinal, o que fez com que desenvolvesse bons trabalhos nas questões de saúde do município, pois, além de “medicar” diariamente para as pessoas que procuravam seus serviços de saúde, trazia médicos, em alguns momentos, de outros municípios do Piauí, como é o caso de Picos, para a realização de consultas e outros atendimentos especializados. Essa mesma situação de saúde de Monsenhor Hipólito, podia ser verificada nas outras cidades vizinhas, como Alagoinhas-PI e São Julião- PI, tendo como farmacêuticos, respectivamente, Norato e Joaquim da Manegida.

Entendemos que esses farmacêuticos desenvolveram importantes papéis no auxílio à saúde nessas comunidades citadas, em momentos que os serviços de saúde por parte do poder público se faziam ausentes. Será que essa situação registrada acima não se repetia em muitas outras cidades do Piauí?

Em meados do século XX, o Povoado Riachão, atual Monsenhor Hipólito, passa por um momento crucial de sua história política e social. Pois, é, nesse momento que se dão os incentivos no sentido de promover a emancipação política da cidade, que de acordo com seus idealizadores, traria desenvolvimento político, social e econômico para a região, que até então (1956) se encontrava sob o domínio político-administrativo do município de Picos- Piauí.

De acordo com Miguel Joaquim Bezerra (2007), a primeira tentativa de emancipação política do povoado à categoria de cidade se deu no ano de 1954, sob a iniciativa do Sr. José Alves Bezerra, um dos maiores chefes políticos do município de Picos naquele contexto histórico. Ainda nessa década, Zezinho Bezerra, lança o projeto a Câmara de Vereadores do município de Picos, sendo aprovado no mesmo ano.

Entretanto, atendendo a interesses partidários, Zezinho Bezerra, foi forçado a retirar o projeto da pauta de votação daquele ano. Isso porque as eleições municipais aconteceriam naquele mesmo ano, e Riachão contribua expressivamente com a sua votação na política picoense, assim, o PSB (Partido Social Democrata), partido do vereador Zezinho Bezerra, fez tudo para que o dito vereador retirasse o projeto da Câmara, pois, entendia que os 800 (oitocentos) votos do povoado Riachão podiam influenciar consideravelmente no resultado das eleições vindouras. Mesmo barrando o projeto, o PSD, sairia derrotado nas eleições de 1954.

De acordo com Bezerra (2007), passando as eleições de 1954, as ações das lideranças políticas, filhos de Riachão como José Alves Bezerra, Virgílio de Sá Bezerra e Manoel Alves Bezerra- ressalta-se que os dois últimos eram filho e genro, respectivamente de José Alves Bezerra- continuariam no sentido de desmembrar administrativamente Riachão da urbe de Picos. Vale ressaltar que a UDN (União Democrática Nacional) apoiava a iniciativa, visando livrar-se da concorrência de votos do povoado Riachão nas urnas de Picos, assim, em 1956 o novo projeto de emancipação política foi introduzido na Câmara dos Vereadores de Picos, pelo então vereador Ângelo de Maria Bezerra, filho de Riachão e eleito por Riachão.

Assim, em 30 de Novembro de 1956, o governador do estado do Piauí, Jacob Gaioso sanciona a Lei de emancipação do Povoado Riachão, criando-se em fim, o município de Monsenhor Hipólito-PI. O município de Monsenhor Hipólito foi solenemente instalado em 26 de Julho de 1957, dia da festa da sua Padroeira, a Senhora Sant`Ana, contando com a presença do Exmo. Sr. General Jacob Manoel Gaioso e Almendra, governador do estado do Piauí (1955-1959). Em 1959, Monsenhor Hipólito teve sua primeira eleição para prefeito e vereadores. E nesse ano foi eleito prefeito da cidade, o senhor José Alves Bezerra, tendo como vice, o senhor Rafael Rodrigues Lima.

A partir da emancipação política do Povoado Riachão, antiga denominação de Monsenhor Hipólito, foram realizados alguns esforços no sentido de melhorar o setor da educação e da saúde do município ora instalado, intentando livrar-se da dependência de Picos nesses setores citados acima.

A instalação de uma junta administrativa local, a partir de 1959, não mudou a realidade enfrentada por esta comunidade no tocante à qualidade de vida das pessoas. Assim, as mudanças relacionadas às políticas de saúde nessa urbe são muito recentes na sua história. Somente na década de 1980 começa a haver tímidos estímulos por parte do poder local, no sentido de modernizar a infraestrutura da nova urbe, promovendo políticas de higienização sanitária na cidade, no intuito de evitar epidemias de doenças comuns no Brasil, como a febre amarela, a cólera, o sarampo, etc. É nessa década que é construído um hospital no município, recebendo a denominação de Emília de Sá Bezerra.

É pertinente salientar, que ainda na década de 1980 o município de Monsenhor Hipólito ainda apresentava grande número de mortalidade infantil, devido, entre outros fatores, à inexistência de um acompanhamento médico, principalmente, nos primeiros meses de vida dos recém-nascidos. Acrescenta-se ainda a esse quadro de desacompanhamento médico, as “doenças típicas” da década de 80 e 90 no Brasil, como: a paralisia infantil,

sarampo, rubéola, coqueluche e outras. Vale destacar que até o final da década de 80 era muito comum os partos de mulheres em casa de familiares ou amigos próximos. As parturientes contavam apenas com a ajuda e a experiência das *parteiras*- mulheres que detinham um saber cumulativo sobre o processo de parto, além de terem conhecimentos de terapêuticas medicinais, baseadas em remédios caseiros ou naturais, aliadas aos rituais de oração e preces.

Portanto, até a década de 1980, o município de Monsenhor Hipólito, mais especificamente nas localidades de Serra Azul, Mearim I, Mearim II e Jacarandá, as mulheres quando grávidas, chegando a hora do parto, recorriam-se com frequência os trabalhos das parteiras e rezadeiras, onde essas últimas auxiliava com preces e orações, o trabalho de parto executado pela (as) parteira (as) de confiança da família da gestante. Geralmente as “mulheres parteiras” eram senhoras de uma “idade mais madura”, o que favorecia a experiência cumulativa dos procedimentos necessários aos “partos de casa”. Não raramente essas senhoras eram membros da família da gestante, sendo, algumas delas, avós ou sogras das parturientes em cada caso.

Podemos refletir importância dos trabalhos dessas “*senhoras do bom Parto*” num contexto e histórico e geográfico caracterizado pela ausência de políticas de assistência médicas. Nesse quesito, se faz necessário destacar, que nos casos em que ocorriam agravamentos ou problemas nos processos de “partos naturais” desenvolvidos nessas regiões, os familiares das parturientes recorriam o apoio de pessoas próximas, que tinham um meio de transporte, geralmente carros, para fazer a locomoção da mesma para o Hospital Justino Luz, em Picos.

É pertinente destacar, que em alguns casos de insucesso do processo de partos em casas, a criança ou nascia morta ou ainda sobrevivia pouco tempo, depois do seu nascimento. Nessa situação, caracterizada pela ausência de procedimentos médicos hospitalares, a ameaça de morte da parturiente e do seu feto eram presentes a todos os momentos do parto, principalmente, quando era parto prematuro, decorrente de alguma complicação durante o período de gravidez. Isto podia ser causado por alguma doença que recaia sobre a mulher gestante ou ainda por “acidentes domésticos”, como quedas ao lavar uma casa.

A rezadeira Maria Eunice de Carvalho, 73 anos, moradora da comunidade Serra Azul, nos relata a situação vivenciada por ela nesse contexto de inexistência de cuidados médicos.

Dona Nilça destaca:

Eu tive meu primeiro filho eu tinha 21 anos, em 1963. Meu filho as dificuldades eram muito grandes, as crianças nasciam em casa, só com uma assistente (parteira), e os dois: o pai e a mãe. Finada Dona de João Roque era uma parteira que ela assistia com a mulher, e fazia os trabalhos que os médicos faz hoje, só não de operação. Elas faziam o parto, tudo que necessitava àquela hora, elas faziam com muito amor e carinho e, sempre dava certo. Mas, aqui e acolá às vezes, uma mulher chegava a falecer, porque quando era uma coisa que aquela parteira não podia fazer, aí não tinha um socorro imediato, aí chegava a falecer, mas, foi variado esses casos. As graças de Deus sempre manifestavam no meio daquelas pessoas. Eu meu filho, tive 14 filhos, mas, nenhum em hospital, maternidade nenhuma, todos em casa. Graças a Deus deu tudo certo. (Trecho da entrevista com Dona Nilça).

Percebe-se que a busca do auxílio das parteiras nos momentos de partos eram recorrentes. Destacando-se as qualidades essenciais de uma boa parteira: amor, carinho nos cuidados as parturientes. Dona Nilça ressalta ainda, as habilidades profissionais das parteiras de sua confiança, destacando Dona de João Roque, que segundo ela: “assistia com a mulher, e fazia os trabalhos que os médicos faz hoje, só não de operação.” Nesse relato podemos vislumbrar ainda as marcas ideológicas da medicina oficial, que impõe progressivamente seus procedimentos terapêuticos técnicos de parto, como sendo os mais seguros e avançados.

Por outro lado, ao supor uma semelhança entre as habilidades de parto das parteiras e os procedimentos médicos atuais, a rezadeira Nilça mostra a valorização, podíamos supor que era compartilhada pelos membros da comunidade, dos procedimentos medicinais das parteiras. Convém sublinhar, que nas comunidades em estudo, atualmente, não existem mais parteiras, pois, algumas foram morrer em outros locais e outras já faleceram.

A rezadeira Nilça nos conta um relato dramático, onde a mesma estando grávida e, chegando o momento do parto, recorreu os trabalhos medicinais de sua sogra, a qual era parteira experiente. Ela nos conta:

Tive uma que nasceu antes do tempo... foi aborto de uma doença que eu tive: varcela. Aí cheguei a abortar a criança, tava com seis meses de grávida. E teve outra que eu já tava... já era de tempo, mas, aí eu lavando uma casa, levei uma queda, ela chegou a nascer viva, mas, morreu, só com um dia de nascida. Tava no tempo, eu já tava esperando. Aí a gente nessa época a...quando ia ganhar neném elas sempre procurava ajeitar, arrumar as coisas, pra quando ela tivesse de dieta não podia fazer as coisas, as crianças ainda eram meio pequenas, a gente...aí eu fui lavar essa casa, já tava meio perto, aí eu escurreguei e caí. A menina parece que abalou e adoeceu e a gente não foi o médico, não é?! Se tivesse ido tomar um remédio imediato podia ter curado não é?!Aí não é doença que a reza curava, não é?! (Trecho da entrevista com dona Nilça).

No relato acima, D. Nilça nos conta que teve outra gestação que estava no tempo normal de gravidez, quando por consequências decorrentes de uma queda que sofrera, aos nove meses de gestação, sofreu outro aborto, onde a criança nasceu muito debilitada, vindo a óbito um dia depois do seu nascimento. D. Nilça lamenta a falta de procedimentos médicos e remédios, os quais se existissem naquele momento de aflição, segundo ela, poderiam ter curado as sequelas da queda que sofrera, e, quem sabe, salvado o feto. Pois de acordo com ela, “aí não é doença que a reza curava”. Este relato expõe ainda, a visão da rezadeira sobre a doença, diferenciando doenças de reza e doenças de médicos, supondo a existência de doenças de médicos e doenças de rezadeiras. Sobre estes assuntos voltaremos ao longo deste trabalho.

Sem assistência médica nas comunidades de Serra Azul, Mearim I e II, e Jacarandá as rezadeiras continuaram ao longo das décadas de 80 e 90 desempenhando um papel importantíssimo junto à saúde das comunidades citadas. Pois, em primeiro lugar, o povo da cidade de Monsenhor Hipólito desde os primórdios da sua formação, ano início do século XX, era muito crente nos poderes mágicos de cura, ligados aos elementos naturais e sobrenaturais, manifestados pelos rituais de benzeções executados por algumas mulheres de fé, que se estabeleceram na região. De acordo com o estudo Bezerra (2007) as primeiras pessoas do sexo feminino que fizeram morada na região eram originárias de algumas regiões do Estado do Ceará. Em segundo lugar, as atenções médico-hospitalares nessa região eram muito incipientes até meados da década de 90, caminhando a passos lentos até os dias atuais.

Até o final da década de 1980, o trabalho dos farmacêuticos localizados na zona urbana deste município era o único apoio efetivo da população no setor de saúde. Assim, se a pessoa:

Ficasse doente ia pra Monsenhor Hipólito, tinha um tal de um Zezinho Bezerra. Sua mãe já deve ter te contado. Chega lá ele dizia: e aí o que é que tá sentindo? Se fosse criança dizia: ah tá com vomitação, tá diarreia, tá isso e isso...Pronto. Pois vou passar esse remédio aqui. Se desse pra levar a pessoa pra ele ver bem, se não desse pra levar, aí pai trazia o remédio e dava pra criança tomar. Se Deus concintisse que ia prestar, se não (...) ele não podia saber, porque não fez exame. Qualquer pessoa podia ir lá e trazer o remédio. (Trecho da entrevista com a rezadeira Lilda).

No trecho destacado acima, percebe-se que a religiosidade da rezadeira mina a todo o momento na sua fala, colocando a eficácia dos medicamentos orientados pelo farmacêutico sob julgo da vontade de Deus, pois de acordo com ela, os remédios eram receitados pelo

farmacêutico mais famoso da cidade sem nenhum exame prévio, que pudesse apontar os dados clínicos do paciente enfermo.

De 1970 a 1990, nas comunidades pesquisadas, a maior parte dos cuidados terapêuticos às doenças era realizada no ambiente da própria família, valendo-se de mezinhas caseiras, de base natural. O depoimento do Pastor Osmar, morador da localidade Mearim II, é esclarecedor dessa situação em que o meio natural servia de recurso medicinal mais eficaz na cura das enfermidades que atacavam as pessoas dos povoados aqui estudados.

Até a década de 1980, não existia muita assistência médica nessa região. Apesar, que no final da década de 1980 existia, um médico de quinze em quinze dias lá no Mearim I, no Colégio de Jono. Dr. Zenon de Moura Bezerra dava assistência lá. Às vezes passava era tempos sem médicos lá. A gente cuidava mesmo da saúde da nossa família era com ervas, raízes (...) produtos do mato mesmo, que a gente colhia perto de casa. Aí fazia banhos, chás...muitas vezes curava. Mas, se adoecesse muito mesmo tinha que levar pra Picos. (Trecho da entrevista com o Pastor Osmar).

O depoimento do Pastor Osmar nos propõe uma reflexão em volta da carência de cuidados médicos na região, ao mesmo tempo em que nos chama à atenção da importância dos recursos naturais como ervas, plantas e raízes, meios utilizados para o reestabelecimento do estado de saúde afetada pela ocasião da doença. Deve-se ressaltar ainda, que até a década de 1990 era comum nas comunidades estudadas utilizarem-se de excrementos de animais como: *fezes de vaca e urina de tatu* para tratamentos de determinadas enfermidades comuns na região até 1990, como por exemplo, o *Sarampo*.

Para o tratamento dessa enfermidade que se alastrou nas comunidades pesquisadas em princípios da década de 90, era utilizado como mecanismo de cura o *chá feito com fezes de vaca*, às vezes acrescentada de fragmentos de telhas de argila.

A esse respeito a rezadeira Nilça esclarece:

Naquele tempo, 80 e 90, não era como é agora não (...) eu me lembro que em 90 quando se abateu uma epidemia de Sarampo nessas regiões, as pessoas desesperadas com essa doença terrível-muita gente morreu, recorria a chás estranhos meu filhos (**risos**) (...)feitos com bosta, fezes de vaca, né? As pessoas às vezes misturavam as fezes de vaca com pedacinhos de teias, sabe? Era muito triste, não tinha a quem recorrer... Aí tinha que se virar né meu filho? Era o jeito ou então morria. Graças a Deus passou! (Trecho da entrevista com a rezadeira Nilça - *Grifo nosso*).

Assim, ao processo de tratamento pelas mezinhas com elementos de nossa flora aliam-se as propriedades da matéria de certos animais – carne, urina, excremento – animais

esses como a rã, a barata, a vaca, o sapo, o pinto, o rato, o gato, o tatu, o cão, e até mesmo a cobra. (SILVA, 1988).

Ainda sobre a epidemia do Sarampo, que recaiu sobre as comunidades de Serra Azul, Mearim I e Jacarandá na segunda metade do século XX, a rezadeira Nilça ressalta que tal moléstia levou a óbito muitas pessoas, outras sobreviveram à “catástrofe” instalada pela doença na região graças aos muitos “remédios exóticos”, como o chá de fezes de animais. O relato da rezadeira Nilça sugere inexistência falta de políticas de prevenção em saúde na região.

De acordo com esta senhora, a falta de cuidados médicos nessas regiões era gritante, só restando em muitos casos levar os doentes para a cidade de Picos-PI. Porém, tal locomoção era dificultada pela falta de transportes e pela falta de recursos financeiros para manter um doente na cidade de Picos. A esse respeito, o comentário de dona Nilça nos sugere muitas reflexões. Acompanhe:

Meu filho lá onde eu morava mesmo, pra um doente sair pra Picos tinha que vir..., se fosse complicado mesmo, vinha de rede. Numa rede almada nuns paus, com as pessoas carregando até no beijo dessa linha aqui (**BR 020**). Vinha mais pra essa linha aqui, porque lá (**BR 316**) arriscava não achar carro pra ir pra Picos, e aqui sempre encontrava. Mas, o sofrimento era terrível, chegavam até a morrer muitos...não tinha quantidade das pessoas que morreram a mingua, porque não tinha cumo procurar o médico. (Trecho da entrevista de dona Nilça – *Grifo nosso*).

Constata-se a partir de tal relato que em casos de doenças graves, as comunidades mais afastadas da cidade de Picos— onde residiam alguns médicos — os indivíduos tinham dificuldades de locomover seus doentes, pela debilidade dos transportes e estradas, por isso, era prática comum transportarem as pessoas doentes deitadas sobre redes. Nesse, caso dois homens se encarregavam de amarrarem a rede em duas pontes de árvores, em seguida colocavam ao ombro e seguiam viagem até alguns trechos da BR 020, onde pegavam carona até o Hospital Justino Luz, na cidade de Picos.

Salienta-se, que nesse contexto de aflição o ofício da rezadeira era de suma importância, pois além de auxiliarem no combate de muitas doenças comuns às crianças, como: *o quebranto, o vento caído e a mufina*. Além disso, serviam de “apoio espiritual” às pessoas enfermas pela epidemia de Sarampo. E mais, essas rezadeiras, muitas vezes, emprestavam suas experiências sobre a “medicina caseira”, orientando os moradores das suas comunidades a utilizarem os mais diversos elementos naturais, encontrados ao seu redor (matagais e roças de criatórios de animais).

Os relatos colhidos com as rezadeiras mostram que muitas vezes, o único recurso que dispunham para combater as doenças que os acometiam, era os “remédios do mato”, a base de ervas, raízes e/ou ainda os excrementos de origem animal. Assim,

Na falta até mesmo de pequenos recursos médicos - pois quase moravam e labutavam em zonas desprovidas de quaisquer meios – os matutos valiam-se não apenas de raízes, cascas e folhas de certas árvores e arbustos nossa prodigiosa flora, que dispõe, como todos sabem, dos mais variados elementos terapêuticos, apropriados ao combate de muitas moléstias, até mesmo de algumas que eram consideradas incuráveis; e na sua fé absoluta nas rezas benzeduras e garrafadas que os curandeiros preparavam e ministravam ao necessitados, mediante pequena remuneração em dinheiro, gêneros alimentícios ou outra qualquer compensação. (SILVA, 1988, p. 34)

Para Silva (1988, p.34) a meizinha, “do conhecimento de quase toda dona de casa, quando aplicada com acerto, consegue curas verdadeiramente milagrosas”. De acordo com o folclorista, essas indicações, pela larga experiência dos antigos, foram passando de gerações a gerações não apenas para curar o homem, mas, também, aos animais irracionais.

Entendemos que esses conhecimentos tradicionais, dos moradores mais remotos do Piauí, chegaram até nossos dias por meio do processo de transmissão oral, desencadeado cotidianamente por meio dos processos sociais dentro de uma cultura religiosa híbrida, o que favoreceu a sobrevivência de tais conhecimentos até os nossos dias. Portanto, “as rezas e garrafadas hoje são bastante conhecidas, até mesmo pelos que não são curandeiros ou médicos da roça”. (SILVA, 1988, p.34).

II CAPÍTULO

O UNIVERSO MÁGICO- RELIGIOSO DA CIDADE DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI

2.1 Benzeções em Monsenhor Hipólito-PI: perfil sociocultural e trajetória de vida das rezadeiras.

A benzeção é um fenômeno cultural que resistiu a todas as épocas do processo histórico brasileiro, persistindo até os nossos dias, apesar dos avanços da ciência médica. Essa prática mágica de cura continua fazendo parte do universo cultural do povo hipolitano, ainda que essa tenha passado por muitas mutações ao longo dos tempos. Tal permanência cultural é estimulada pelo trinômio: *fé, oração e cura*, dando sustentação a essa vivência religiosa no âmbito dessa população.

Com esse argumento, podemos refletir que a permanência de tal prática não pode ser explicada, pelo menos nesse contexto social, pela ausência de atenção médica, visto que, como já argumentamos no capítulo anterior, as comunidades analisadas nesse ensaio tem acesso aos cuidados da medicina alopática.

Nesse sentido, as comunidades de Serra azul, Mearim I e Jacarandá, têm a sua disposição profissionais médicos, que atendem semanalmente nos postos de saúde, dispostos nas comunidades de Mearim I e Serra Azul. Sendo que, a clientela de Jacarandá recebe os cuidados dos serviços médicos do “Posto de Saúde Serra Azul”. Esse espaço de saúde recebe visitas de profissionais médicos quatro dias da semana. Além disso, há uma enfermeira todos os dias da semana atendendo os serviços de saúde mais elementares da população, como curativos e aplicações de injeções. Essa profissional atua ainda na marcação de consultas médicas.

A partir desse pequeno esboço, percebemos que não há carência de assistência médica nessas comunidades, pelo menos ao “nível básico de saúde”. Portanto, o estudo da prática benzeção nos dias atuais, nos cobra uma visão mais abrangente ligada ao nível da cultura. Nesse sentido, D. Nilça esclarece:

Hoje com tanta coisa, posto de saúde, médicos, mas, mesmo assim eles procuram a gente. Muitos procuram, se der pra resolver só com a reza, tudo bem, se não vão no médico, ao posto de saúde, mas, não deixam de acreditar sempre na reza. (Trecho da entrevista de D. Nilça).

Neste fragmento a terapeuta argumenta que na sua comunidade as pessoas procuram tanto os serviços ofertados pelo PSF quanto às atividades de cura das rezadeiras, sem que nenhuma das duas terapêuticas anule a importância da outra. Com isso, ela explica: *“porque pra alguns casos a medicina é mais importante, e pra outros casos é a reza. Elas podem conviver uma com outra, dar pra viverem muito bem ou pode até se ajudarem”*.

Portanto, a rezadeira Nilça, assim como as outras senhoras entrevistadas, entende a benzeção como uma forma de cura complementar as práticas da medicina comunitarista, desenvolvida pelo PSF. Porém, para estas senhoras a benzeção não é menos importante que a “arte” médica de cura.

Nesta visão as duas artes de curas – a “popular” e a “oficial”, podem conviver juntas para melhor benefício da saúde da sociedade. Em outro trecho da entrevista D. Nilça é conclusiva e expõe: que mesmo com os diversos serviços de saúde alopáticos ofertados pelo município, a benzeção continua a gozar de muito prestígio junto aos usuários de saúde. Assim, ela explica:

Aumentou a procura da minha reza ao longo do tempo (**risos**). Eu acho que a pessoa quando ela fica numa idade, na terceira idade, ela usa as coisas de um jeito, é... Parece que o povo, é, fica mais crente com aquilo. A pessoa quando vai caindo na idade, a pessoa vai ficando mais humilde é... A força de vontade pro lado de Deus é mais, a força de vontade pro lado de servir é mais. (Trecho da entrevista de D. Nilça. **Grifo nosso**).

Esta senhora afirma que a velhice lhe trouxe maior credibilidade e crença das pessoas nos seus serviços de saúde. Isso é compreensível, pois:

Num grupo onde a educação está orientada para o *status*, no qual o respeito à tradição permanente é muito presente, é de esperar que a pessoa que ocupe esse lugar de saber, encarregado de transmitir um código social, deva ser alguém em que se possa ver, por meio das rugas no seu rosto, um representante desses valores. (QUINTANA, 1999, p. 54).

Portanto, mesmo que um sujeito aprenda na sua mais tenra infância o ofício da benzedura, o reconhecimento social por parte do seu grupo só ocorrerá quando estes terapeutas atingirem uma idade mais avançada que garanta, para o seu grupo, um saber mais apurado sobre a vida terrena e espiritual, que só o tempo é capaz de dar.

Em Monsenhor Hipólito são encontrados rezadeiras em todos os povoados do município. Só que, a maioria destas reside na zona rural desta urbe. Porém, na zona urbana do município também são encontradas rezadeiras, mas, em menor número, como já foi dito.

Essas terapeutas populares migraram do campo para a cidade por falta trabalho, secas que assolavam a região, por motivo de doença e/ou, em último caso, buscando uma melhor assistência médica e melhor acesso aos serviços básicos para a vida humana, como o acesso aos serviços de mercados alimentícios e aos sistemas bancários (para a retirada do pagamento de suas aposentadorias), já que a maior parte dessas mulheres já tem idade superior a sessenta anos.

Dentre as cinco rezadeiras pesquisadas em Monsenhor Hipólito-PI, algumas se destacam pelo tempo de experiência e vivência nesse fenômeno social que envolve oração e fé, realizando a prática da benzedura há mais de quarenta anos, como é o caso de Bernadete Maria da Costa, Maria Eunice Carvalho e Francelina. As demais apresentam de 20 a 40 anos de ofício.

Vamos conhecer um pouco das histórias de vida dessas Agentes Populares de Cura (APC)¹³:

- I. Maria Eunice Carvalho:** *“Nas minhas rezas uso apenas a minha fé em Deus, a experiência daquela tradição antiga, que eu arrumei desde criança e sigo essa tradição”.*



Foto 3- Rezadeira Maria Eunice Carvalho (2014)¹⁴
Fonte: Acervo de Itamar da Silva Lima

¹³ Neste estudo a sigla APC refere-se às Agentes Populares de Cura, neste caso as rezadeiras entrevistadas.

¹⁴ As fotografias apresentadas neste capítulo cumprem a tarefa de apresentar os sujeitos da pesquisa. Objetiva-se ainda mostrar as particularidades de alguns rituais de cura no próprio contexto de atuação das rezadeiras, ou seja, seus lares.

Maria Eunice Carvalho, conhecida pelo popularmente como D. Nilça, nasceu aos 12 de Agosto de 1941, no Retiro, município de Alagoinha do Piauí atualmente. Durante sua infância e adolescência viveu na zona rural deste município, onde ajudava seus pais na agricultura, cultivando feijão, mandioca e milho. Já em 11 de Dezembro de 1960, aos 19 anos de idade, casou-se com o jovem Joaquim José de Carvalho, com quem foi morar em uma casa simples na mesma região.

Dona Nilça, lembra que iniciou o ofício da benzeção aos 12 anos de idade, por incentivos da sua mãe, que também era benzedeira. Porém, ela relata que a maior parte de seu conhecimento das orações de cura não veio por meio da sua mãe, mas, por outras senhoras que também rezavam naquele contexto desprovido de assistência médica, ainda na década de 1950. D. Nilça recorda que admirava as senhoras mais velhas que benziavam as crianças ao seu redor e, como já vinha de uma tradição familiar de mulheres que benziavam, aos poucos foi aprendendo a arte da reza pra cura.

Nesse momento da entrevista D. Nilça se esforça para lembrar os nomes das suas “mestras da benzeção”, já falecidas. Então, ela relembra:

Eu aprendi com algumas pessoas, aquelas pessoas mais velhas, quase todas são falecidas. Com a... com a senhora que eu não lembro o nome dela, mais o apelido era “Rolinha”, eu aprendi com a Esmeralda, com uma senhora chamada Esmeralda, eu aprendi com outras... **(pausa na fala)** com a senhora Maria de Dona...(Trecho da entrevista com D. Nilça- *Grifo nosso*).

Na pesquisa com as cinco benzedeadas verificamos que a aprendizagem do ofício da benzeção não vem de uma única fonte, ou seja uma única mestra, com que possam aprender todas as rezas ou jaculatórias para cura ao mesmo tempo. Essa percepção nos leva a supor que a aprendizagem do ofício da benzeção é um processo lento e gradual, jamais acabado. Isto porque a benzeção, como qualquer outra prática cultural, está em constante renovação e transformação, fazendo com que estas terapeutas acrescentem novas rezas ou jaculatórias ao seu “acervo de benzimentos” ao longo do tempo.

Dona Nilça e seu esposo viveram na zona rural de Alagoinha do Piauí até 1992, ano em que vieram morar em Serra Azul, município de Monsenhor Hipólito-PI, buscando melhores condições de vida. Já que, onde moravam ficava muito afastado dos centros urbanos da microrregião. Dona Nilça nos conta que durante toda a sua morada no município de Retiro a renda da família era majoritariamente provinda da agricultura.

Porém, logo nos primeiros anos de matrimônio, o seu esposo a presenteou com uma máquina de costura, já que sabia a “arte de corte e costura”, que aprendera com a sua mãe ainda na infância. Desse modo, a renda da família pudera ser suplantada por meio do ofício de corte e costura de D. Nilça. Essa atividade rendera à família bons lucros, já que os serviços de D. Nilça eram vendidos a toda a comunidade de Retiro e região.

Nesse período era de costume as pessoas comprarem fazendas de panos¹⁵ para confeccionarem suas vestimentas, dessa forma o preço saía mais em conta, além disso, as roupas podiam ser feitas conforme seus gostos. Desta forma, o ofício de alfaiate foi importante para o sustento da família. A esse respeito, ela relembra de forma saudosa:

Eu comecei a costurar com a idade de uns quinze anos, eu tomei de conta de uma máquina. Com dezoito eu casei. A máquina que eu costurava era de minha mãe, que ficou lá na casa dela, aí meu marido comprou uma máquina vendendo os cerialzinho da roça que fazia, pra comprar a máquina, pra ajudar ele. Aí eu ajudava ele, graças a Deus, e ainda hoje eu me sinto muito orgulhosa com a minha profissão que se foi, mas, me serviu muito, muito mesmo. A gente naquela época trabalha demais, porque não tinha essas confecções de hoje tanto, os povo comprova era tecido pra fazer. Aí, as costureiras eram pouca e os trabalho era muito. (Trecho da entrevista com D. Nilça).

Nesse fragmento D. Nilça reconhece a importância do ofício de alfaiate para o mantimento da família. Além disso, expõe o esforço de seu marido para comprar a dita máquina, o que, para tanto, fez-se necessário que o mesmo vendesse todo o “*cerialzinho da roça*”, que colhera ao final de um ano de plantação.

Esta senhora teve seu primeiro filho no ano de 1963, quando já tinha 22 anos de idade. Tendo mais 13 filhos, dos quais dois vieram a óbito antes do nascimento por complicações na gravidez. Contudo, ela relata com orgulho: “*Eu, meu filho tive 14 filhos, mas, nenhum em hospital, maternidade nenhuma. Foram todos em casa. Graças a Deus deu tudo certo*”.

Entretanto, ela recorda que as dificuldades financeiras eram muitas, fazendo necessário que todos trabalhassem na agricultura, até mesmo os filhos menores. Em um trecho do seu depoimento esta senhora nos dá pistas do cotidiano da comunidade de Retiro, município de Alagoinha do Piauí, nas décadas de 1960,1970 e 1980.

¹⁵ No Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa fazenda de pano refere-se a um pedaço de pano (tecido de linho, algodão, lã etc).

A convivência, o dia-a-dia era muito bom meu filho. As pessoas viviam muito felizes, mesmo com tanta luta. As crianças deu dos sete anos acima iam pra roça mais os pais, a mãe ficava em casa cuidando daqueles afazeres de casa, e o pai ia pra roça com aquelas crianças que já trabalhavam. (Trecho da entrevista de dona Nilça).

Ela nos conta que depois de casada continuo a rezar nas pessoas da comunidade e também nos seus filhos. Segundo ela, seu marido não a impedia de desenvolver a prática da benzeção, mesmo que não recebesse remuneração pelo ofício da reza. *“Ele também acreditava no poder da reza”*, ela exclama.

Passados trinta anos de casados na região de Alagoinha, D. Nilça e seu esposo migraram com os filhos para o Povoado Serra Azul, Monsenhor Hipólito-PI, aonde compraram uma propriedade, que logo construíram uma casa, fixando morada em seguida. Nessa povoação D. Nilça e sua família empreenderiam a mesmas atividades econômicas de sua antiga morada, vivendo do cultivo agrícola e da renda gerada pela atividade de alfaiate de D. Nilça, que costurava nas horas vagas dos serviços domésticos e a noite, de forma ajudar no sustento da família.

Na comunidade Serra Azul esta senhora continuo desenvolvendo o ofício da benzeção, atividade que exerce até os dias atuais. Esta terapeuta não cobra pelos seus serviços, pois, tal atitude remeteria a um grande pecado perante o Deus Criador, diz dona Nilça. Segundo ela, *“as palavras que Deus deu não se compra nem se vende”*. Esta terapeuta salienta, ainda, que a prática da reza para a cura já ajudou muitas pessoas a se curarem de diversos males, e, isso lhe traz alegria. Quando indagada sob a importância do ofício da benzedura em sua vida, ela foi enfática ao dizer:

Eu acho que vale apenas rezar. Porque Jesus quando andou no mundo ele curava com muito orgulho, ele mostrou muitos exemplos, muitas curas. E a gente sempre acompanha, prestando atenção, né? É uma coisa muito importante. É uma coisa divina, porque foi uma coisa que Jesus fez antes de nós. É uma permissão de Deus. Me sinto bem, porque quando eu estou rezando eu estou conversando com Deus, pedindo a cura praquela pessoa. (Trecho da entrevista da rezadeira Nilça).

Nesse trecho percebe-se que D. Nilça entende essa prática como uma “missão divina”, pois, *“se Deus deu esse dom é pra usar pra fazer o bem às pessoas que precisarem de força na hora da doença.”* Para D. Nilça o ofício da benzedura tem uma permissão de Deus para acontecer, já que *“Jesus fez estes atos de cura antes de nós”*.

Atualmente D. Nilça vive sozinha, visto que seu esposo falecera no ano de 2006 e seus filhos alguns moram em São Paulo e outros residem no município de Monsenhor Hipólito-PI, porém, todos são casados. Três de seus filhos são seus vizinhos, visitando-a quase que diariamente.

II. Bernadete Maria da Costa: *“Fico feliz pela cura dos outros, por sarar o sofrimento dos doentes. Rezar me deixa bem”.*



Foto 3- Rezadeira Beta na sala de sua casa (2014)
Acervo: Particular do pesquisador

Bernadete Maria da Costa, conhecida popularmente como D. Beta, nasceu no Povoado Galhofa, município de Monsenhor Hipólito-PI, aos 19 de fevereiro de 1948. Na sua infância ajudava os pais na atividade agrícola. D. Beta relembra que seus pais mantinham propriedades no Povoado Galhofa e Mearim I. Isto porque no inverno podiam cultivar o feijão e a mandioca nas propriedades de Mearim e, no verão, períodos tipicamente secos, voltavam as suas atividades para a produção de milho, feijão, melancia e abóbora nas terras do povoado Galhofa, onde residiam. Pois, estas últimas propriedades estavam localizadas nas margens do Rio Riachão, rio que corta a dita cidade, e nos períodos de secas bruscas ou ainda no verão abastecia as comunidades ribeirinhas, como Galhofa. Além disso, nos períodos de secas, como é o caso do verão, o Rio Riachão fornecia terras férteis para o cultivo de diversas lavouras como o milho e várias hortaliças, como o coentro, a cebola e o tomate.

Esta senhora relata que aprendeu a rezar pela cura aos sete anos de idade, por incentivo e ensinamentos da sua mãe, a qual era uma “rezadeira completa”.¹⁶ Ela conta que via sua mãe rezar nas crianças e adultos, e, ao ver os resultados bem sucedidos, com as pessoas se curando, isso lhe deixava maravilhada.

Aprendi porque eu via minha mãe rezar nos outros e se curava, aí eu tinha a vontade também de rezar nos outros e curar. Aí eu rezava também e curava também. Achava bonito, eles diziam: eu tou bem mior; outras vezes dizia eu tou boinha, aí eu ficava feliz. Tive vontade e aprendi, sete anos eu aprendi.. Fiquei mais veinha aí é que fui mais continuando (...). As pessoas chegava e dizia: ai sua mãe não tá aqui reze, aí por aí ia. (Trecho da entrevista de D. Beta).

O encantamento inicial pelo ritual da benzedura é um elemento comum no processo de aprendizagem das cinco benzedoras pesquisadas. Ambas relatam que a força que as mobilizou inicialmente a aprender a “arte de curar pela reza” foi uma forte admiração que sentiam ao verem suas mães ou vizinhas próximas efetuarem os rituais da benzedura. Pois, desejavam profissionalizar-se em tal prática e poder curar as pessoas.

Ainda em relação à aprendizagem do ofício da benzedura Alberto M. Quintana em seu estudo intitulado a *“A Ciência da Benzedura: mau olhado, simpatias e uma pintada de psicanálise”*, esclarece que a aprendizagem da benzedura em geral é resultante de dois “processos” principais: imitativo e o sobrenatural. Esta última forma de aprendizagem está relacionada a algum acontecimento forte na vida benzedora ou ainda ocorre através de um sonho, onde é revelado muitos conhecimentos de rezas e ensalmos às rezadeiras. Porém, nos casos abordados neste estudo, são encontramos apenas referencias ao processo de aprendizagem imitativo.

Logo,

Essa aprendizagem está normalmente associada à presença de um mestre, que via de regra é uma figura da família praticante da benzedura. Mesmo que por intermédio de um mestre, essa aprendizagem continua ainda a ser assistemática, pois se inicia como uma brincadeira na qual a criança imita o proceder de um adulto benzedor. Em nenhum momento se coloca uma situação em que o adulto ensina à criança. É sempre esta que procurou observar o mais velho e repetir, como brincadeira, os mesmos procedimentos. Gradualmente, a brincadeira vai se transformando num processo eficaz, reconhecido no meio familiar, dado que o interesse da criança estaria revelando a existência de um *dom*. Contudo, ainda que esse

¹⁶ Rezadeira completa é a denominação dada àquelas senhoras que rezam pra cura de diversos males, sendo espécies de “clínicos gerais”.

reconhecimento familiar se dê numa idade precoce, o reconhecimento social só ocorrerá numa idade já avançada. (QUINTANA, 1999, p.54).

Percebe-se que o processo de aprendizagem do ofício da benzedura ocorre de forma assistemática, ou seja, não obedece regras ou metodologias de ensino. Pelo contrário, essa aprendizagem, na maioria dos casos, ocorre de forma lúdica, onde a criança começa a imitar a mãe ou algum parente próximo que exerce a benzedura. Portanto, é algo que parte da própria criança, que desde cedo começa a manifestar tal dom.

Assim, aos 13 anos de idade, dona Beta já havia se tornado uma eximia benzedeira, rezando pra cura de diversas doenças no seu ciclo comunitário. As benzedeiros entrevistadas nessa pesquisa são conclusivas ao afirmar a benzedura como a manifestação de um dom em suas vidas. Assim, ao longo dos depoimentos as benzedeiros esforçam-se em dizer que são pessoas virtuosas, agraciadas com o “**dom de cura**”¹⁷. Desta forma, “quando indagamos a uma benzedeira como começou a benzer, ela vai nos contar uma longa e detalhada história, onde mescla fatos reais com mitos, para explicar que é possuidora de um dom”. (OLIVEIRA, 1985, p.33). O dom pode ser pensado em termos da facilidade de memorização e eficácia de suas orações. Nessa perspectiva, dona Beta salienta:

Aprendi muitas rezas pra cura ainda quando era pequeninha e, nunca esqueci nenhuma. Às vezes a gente esquece alguma, mas, depois recorda. Quando eu era mais nova eu tinha muita facilidade em aprender, era só ouvir e ver minha mãe ou outra rezadeira fazer a cura que eu ia e aprendia. É um dom mesmo! (Trecho da entrevista de dona Beta).

Esta terapeuta popular afirma ser possuidora de um dom que despertou logo na infância. Desta forma, a rezadeira acredita ser portadora de uma “missão divina”, que visa ajudar as pessoas na cura de suas endemias. Logo veem suas atividades como uma continuação das obras de curas de Deus quando da sua passagem na terra. Neste sentido, ela justifica seu ofício terapêutico:

Jesus quando andou no mundo ele curava com muito orgulho, ele mostrou muito exemplos, muitas curas. E a gente sempre acompanha, prestando atenção, né?! É uma coisa muito importante. É uma coisa divina, porque foi uma coisa que Jesus fez antes de nós. É uma permissão de Deus. (Trecho da entrevista com dona Beta).

¹⁷ Durante este estudo usamos algumas expressões em negrito ou itálico com intuito de chamar à atenção de caros leitores para alguns conceitos centrais no estudo das benzeduras.

D. Beta contraiu matrimônio aos 14 anos de idade com o senhor Anselmo de Sousa, com quem teve três filhos. Logo, Beta viria a morar no povoado Ribeira, município de Alagoinha-PI, onde o seu esposo tinha propriedades às margens do Rio Lagoinha, nome que batiza a cidade. Nas terras úmidas da Ribeira D. Beta e seu esposo plantavam além do milho, fumo e algodão. Sendo que esses dois últimos produtos lhe garantiam renda no verão e no período das grandes estiagens, visto que esses produtos eram plantados nas terras úmidas, próximas as vazantes do Rio Lagoinha. A produção de algodão e fumo era vendida nas feiras públicas das cidades de Alagoinha e Monsenhor e Hipólito e, ainda, era vendida aos comerciantes das localidades onde residiam.

Neste encaminhamento, D. Beta acrescenta:

“Plantávamos algodão, vendemos e fiávamos algodão, para fazer rede. Era um sofrimento maior do mundo. Nois tirava todos os carocinho, batia com as frechas para as mulheres fiar nos fusos. Sua vó sabe, fiou muito.” (Trecho da entrevista com D. Beta).

Como Dona Beta recebera algumas propriedades de herança de seus pais no Povoado Mearim I, mais uma vez Dona Beta era obrigada a manter uma jornada dupla de trabalho, transitando da Ribeira para a comunidade de Mearim I, onde desenvolviam plantações de feijão e mandioca nos períodos de inverno. D. Beta teve seus dois filhos na Ribeira, ambos os processos de “partos foram caseiros”, sendo amparada apenas pela experiência de rezas e remédios naturais de sua sogra, conhecida popularmente como dona Bila, a qual, segundo D. Beta, exercia com maestria os desígnios de uma boa parteira. Em princípios da década de 1970 D. Beta veio a fixar morada no povoado Mearim I. Nessa nova etapa de vida D. Beta e seu esposo passaram a cultivar também o caju, produto que se extraia a castanha, que era vendido para comerciantes locais, como o senhor Lourivaldo Cituba, atualmente residente no povoado Jacarandá.

Em Mearim a família de D. Beta encontrava dificuldades para colocar os filhos para estudar, visto que ainda até década de 80 inexistiam escolas nessa região, havendo apenas professores particulares, como à senhora Fátima Rocha e a senhora Genildes. Assim, os dois filhos de D. Beta pouco estudaram, pois, a condição econômica não favorecia a contratação de professores para particulares. Já no ano de 2000 D. Beta migrou para o Povoado Serra Azul, buscando melhores de transporte e fornecimento de água, já que em Mearim I a família de D. Beta sofria muito com a falta de água. Portanto, seu Anselmo era obrigado a ir a distancias longínquas em busca dessa fonte de vida. A esse respeito D. Beta narra:

Era mata pra todo lado, nem estrada tinha. Ia buscar água no Ritiro, na época município de Pio IX, hoje território de Alagoinha. Ia buscar água no jumentinho com anca, as carguinha d'água. Era o sofrimento maior do mundo meu filho. (Trecho da entrevista de D. Beta).

Passados dez anos, por volta de 2010, retornaram a localidade Mearim I, onde compraram outro terreno, logo construindo nova moradia, onde vivem até hoje. Em Mearim I, D. Beta continua a atender as pessoas que a procuram em busca da cura pela reza. D. Beta diz ter muito orgulho em poder ajudar as pessoas pela reza. Segundo ela, Benzer é uma forma de retribuir o dom que Deus a concedeu. Perguntada sobre o significado da benzedura em sua vida D. Beta foi enfática ao dizer:

Acho bom rezar. Porque quando vem uma criança morrendo com dor de barriga, que quando a gente reza fica boa, a criança fica boa, deixa a gente feliz. Fazer uma criança feliz pra eu bom, eu fico feliz. Fico feliz pela cura dos outros, sarar o sofrimento dos outros doente...(trecho da entrevista de D. Beta)

Percebemos ao longo desta pesquisa que a prática da benzeção tem um sentido muito peculiar entre as cinco benzedeadas abordadas nesse estudo. Para elas benzer é antes de tudo um gesto de caridade e solidariedade, valores apregoados pela Religião Católica. Isso é compreensível, pois, todas foram unânimes em afirmarem-se como sendo praticantes do cristianismo. Entretanto, vale lembrar, que essas benzedeadas mantêm uma relação intimista e imediata com as forças sagradas, como os santos, caracterizando uma prática religiosa popular, voltada para resolver os problemas cotidianos, como a doença. E a benzedura se insere dentro dessa religiosidade popular, de cunho híbrido. Porém, ambas as benzedeadas estudadas aqui tem certa aversão às crenças e rituais típicos das religiões africanas, como o Candomblé e a Umbanda.

D. Beta atende diariamente na sua casa todas as pessoas que solicitam os seus serviços. De acordo, com esta terapeuta, vem gente da comunidade Mearim I e de outras regiões próximas em busca da cura pelo ritual da benzedura. Segundo, D. Beta sua clientela é bem diversa, vindo pessoas de todas as classes sociais em busca do seu auxílio espiritual. Porém, ela não cobra pelas sessões de cura.

Vem pessoa de todo jeito, pessoa pobre, rica, como Amélia de Lourivaldo. Essa semana mesmo veio três vezes, com o carro cheio de gente. Vem todo mundo, tem história não... Criança mesmo eu rezo diariamente. Tem gente rica que acredita mesmo como os pobres, é do mesmo jeito. Tem gente que

diz logo: Onde é Beta e Lilda? (**sua filha**) Elas só basta sentar a mão que eu fico bom. O povo acredita que a gente sabe... (Trecho da entrevista de D. Beta- Grifo nosso).

D. Beta é uma “benzedeira completa”, benzendo para diversos males, como: *Izipa, dor de barriga, dor de dente, dor de cabeça, desmintidura, ramo nos olhos, dor de garganta, dor de ventrusidade* e outras. Benzedeiras como D. Beta, que rezam para cura de inúmeras endemias, são *espécies de clínicos gerais*, dispondo de um rico acervo de rezas e jaculatórias usadas no momento do ritual da benzedura. Este status só pode ser conseguido numa idade mais avançada, já que a “formação de uma benzedeira”, ou seja, a aprendizagem das rezas acontece ao longo da vida da benzedeira. Além disso, é na velhice que a benzedeira conhece o ápice de seu ofício, visto que, a comunidade nela crer como mais fervor. As benzedeiras entrevistadas neste ensaio afirmam ter aprendido o ofício da benzedura com mulheres mais velhas da família, como a mãe, a avó e a sogra. Assim, essas mulheres de reza:

Às vezes recebem o dom de pessoas de sua família, como de uma avó, de uma tia; outras vezes, quando possui característica de bondade ou de habilidade para ajudar as pessoas e isso é identificado por outra pessoa como sendo um dom, ou tem-se ainda todas essas situações combinadas de diversas maneiras entre si.
(OLIVEIRA, 1985, p.34)

Portanto, o ofício da benzedura é pra pessoas virtuosas, que possuem valores de bondade e solidariedade. Alguém que a sua comunidade reconheça como legítima intermediária entre o céu e a terra, entre Deus e os homens. Portanto, a benzedeira “possui uma legitimidade que é dada pela classe social, onde ela se faz” (OLIVEIRA, 1985, p.100). Em todo caso, a benzedura enquanto prática social reflete os anseios, valores e crenças do povo hipolitano. Dessa forma, na prática da benzedura estão contidos muitos signos e símbolos da cultura de seu povo, uma cultura que mescla valores ensinados pelas instituições oficializadas, como a Igreja, mas, que no cotidiano de vida dessas comunidades tais ensinamentos são recriados e transformados, de forma alcançar as necessidades mais imediatas do dia-a-dia, como uma doença inesperada.

III. Francilina Maria de Jesus “*Minhas rezas curam do mesmo jeito das terapias dos médicos. Aqui nunca falta gente pra rezar*”.



Foto 4- Rezadeira Francilina (lado esquerdo) e uma cliente com uma criança de colo (2014)¹⁸
 Fonte: Acervo- Itamar da Silva Lima

Francilina Maria de Jesus, conhecida pela sua comunidade como dona Francilina, nasceu em Pedras, município de Alagoinha-PI¹⁹, aos dezenove de Maio de 1952. Filha de Maria Bila de Jesus e Cândido Elisbão da Costa. Com um ano de idade foi morar com sua família no Estado do Maranhão, permanecendo naquele estado por nove anos. Depois deste período, a jovem Francilina veio morar com a sua família na cidade de Canindé-CE, onde permaneceram por três anos. Passados esses anos, voltaram a residir na cidade de AlagoinhaPI. Dona Francilina recorda que durante a sua infância ajudava seus pais nos serviços agrícolas, cultivando feijão, fumo e algodão.

Dona Francilina lembra que aprendeu a rezar muito jovem, sendo que aos doze anos de idade já rezava fluentemente nas pessoas enfermas da cidade de Alagoinha. Isto porque, lembra ela, sua mãe era uma exímia rezadeira e, tinha muita vontade que ela aprendesse, pois, entendia que o ofício da cura pela reza era de grande proveito na vida da filha. Assim, sua mãe desprendera fortes estímulos para que a filha aprendesse a arte da cura. Desta forma, a mãe de dona Francilina sempre quando ia rezar nas pessoas da sua comunidade a chamava para que assistisse e ouvisse as rezas inseridas em cada ritual. Seu pai (Elisbão Cândido da

¹⁸ A foto mostra a rezadeira Francilina benzendo em uma criança de colo de quebranto e olhado na cozinha de sua casa, o que mostra que as rezadeiras pesquisadas não usam espaços específicos para a realização dos rituais de cura.

¹⁹ Vale ressaltar que na década de 1950 a cidade da Alagoinha era anexada ao município de PIO IX. Sua emancipação política e administrativa só se daria no ano de 1986.

Costa) também rezava e repassava desde a mais tenra infância alguns segredos da cura pela reza.

Aos dezesseis anos de idade, a jovem Francilina contraiu matrimônio com o jovem Francisco Dôra. Ela lembra que a cerimônia do seu casamento foi realizada na região de Baraúnas, município de PIO IX-PI, no dia três de Setembro de 1971. O fato de casar-se em outro município, explica-se pelo fato que as missas eram raras e, ela e seu noivo tinham pressa para casarem.

Ela recorda que breve a data do seu casamento veio a fixar moradia com seu esposo no Povoado Serra Azul, município de Monsenhor Hipólito-PI. De acordo com ela, quando chegaram ao Povoado Serra azul, em 1972, só havia três famílias residindo na dita povoação. Dona Francilina deu a luz a sete filhos.

No Povoado Serra azul, dona Francilina e seu continuaram extraindo os recursos de subsistência das atividades agrícolas. Nesta povoação a jovem casada continuou executando os desígnios da cura pela fé. Logo espalhando a sua fama por toda a região.

Dona Francilina nas três últimas décadas vem lutando contra um problema de saúde que afetou os movimentos das pernas, o que resultando numa paralisia dos membros inferiores. Mas, mesmo sentada em uma cadeira dona Francilina cuida dos afazeres de sua casa. Ela diz que é uma forma de dar sentido a sua vida. Esta senhora mostra se sentir feliz por vir gente de toda microrregião para rezar de diversos males. Sendo que, *“na minha casa não falta gente nenhum dia para rezar. Todo dia tem gente, graças a Deus”*, enfatiza dona Francilina com ares de alegria.

IV. Maria Lilda das Marcês: *“Nunca cobreí pela reza, rezo só por vontade. Me sinto feliz por rezar e ajudar as pessoas.”*



Foto 5- Rezadeira Maria Lilda das Mercês (2014)²⁰
 Fonte: Acervo Itamar da Silva Lima

Maria Lilda das Mercês, conhecida popularmente como dona Lilda, nasceu no Povoado Galhofa, município de Monsenhor Hipólito-PI, no ano de 1965. Durante sua infância e adolescência viveu na zona rural do município onde nascera, ajudando seus pais na agricultura. Ela viveu até os 14 anos de idade no Povoado Galhofa, por volta de 1979, quando seu pai decidiu morar no Povoado Mearim I, onde possuía uma porção de terra, recebido de herança. Ela conta que ao chegar em Mearim I encontrara uma paisagem natural ainda pouco explorada. Esta senhora descreve um pouco das apreensões que teve ao chegar neste local.

Acompanhe:

Quando eu vim morar em Mearim I, em 1979, aquilo era só chapada, não tinha zuada de nada não, era só chapada. Quando pai comprou a terra de Joaquim Amarim, era umas matas medonha, só chapada. Era só jurubeba. Já tinha uma casa velha de Taipa. (Trecho da entrevista de D. Lilda).

Segundo ela a vida naquele lugarejo foi difícil nos primeiros anos de morada, pois, o único trabalho que restava a todos era a atividade rural, onde cultivavam feijão, caju e mandioca. Ela relata que a única diversão que tinham era no período das “farinhadas” da família, onde as pessoas da comunidade se reuniam nas “casas de farinha” da região para a produção da fécula de goma e farinha. De acordo com ela, o trabalho com a produção da

²⁰ Foto tirada na varanda da casa de Dona Lilda, onde esta recebe os seus clientes para as rezas.

mandioca se misturava com a atividade de laser, pois, nas “rodas de mandioca” se divertiam nas conversas e brincadeiras. A noite era ainda mais divertido, onde as moças e rapazes conversavam e namoravam.

Esta rezadeira conta que aprendeu a rezar aos dez anos de idade, pois sempre observava as sessões de cura que sua mãe realizava, momento que ela assistia com atenção. Segundo, D. Lilda sua mãe sempre depois de cada sessão pedia que ela repetisse todas as orações e jaculatórias que a ouvira pronunciar. E assim, foi aprendendo, visto ver sua mãe diariamente executando os rituais de benzeção nas pessoas da comunidade. Ela conta que a partir dos dez anos de idade, sua mãe sempre direcionava alguns clientes para que ela iniciasse o ofício da cura pela reza. Assim, aprendeu a realizar a benzedura.

“Quando chegava pessoas pra rezar, mãe dizia: Reza Lilda eu estou ocupada. Ela sabe rezar. E até hoje eu rezo, nunca passou um dia sem eu rezar. Rezo de dia, rezo de noite, a hora que chegar gente eu rezo”. (Trecho da entrevista de D. Lilda).

Em Mearim I, D. Lilda vivera apenas dois anos com seus pais, pois, por volta de 1981, casara, permanecendo em matrimônio por dois anos, quando seu esposo veio a falecer. Nesse relacionamento ela deu a luz a dois filhos. Tempos depois D. Lilda casara novamente com um homem de pseudônimo “Melado”, com quem teve dois filhos. Durante esse tempo continuo morando em Mearim I, onde fixara morada, sobrevivendo da lavoura da roça. Assim, relata um pouco do cotidiano de trabalho agrícola, que desenvolvia junto ao marido. Observe o relato abaixo:

Eu trabalhava na roça, destocando, encoivarando, era limpando, era plantando. Isso tudo eu fiz. Cavei de enxada, não era de máquina que plantava não, ainda não tinha. Era uns cavando e outros plantando. Menino, quando eu pego imaginar o passado, hoje eu estou no céu. Mesmo grávida eu trabalha, até próximo o dia da criança nascer. Hoje em dia as mulher não faz mais nada, nem lavam roupas, ainda elas quer mais. Hoje é com máquina, não é mais em pedra escovando. Zivalda (**sua filha**) mesmo eu trabalhei o dia todo, logo no dia de ganhar. (Trecho da entrevista de D. Lilda – *Grifo Nosso*).

Em 2010 esta senhora e sua família vieram morar no povoado Serra azul, onde vive atualmente. Nesse novo endereço ela continuou a exercer a benzeção. De acordo com D. Lilda sua clientela é bem ampla, recebendo diariamente uma grande quantidade de pessoas para receber as bênçãos da reza. De acordo com as informações da benzedeira, vem gente de classes sociais para se benzerem. O que acentua a nossa percepção de que nas comunidades

pesquisadas há movimentos de hibridismos culturais, onde os diversos grupos se imbricam num compartilhar de experiências e crenças na cura pela reza.

V. Joana Maria da Silva Souza: *“Eu rezo aqui em crianças muito doentes nos braços das mães e quando eu rezo ficam boas, isso me dá alegria”.*



Foto 6- Rezadeira Joana Maria da Silva Sousa e o pesquisador Itamar Lima (2014)²¹
Fonte: Acervo particular do pesquisador

Joana Maria da Silva Sousa, conhecida popularmente como D. Joana, nasceu na cidade de Alagoinha-PI, aos quatorze de Janeiro de 1964. Depois de completado um ano do seu nascimento os pais de Joana mudaram-se para o Povoado Cabeça, município de Alagoinha, pois, tinham o sonho de ter uma terrinha onde pudessem plantar. Joana foi crescendo, sempre ajudando os pais na agricultura, onde cultivavam algodão e feijão. Ela recorda que faziam cercas de pedaços de madeiras, cortadas nas matas da região, substituindo os fios de arame. D. Joana não estudou, pois as condições econômicas da família eram precárias, por isso seus pais não podiam pagar os serviços dos poucos professores que existiam naquela região.

D. Joana aprendeu a benzer aos dez anos de idade, vendo a sua mãe benzer as crianças e os adultos que procuravam seus serviços. Com relação a sua inserção na prática da benzeção ela comenta:

Eu aprendi a rezar com minha mãe, ela sabia todo tipo de reza: quebrante, dor de barriga, dor de cabeça, mufina, izipa...Era rezadeira fina. E eu sempre observava ela rezar nas pessoas que procuravam ela pra rezar. Dai eu fui

²¹ A foto mostra dona Joana rezando sobre mim de quebrante, debaixo de um “pé de ranbizerro”, localizado no terreiro da cozinha de sua casa. Neste local dona Joana recebe e reza sobre os enfermos que lhes procuram.

aprendendo aos pouco. Ela sempre mim ensinava e dizia: olha fia aprenda porque isso é muito bom, você pode ajudar as outra pessoa, e Deus te recompensa. Aí eu mim teressei e aprendi graças a Deus. (Trecho da entrevista de D. Joana).

No ano de 1979 os pais de D. Joana migraram para o Povoado Serra Azul, em busca melhores dias, já que a vida no Povoado cabeça não andava nada fácil, devido à escassez de água, além das dificuldades de transporte, visto a região ficar geograficamente isolada dos centros urbanos da região. Um ano mais tarde, por volta da década de 1980, a jovem Joana, agora com dezesseis anos de idade, casou-se com o jovem Sérgio Brito com quem viria a ter quatro filhos, criando-se apenas dois. Ela conta que seu casamento foi arranjado por seus pais, como era de costume aos casamentos da época. D. Joana recorda que sofreu um pouco de pressão dos pais para casar e aceitar o noivo escolhido por eles.

Na época os casamentos eram indicados meu filho. Aí meus pais colocaram na cabeça que era pra mim casar com esse moço, porque ele era um moço bom, trabalhador, de boa família. Aí eles ajeitaram tudo, aí casei e vivo até hoje. (Informações cedidas por Dona Joana em Dezembro de 2013).

D. Joana depois do matrimônio continuo residindo na comunidade de Serra azul, construindo uma casa perto dos pais. D. Joana continuo desenvolvendo práticas agrícolas para sobreviver na sua nova formação familiar D. Joana lembra que começou a levar a sério o ofício da benzeção aos trinta anos, quando sua mãe já estava debilitada pela velhice. Nesse momento D. Joana começara a tomar os encargos da mãe, visto a sua insuficiência de saúde.

Ela dizia minha filha, eu já estou velha, doente, reze, você pode ajudar muitas pessoas. É bom... Eu sei que eu aprendi, e aqui é cheio de gente direto, homem, mulher, criança. E eu atendo todos, fico muito feliz quando rezo e as pessoas se curam. (Trecho da entrevista de D. Joana).

No ano de 2009, dona Joana e sua família mudou-se de residência, vindo a fixar moradia na mesma comunidade, porém, numa localização mais próxima dos postos de saúde e das vias de transporte que ligam a comunidade as cidades circunvizinhas, como Picos. D. Joana vive atualmente no Povoado Serra Azul, onde continua a desenvolver a prática da benzeção, recebendo clientes diariamente. Esta terapeuta destaca que não cobra por seus serviços, pois, assim o fizesse estaria insultando a Deus, quem segundo ela, concedera tal dom. *“Eu rezo, e vou rezar até quando Deus quiser. Não cobro nada, se Deus me ensinou a*

rezar, porque que eu vou cobrar? Cobro não. É uma obra de caridade, isso não é um produto que eu possa vender”, explica dona Joana.

Percebemos que a benzedeira Joana, assim como as outras quatro benzedei­ras pesquisadas, entende a benzeção como um dom divino, que não pode ser vendido e nem trocado. Para ela rezar pela cura das pessoas é fazer uma obra de caridade, é um meio de ajudar as pessoas.

2.2 As doenças, as rezas e os diagnósticos

Nesse subtópico analisamos as principais doenças curadas pelas rezadeiras desta pesquisa. Doenças essas que denominamos nesse trabalho como “*doenças de rezadeiras*”, designação que é muito repetida pelas rezadeiras entrevistadas.

Assim, as doenças de rezadeiras são aquelas, cuja interpretação e diagnóstico são definidos e elaborados pelas próprias rezadeiras. Conforme as observações realizadas em pesquisa, algumas das doenças curadas eram as seguintes: olhado; quebrante; vento caído ou vento virado; cobreiro, sol na cabeça entre outras. A maioria dessas endemias são abordadas pela literatura que versam sobre o tema (Oliveira, 1985, Souza, 1999; Quintana, 1999). A rezadeira Joana, do Povoado Serra Azul, argumentou com orgulho ser detentora de uma prática de cura que os médicos não sabem diagnosticar.

Meu filho essas doenças que nois reza médico nenhum cura não meu filho. Eles nem sabe o que isso. Por isso, que as pessoa às vezes fica só tomando remédios e fica cada vez pior; as vezes acaba morrendo e os médico não descobre o que é. Esse saber é um dom de Deus, não é nosso, nois só faz rezar e Deus é quem cura. Já tem doenças que não é com a gente é com eles lá. Então tem doença de médicos e doenças de rezadeiras. O quebrante mesmo só cura com reza, não tem remédio pra isso, tem? (Trecho da entrevista de D. Joana).

Tal visão é compartilhada por todas as rezadeiras vistas neste ensaio, sendo enfáticas ao dizer que as endemias que curam a medicina ainda não tem conhecimento sobre tais patologias. Por isso, somente elas poderiam debelar tais moléstias, como o *quebranto e o mau-olhado*. Portanto, “a rezadeira ao acumular muitas experiências profissionais passa a confrontar abertamente o seu saber com o do médico a respeito da cura do quebranto”.²²

²² Verificamos na literatura sobre a temática da benzeção que a denominação “quebranto” sofre variações pra “quebrante”, variado a terminologia (o ou e) de autor para autor. Porém, neste estudo, usamos a denominação “quebranto”, pois, assim as rezadeiras entrevistadas o chamam.

(OLIVEIRA, 1985, p. 42). Ainda com relação ao quebranto o pároco da cidade de Monsenhor Hipólito, Miguel Feitosa, comenta:

Todo problema de saúde ele é também um problema de reza, e precisa de oração, porque nós precisamos rezar pra abençoar as mãos de um médico no momento de uma cirurgia; nós precisamos rezar pra aquele médico acerte no remédio certo. E também acredito nesses problemas mais simples, como o quebranto de criança, que é um dos fatores que mais que a gente procura as rezadeiras, os rezadores, né? Eu acredito que tem algumas enfermidades menores, que só a oração possa restituir a saúde. (Trecho da entrevista com o Pe. Miguel Feitosa, em 28 de Dezembro de 2013)

Na ocasião da entrevista com o sacerdote percebemos que ele, enquanto representante da Igreja Católica na cidade, não só autoriza tais práticas, como crer na eficácia da benzedura, principalmente, quando usada para combater “problemas mais simples”, como o quebrante. Na sua visão estas terapeutas fazem parte de algo maior que é o universo do catolicismo popular, de crenças e práticas híbridas. Na sua concepção existe o dom de cura e essas senhoras teriam recebido essa habilidade curativa de Deus, servindo de intercessores de Deus na terra, de forma a curar os males que abatem sobre o homem. Assim, o referido religioso, frisa no elemento indispensável para a cura pela reza: a fé.

Mas, uma vez eu focar no poder que tem a nossa fé e a nossa mente, de buscar coisas positivas, coisas boas. Eu acredito na fórmula da oração o que vem centralizar é a pessoa da Trindade Santa: pai, filho e espírito santo. Porque nós apenas somos apenas intercessores uns dos outros, como os santos são intercessores diante de Deus, mas, quem nos cura, quem nos salva é Jesus Cristo. Então, a fé vai mover o próprio Jesus Cristo a vir curar aquele enfermo, aquele doente. Não importa as palavras, o que importa é a intenção, a boa vontade e a fé que essas pessoas envolvidas nesses rituais tem. Qualquer pessoa pode curar, mas, nem todos vai desenvolver esse dom. Lá Eclesiástico vai dizer: são muitos os dons. Já pensou se nós soubéssemos só rezar de quebrante, onde ia ficar os outros problemas de saúde. Deus dá um dom a cada um. “Elas tem esse dom dado por Deus”. (Trecho da entrevista do Pe. Miguel Feitosa).

Ver-se que o Pe. Miguel Feitosa concebe a existência de muitos dons no ser humano, e a benzeção seria mais um em meio de cura tantos outros. Esse pensamento supõe haver “especialidades de cura pela reza”, pois, “já pensou se nós soubéssemos só rezar de quebrante, onde ia ficar os outros problemas de saúde”, comenta o Padre. O religioso acredita que a graça da cura só é possível graças à existência de dois elementos envolvidos no ritual: a solidariedade e a fé da pessoa que reza.



Foto 7- Pe. Miguel Feitosa (2014)²³
 Fonte: Acervo particular do pesquisador

Já a visão das Igrejas Evangélicas com relação à prática de benzedura é que tais ações curativas não são aceitáveis diante de Deus. A este respeito entrevistamos o Sr. Osmar Tomás da Costa, Pastor da Igreja Evangélica Quadrangular do Brasil, no Pov. Mearim II. O Pastor Osmar Costa vê a terapêutica das rezadeiras como profanas, uma vez que usa de “elementos mundanos” nos rituais, como por exemplo, os ramos verdes. Outra contestação é com relação às rezas e ensalmos executados nos rituais. De acordo com o Pastor Osmar Costa, essas rezas não são permitidas por Deus, uma vez que se baseiam em “fórmulas repetidas”, ou seja, suas rezas não mudam de um ritual para outro. Além disso, ele analisa de forma negativa, a “atitude criativa” das rezadeiras diante das rezas, no movimento de incorporar novas falas e elementos simbólicos, como o galhinho de árvore, aos rituais.

²³ A foto mostra o Pe. Miguel Feitosa no interior de “sua casa”, na cidade de Mons. Hipólito-PI.



Foto 8- Pastor Osmar na sala de sua casa (2014)²⁴
 Fonte: Acervo- Itamar da Silva Lima

Em resumo, as Igrejas Evangélicas veem os rituais de cura das rezadeiras como práticas profanas, uma vez que usam de idolatrias, como por exemplo, a devoção aos santos. Para o Pastor Osmar, a forma dos rituais e os elementos inseridos nestes, são apenas representações mudanas e pecadoras. Pois, segundo ele, só devemos a adorar ao Deus Criador.

Em todo caso, ao diagnosticar uma determinada doença, as rezadeiras tratam o mal de forma harmonizar o corpo e a mente, pois, entendem a doença como uma desordem física e espiritual, causada por forças externas com um mau-olhado. Enquanto os profissionais biomédicos fazem uma distinção entre corpo e mente. Então, durante os rituais de cura eram percebidas características do corpo e do espírito, de forma interligada. Portanto, as rezadeiras nos seus rituais, tentam harmonizar as duas esferas – corpo e espírito – igualmente afetadas pela doença. Para perceber tal indissociação, acompanhe um trecho da reza de dona Lilda para mau-olhado:

(...) Com dois te butaram, com três Jesus tira, com as palavras de Deus, o Espírito Santo e a Virgem Maria. Fulano, se tu tiver mau olhado nos seus cabelos, se butaram no seu tamanho, se butaram na tua sabedoria, na sua beleza...no seu trabalho, na sua riqueza, na sua saúde, na sua alegria, no seu progresso (...). (Trecho da entrevista com a rezadeira Joana).

²⁴ A foto mostra o Pr. Osmar na sala de sua casa com uma Bíblia na mão ao passo que me mostra passagens no livro santo que renega, segundo ele, as práticas de cura desenvolvidas pelas rezadeiras em seus rituais.

Observa-se nitidamente que a terapeuta Joana na sua reza tenta harmonizar os desequilíbrios do corpo e do espírito. Diante desse aspecto da reza D. Nilça explica: “*A reza serve pro corpo todo: corpo e alma, onde o mal tiver a reza cura. Porque tem coisa que não tá no físico, mas, no espírito meu filho. Por isso, que os médico(sic) não cura.*”

Portanto, as rezadeiras enxergam o corpo na sua totalidade, o que geralmente não acontece com a prática biomédica. Pois, como afirma Helman (2003, p. 109), a medicina se pauta pela dualidade entre mente-corpo e pelo reducionismo. Tal visão é consequência de um processo de formação biomédica pautado por um conhecimento positivista, racional e especializado. Favorecendo uma visão da doença que fragmenta o corpo humano, fazendo com que os profissionais médicos tratem apenas das partes afetadas pelo mal orgânico, em sua área de formação acadêmica.

Vamos conhecer as “características clínicas” de algumas “doenças de rezadeiras” observadas nas nossas pesquisas de campo. Lembramos ao amigo leitor, que as descrições das doenças foram elaboradas a partir das informações das rezadeiras.

2.3 Olhado

É uma doença que vai debilitando o indivíduo, aos poucos, até levá-lo à morte, se a pessoa não procurar alguém que reze. De acordo com a concepção de saúde e doença das rezadeiras, o olhado só é curado através de rezas, portanto, enfatizam que o médico não pode ajudar a solucionar esse mal. É proveniente de um fascínio (admiração) que uma determinada pessoa tem sobre qualquer aspecto do ser humano: beleza, forma física e corporal, inteligência etc., ou em qualquer outro aspecto, seja físico ou espiritual, tanto em seres humanos como animais.

Em pesquisa realizada na região do Baixo Amazonas, Maués (1997, p. 34) encontrou a seguinte definição para o que venha a ser o mau-olhado: “É provocado pelo fincamento de olho” por seres humanos que têm „mau-olho“, podendo atingir pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade, bem como plantas e animais”. Os sintomas, geralmente são: *falência* (indisposição), sonolência, *abrição de boca*, inapetência, esmorecimento. De acordo com Cascudo (1978, p. 73), o quadro poderá se agravar e pode levar o doente a definhar aos poucos até a morte.

Alguns sinais percebidos pelas rezadeiras durante a reza indicam se a pessoa estava com olhado e, se foi botado por uma mulher ou por um homem. Algumas rezadeiras ficavam sabendo que o cliente estava com olhado, porque durante a reza ou elas bocejavam ou erravam as orações. Caso, o erro ocorresse durante os Pais-nossos, o mal teria sido botado por uma pessoa do sexo masculino. No contrário, se o erro viesse a acontecer durante as Ave-Marias, à doença teria sido botada por uma mulher.

Assim explica a rezadeira Joana: *“A gente só diz se foi olhado de homem ou mulher. Agora, se a mãe ou o pai quiserem saber mais coisa, que botem a memória para funcionar”* (...). Na verdade, trata-se de uma questão ética. Isso porque a vítima do olhado pode tirar conclusões precipitadas e suspeitar da pessoa errada, podendo ocorrer desavenças.

O tratamento do olhado consiste basicamente no uso de reza específica, ramos verdes e os gestos em forma de cruzeiros sobre o cliente. Para a rezadeira retirar todo o mal será necessário repetir o ritual três vezes, cada um seguido de um Pai-nosso, uma Ave-maria e um Glória ao pai. Para tanto, é fundamental que o cliente realize o tratamento durante três dias. Há uma semelhança quanto ao tratamento e os sintomas entre o mau-olhado e o quebrante. Ambos são resultantes de um fascínio (admiração) que uma determinada pessoa sente em relação a qualquer aspecto do ser humano.

No entanto, as rezadeiras pesquisadas são unânimes em afirmar que há distinções entre as duas moléstias. A rezadeira dona Nilça salientou que o olhado é botado por qualquer pessoa que apenas olha, sem que tenha maldade; enquanto para causar o quebrante, o indivíduo além de olhar se admira de qualquer aspecto ligado à vítima. Por isso, a rezadeira Nilça adverte: *“A pessoa quando olha para uma criança e admirar, tem que dizer antes benza a Deus, que é pra não botar olhado”*. Essa expressão “benza Deus” é carregada de significados, funcionando como um antídoto contra aquilo que viria a ser uma espécie de feitiço por parte da pessoa que olha e admira.

As simbologias e as representações em torno do quebrante, pesquisadas por Maués (1997) vão encontro dos relatos verbalizados por D. Nilça. “O quebrante é causado pela „admiração” e resulta da formulação de elogios à beleza ou à saúde sem que os mesmos sejam acompanhados da fórmula „benza Deus””. (MAUÉS, 1997, p.34).

A rezadeira Francelina destaca que o quebrante só existe em criança. Porém, o olhado pode ser colocado em pessoas de qualquer idade. Ela esclarece ainda, que: *“O quebrante pode ser colocado até pelo o pai ou a mãe de uma criança, se não falar assim: fulano é tão bonitinho, Benza a Deus”*.



Foto 9- A rezadeira Lilda benzendo de olhado em uma criança de colo (2014)
 Fonte- Acervo particular do pesquisador

Na imagem acima dona Lilda aparece rezando de quebranto em uma criança de colo, enquanto a mãe a segura pelo braço, assistindo atentamente o ritual. Observa-se na imagem que D. Lilda segura em uma das mãos um galho de árvore pequeno, enquanto dois estão sobre a mesa. Isto porque, no ritual de cura do quebrante, mau-olhado e mufina, a rezadeira usa três galhos de árvores, geralmente colhidos em alguma planta do terreiro da casa ou mato próximo à casa da rezadeira.

Enquanto acompanhávamos os rituais de cura, no momento da pesquisa, verificamos que o número três é uma referência constante nas rezas e ensalmos expressos pelas rezadeiras. Por isso, a quantidade de “galhinhos” usados no ritual é sempre três. A recorrência ao *número três* nos rituais de cura, principalmente a do quebranto, de acordo com duas rezadeiras (dona Lilda, dona Nilça) está ligado às três pessoas da Santíssima Trindade: o Pai, o Filho e o Espírito Santo. Enquanto que as rezadeiras Beta e Joana explicam o uso do número três à Sagrada Família: Jesus, Maria e José. Já dona Francilina, explica o uso dos três galhinhos, fazendo analogias com a oração usada nos casos de quebranto. Assim, esta terapeuta explica:

Sempre uso os três elementos, galhinhos nas rezas: Porque na reza de quebranto diz assim: criatura de Deus, com dois te botaram, sinaliza para os dois olhos dizendo: porque é com os dois olhos que botam quebranto, com três eu te tiro, quebranto, olhado, mufina e vento caído. Na reza já diz essa palavra três. Reza com os três galhinhos, na reza já diz mesmo. Os três galhinhos pra superar os dois olhos. (**Risos**). (Trecho da entrevista de dona Francilina-Grifo *nosso*).

Os escritos do pesquisador Bethencourt (2004, p. 136) vão de encontro com os argumentos de dona Francilina, pois, para este estudioso, a referência ao número três simboliza a superação da rivalidade latente contida no número dois, exprimindo a síntese, a ordem espiritual em Deus, no Cosmo e no homem.

Portanto, a numerologia cumpre uma função importante dentro dos ritos das rezadeiras. Sendo assim, “Se os espaços estabelecem as condições de realização dos ritos mágicos, a simbologia do número estrutura e consagra grande parte dos ritos”. (BETHENCOURT, 2004, p.136).

Perguntadas sobre qual *tipo de ramo* é indicado para esta benzedura, elas foram unânimes em responder que serve ramos (pequenos galhos) de qualquer árvore, desde que seja verde. Pois, “*os ramos verdes tem vida meu filho, tem energia boa para levar as forças ruins*”, explica dona Nilça. Porém, ambas rezadeiras afirmam que os ramos de plantas de espinhos, como a Jurema-preta²⁵, são melhores para benzer. Pois, segundo elas, esses tipos de plantas absorvem mais o mal contido na pessoa doente.

“A preferência é sempre por raminhos que produzam um espinho, como o limão e a jurema preta. Usamos também o pinhão roxo²⁶ e a arruda²⁷, que são mais apropriados para a reza.”. (Trecho da entrevista com dona Nilça).

Quando questionada se estas plantas seriam possuidoras de algum poder mágico de cura, dona Nilça se mostra convicta na resposta:

“É porque na antiguidade sempre falavam que Nossa Senhora reservava essas plantinhas pra as pessoas curarem umas as outras. Parece que elas têm um mistério a mais, né? (**risos**)” (*Grifo nosso*. Entrevista de dona Nilça).

²⁵ Cientificamente conhecida por *Mimosa Hostilis*, É utilizada tradicionalmente para fins medicinais e religiosos. A casca de seu caule é usada para fins medicinais. E, a casca de sua raiz é a parte da planta usada nas cerimônias religiosas indígenas e africanas.

²⁶ Planta muito conhecida no Nordeste do Brasil, sendo amplamente conhecida por sua população. Esta planta é cientificamente conhecida como *Jatropha gossypifolia*. É bom lembrar que as propriedades curativas desta planta, sendo bom anti-inflamatório e cicatrizante, são reconhecidas pela OMS (Organização Mundial de Saúde. Porém, deve ser usada com cautela, pois possui uma toxina chamada toxalbumina.

²⁷ A popular arruda recebe a denominação científica *Ruta Graveolens L*. Esta planta revestida de misticismos - muito utilizada pela rezadeiras em seus rituais de cura – é comumente usada no Nordeste e, em Monsenhor Hipólito-PI não é diferente – para a proteção contra energias ruins. Ela pode ser encontrada nos quintais das casas. Pode ser encontrada ainda próxima à entrada das casas, geralmente acomodada em vasos. É curioso lembrar que esta planta já era usada na Idade Média no contexto da Europa. Inserida em rituais religiosos de cura, favorecia não só a cura, mas, também a purificação do ar, favorecendo a instauração do equilíbrio energético do espaço. No imaginário medievo a arruda era também utilizada contra feitiços maus agouros.

Portanto, no ritual de benzeduras as plantas servem de força de atração para as energias negativas retidas no indivíduo acometido pelo mau-olhado. Talvez seja por isso, que todas as vezes que a rezadeira termina a sessão de cura do quebrante, ela pega os três galhinhos e mostra para a mãe da criança, afirmando se a criança tinha ou não quebrante.

Assim, “*se a criança tiver com quebrante no final da reza os galhinhos murcham, se não elas ficam normais,*” explica dona Lilda. Portanto, observar o estado de conservação dos galhos ao final de cada sessão é a prova que a rezadeira lança mão para fazer o diagnóstico do estado de saúde da criança.

Ao analisar esse relato da rezadeira Lilda, lembrei-me do caso citado por Lévi Strauss em seu conhecido texto “*O feiticeiro e sua magia*” (1975). Nesse estudo, este autor fala em dos trechos na existência de um certo xamã chamado *Quesalid*, que de início não acreditava na cura xamanística, porém, sente-se intrigado com as façanhas dos xamãs conhecidos por ele. Então, ele decidiu adentrar em tal universo, com intuito de desvendar os mistérios mais profundos da cura mágica. Ele então, descobre que aqueles xamãs, que tanto admirava, não faziam mais do que “ilusões de cura”, usando truques mágicos. Quesalid passa então a confrontar os conhecimentos dos velhos xamãs. Passado um tempo, Quesalid decidiu fazer curas pela magia, assim como seus conterrâneos. Assim, ele viaja para outra aldeia vizinha, onde começa a fazer “*truques mágicos de cura*”, com os quais veio a obter muito sucesso junto aquela tribo.

Quesalid sabia que não fazia mais do que “falsas magias”, onde cortava a língua durante os momentos de transe dentro dos seus rituais e, em seguida expectorava para fora uma gosma toda ensanguentada, a qual dizia ser o mal que maltratava aquele doente. E assim, passou-se o tempo e Quesalid passou acreditar na sua própria magia, tornando-se um xamã renomado. Essa luz teórica nos ajuda a pensar os motivos que levam as rezadeiras à apresentarem os galhos murchos a seus clientes durante os seus rituais de cura. Esta atitude das rezadeiras sinaliza uma tentativa de construir as provas materiais, físicas da eficiência dos seus rituais mágicos, de forma a inculcar uma verdade no seu público.

Ambas as rezadeiras dizem usar o Rosário, caso estejam em alguma circunstância que falte plantas por perto, onde possam retirar pequenos galhos; Ou ainda “*em casos de crianças que tem um quebranto muito grande, que ficam com trauma aí a gente usa o rosário*”, explica dona Nilça.

Analisando os relatos de orações e ensalmos das rezadeiras, percebemos que elas utilizam-se bastante dos “mitos fundadores”, os quais, em sua maioria, remetem a passagem de Cristo e seus discípulos pela terra, onde faziam curas. Outro recurso muito usado pelas benzedoras estudadas são as analogias às estórias bíblicas. Estas últimas fornecem subsídios para as narrativas das orações ou ensalmos praticados no ritual de cura, onde entra a criatividade da terapeuta.

Durante a pesquisa de campo observamos que as rezadeiras, vistas neste estudo, mantêm em seus terreiros e quintais muitas plantas, que segundo elas, contém “essências curativas” como *a arruda, a erva-cidreira, o limão, o capim-santo, o pinhão roxo*. É nos seus quintais e terreiros que as rezadeiras encontram os galhos usados nas benzeções. Algumas dessas ervas também são indicadas pelas rezadeiras a seus clientes para fazerem chás, em caso de febres e gripes.

Nesse sentido, dona Francilina declara: *“Às vezes eu indico algum remédio caseiro, como algum chá de erva cidreira, coentro, capim-santo...São bons pra muitas coisas: gripes, febres...”*.

Com relação aos usos dos chás, é muito comum as rezadeiras receitarem alguns tipos de chás para seus clientes depois de benzerem. Os mais típicos são os chás para gripes, febres, problemas intestinais, enjoos e cólicas. Para gripes e resfriados elas receitam rotineiramente o chá de hortelã misturado ao mel; para problemas intestinais, enjoos e cólicas indicam o chá de boldo, endro e macela. Costumeiramente, as rezadeiras indicam ainda o chá de mastruz misturado ao leite para os casos de machucões, torcicolos e quebrasuras.

Em três ocasiões de entrevista à rezadeira Lilda chegaram mães e pais com filhos para que ela pudesse benzer de quebranto, vento-caído e dor de barriga. Na última entrevista, realizada no dia cinco de Julho de 2014, chegou um senhor, conhecido popularmente como “Neguinho de Eustáquio”, para que realizasse uma sessão de cura na sua filha, de aproximadamente três anos.



Figura 10- Rezadeira Lilda e o Sr. Neguinho com os seus filhos (2014)
Fonte: Acervo Itamar da Silva Lima

E, logo se dá o seguinte diálogo entre os dois: a rezadeira e o seu cliente.

Sr. Neguinho: _ Lilda vim pra rezar nessa criança que tá meio tristonha, não quer comer nada.

Benedeira Lilda: _ sente aí, eu acho que ela tá com quebrante. Já vou. Mas, vá logo torando (sic) três galhinhos ali no mato.

Este diálogo inicial com a sua clientela tem uma importância central dentro do ritual de cura, visto que processo terapêutico inicia-se já com a chegada do cliente que, solicita intervenção. Nesse momento inicial, a pessoa vai expor suas queixas e a benzedeira procurará conhecer suas perturbações. Não se trata, porém, simplesmente de um conhecimento da sintomática que está presente na situação inicial. Ela já está produzindo efeitos de ressignificação da doença.

Nesse primeiro encontro, a benzedeira não procura somente o conhecimento da queixa de seu cliente, ela procura também observar qual é o posicionamento do paciente em relação à terapêutica solicitada. Em alguns dos casos observados, essa aproximação se dá como uma conversa informal abordando temas que não fazem referência direta à queixa do paciente. Intercalados os assuntos gerais, é comum a benzedeira relatar casos de problemas similares aos apresentados pelos pacientes e que tiveram uma resolução positiva. A resolução positiva se torna mais enfática à medida que a incerteza do cliente em relação aos efeitos positivos da benzedura se apresenta com maior intensidade. (QUINTANA, 1999, 56-57).

Nesse momento, interrompemos a entrevista para que D. Lilda realizasse o ritual de cura; a rezadeira não tarda a pegar os galhinhos e, breve inicia a sessão de cura. Antes de começar o ritual esta terapeuta pergunta ao Sr. Neguinho o nome da criança. Terminado o ritual, dona Lilda afirma: “a criança estava com quebrante, pois, a mão pesou e os galhinhos

murcharam com a reza, mas, ela vai ficar boa. Se ela não ficar, venha amanhã de novo". O homem agradece e vai embora.



Foto 11- Rezadeira Lilda benzendo de quebranto (2014)
Acervo: Itamar da Silva Lima

Esta gravura mostra a rezadeira Lilda realizando um ritual de cura numa menina, de aparentemente dois anos, na calçada de sua casa. E do lado esquerdo, o pai esperava, sentado em uma cadeira, o ritual terminar. A criança fica bem a frente da terapeuta, enquanto ela sacode os galhos por cima do corpo da criança, fazendo movimentos cruzados, formando o aspecto de uma cruz. Os movimentos cruzados carregam uma simbologia muito forte dentro das benzeções, pois, *“simboliza a Cruz de Cristo”*, afirma dona Lilda. Portanto, tais gestos formam uma constante nas benzeções realizadas pelas rezadeiras estudadas neste ensaio.

Assim, *“poderíamos dizer que não existe benzedura em que a referência à cruz não esteja presente. Efetivamente, a cruz tem um espaço muito forte nessa terapêutica, uma espécie de apropriação da cruz cristã”*. (QUINTANA, 1999, p.180-181)

A gesticulatória das mãos das rezadeiras em forma de cruz pode indicar ainda a constituição de um *“cosmo harmônico”*, onde linhas de direções opostas se cruzam, criando-se ao mesmo tempo centralidade e marginalidade, composição e dissociação. Assim, o movimento de *“cruzar”* no ritual remete ao sentido de medida ou equilíbrio. O que é compreensível, já que todo o ritual de benzedura é marcado por essa busca de um equilíbrio perdido pela ocasião da doença. Assim, o centro da cruz marca o ponto das mais perfeita harmonia, onde tudo se recria e se regeira. Logo, a benzedura visa essa *“centralidade”*, onde as *“forças espirituais”*, caracterizadas pela polarização energia positiva/energia negativa, se

equilibram; marcando um processo de restabelecimento de um estado de saúde, perdido pela sintomologia da doença.

Quando questionei as rezadeiras se elas tinham um local apropriado para benzer, elas brevemente me disseram que rezavam em qualquer lugar, desde que houvesse silêncio, para não atrapalhar na reza, fazendo com que errem as orações. Nesse sentido, dona Beta argumenta: *“Não tem lugar especial pra rezar, rezo na varanda porque fica pra lá (indicando pra sala de chegada da casa-Grifo nosso). Pode rezar em qualquer lugar. Só tem que ter silêncio, né?”*. A esse respeito o Pe. Miguel Feitosa argumenta:

Eu acredito que para sermos ouvidos por Deus, nós precisamos do silêncio. Nós precisamos nos concentrar naquilo que vamos fazer. Então, se eu estou sozinho no terreiro, com uma pessoa, desde que esteja em silêncio, sem barulho, sem tá voltado a outras coisas, eu acredito que não tem lugar. Mas, é necessário que você possa ter um local aonde você vai se inspirar naquilo que você vai fazer. Então, se uma senhora tá mexendo uma panela, aí chega uma pessoa pra rezar, ela não tem condição de fazer as duas coisas juntas. Porque ela não vai se inspirar naquilo que estamos falando. Não tem lugar específico, mas, precisamos no silêncio pra encontrar a Deus. (Trecho da entrevista com o Pe. Miguel Feitosa).

Vemos neste trecho que o Pe. Miguel coloca o silêncio como condição necessária à realização do ritual, para que este seja bem sucedido. Não importando o local para buscar as graças da cura.

Nesta mesma questão, a rezadeira Nilça explicita um dado interessante: para ela o ritual pode ser feito em qualquer local, mas, *“se for dentro de casa, numa sala, é bom que seja perto da porta, que é pro mal sair direto pra fora, pro mundo, pra longe”*.

Desta maneira, as portas simbolizam a passagem entre dois estados e entre dois mundos. Essa asserção é comprovável na devoção das estrelas, feita frequentemente à porta da rua, ponto de passagem do interior para exterior, do mundo humano para o cósmico, do profano para o sagrado. (BETHENCOURT, 2004, p.134).

Esta terapeuta sinaliza ainda outro cuidado que deve ser levado em conta na realização do ritual: *“quando for rezar de quebranto, por exemplo, tem prestar atenção, se tem não gente no lado que você tá jogando os ramos, uma criança, por exemplo; porque se não o mal vai todo pra ela”*. Observamos que tal advertência se apresenta de forma constante nos relatos das rezadeiras; elas foram unânimes em afirmar tal cuidado.

Indaguei as rezadeiras qual dia e hora eram melhores pra benzer, elas foram unânimes em responder, que rezavam em qualquer dia e hora. Porém, ressaltaram que os

rituais realizados nas *sextas e segundas-feiras*, nesta ordem de importância, tinham melhores eficácias de cura. Essa:

Valorização de certos dias da semana não é alheia ao ciclo lunar e às sucessivas sobreposições da mitologia clássica e da cosmogonia cristã. Daí pensamos que a escolha da sexta-feira como um dia privilegiado para as práticas da magia não esteja desligada da simbologia de Vênus, deusa do amor, bem como com a simbologia do sexto e último dia da criação. (BETHENCOURT, 2004, p. 135).

A escolha da segunda-feira como subsidiária desses ritos mágicos, se torna mais difícil de explicar. Porém, de acordo, com dona Joana, esse dia da semana é particularmente especial, uma vez que simboliza o primeiro dia de trabalho. Ela ressalta ainda que esse dia é o dia da semana que almas estão soltas, portanto, elas passam energias positivas ajudando no processo de cura dos doentes, levando as doenças embora.

Quantos as melhores horas pra rezar, elas nos informaram que não tinham preferência de horas para realizar o ritual. Porém, advertem que só podem rezar até o pôr do sol. Esta recusa pode estar associada às ideias de luz e escuridão, onde o dia (sol) representa a luz e a noite significa a escuridão. Esta concepção das terapeutas pressupõe que a noite é caracterizada pelas trevas, desordens dominada por espíritos maus. Logo, não pode haver cura. Pelo contrário, elas alertam, “*a noite é dominada por toda coisa ruim meu filho: é a hora que fazem muitas feitiçarias, bruxarias*”. (Trecho do depoimento de dona Joana).

Percebemos nos relatos dessas mulheres o esforço de se distanciarem dos estereótipos de feiticeiras, quem, para elas, fazem o mal as pessoas por meio de feitiços. Assim, afirmam usarem os poderes das rezas só para ajudar as pessoas. Contudo, esta visão de bruxaria, como bem sabemos, faz parte de uma ideologia criada pela Igreja Católica, desde os tempos da Inquisição, para combater todas e quaisquer práticas consideradas hereges e/ou de feitiçarias. Estas senhoras falam em nome de sua religião (Católica), mesmo que não atuem somente no campo do sagrado. Pois, suas ações curativas estão perpassadas de elementos profanos, mesmo que estes sejam ressignificados nos rituais.

2.4 Vento caído ou vento virado

É uma doença específica de criança, e que está associada ao desarranjo intestinal e à desidratação. A criança adquire esta doença através de um susto, como por exemplo, acordar com alguém fazendo barulho. Neste momento, o bucho da criança vira e só fica curado,

depois de rezar três vezes. Alguns sintomas foram descritos pelas rezadeiras: a) vômito seguido de diarreia de cor esverdeada; b) o desaparecimento do **calanguinho** ou **risquinho**, localizado no pé da barriga da criança; c) e um pé maior que outro.



Foto 12- Rezadeira Lilda benzendo de vento caído uma criança da região de Serra Azul, que assiste curiosa os movimentos dela. Dona Lilda toca a barriga da criança com uma das mãos com gestos que parece dá formas a uma cruz. Enquanto faz tais gestos, esta rezadeira murmura a seguinte oração:

Fonte: Acervo- Itamar da Silva Lima

A imagem mostra a rezadeira Lilda benzendo de vento caído uma criança da região de Serra Azul, que assiste curiosa os movimentos dela. Dona Lilda toca a barriga da criança com uma das mãos com gestos que parece dá formas a uma cruz. Enquanto faz tais gestos, esta rezadeira murmura a seguinte oração:

Eu ia por uma ilha encontrei Nossa Senhora com três galinhos de ramo, perguntei do que se tira, ela me falou: de quebrante, com os poder de Deus... de quebranto, olhado e vento-caído, esses três mal será curado, com os poder de Deus e da Virgem Maria. (Trecho da entrevista de dona Lilda).

Ela repete essa oração por três vezes, rezando sempre um Pai-Nosso e uma Ave Maria ao final de cada oração. A rezadeira oferece sempre os Pai-nossos e as Ave-marias a Nossa Senhora. Ao chegar em casa, a mãe é orientada a retirar a camisa que a criança estava usando no momento do ritual e pendurá-la no meio de uma porta, de ponta cabeça por três dias. Ambas as rezadeiras são enfáticas ao dizer que pra cura dessa moléstia que se abate sobre a barriga da criança, só a reza cura. Concepção semelhante pode ser encontrada no relato de dona Miliana, usuária de saúde do Povoado Serra Azul, veja:

Olha minhas filhas quando estão com vento caído, dor de barriga, eu levo direto pras rezadeiras aqui perto, logo ficam boas, às vezes só com uma reza. Elas chegam lá só com uma espremedeira danada, dá é pena, mas, quando começa a rezar a gente já percebe a criança melhorar, ficar mais calma. Pra isso nem adianta levar as crianças pro médico. Eu nem levo, porque as vez que levei não melhorou nada, foi tempo e dinheiro perdido. (Trecho da entrevista de dona Miliana).

A denominação “espremedeira” é comumente usada pelas mães e rezadeiras para designar esse desconforto intestinal que acomete as crianças pequenas. Pois, como afirma a rezadeira Joana “*a criança fica só se espremendo de dor, com um aspecto de assustada*”.

Analisando o relato acima, percebemos que dona Miliana representa essa endemia com sendo apenas do domínio das rezadeiras. Por isso, nesses casos, ela orienta: “*Nem adianta levar as crianças pro médico*”. Essas argumentações de dona Miliana parecem querer comprovar a eficácia das benzeduras para tratar de diversas moléstias.



Foto 13- Dona Miliana e sua filha na sala de sua casa.

Fonte: Acervo de Itamar da Silva Lima

Na figura acima dona Miliana aparece sentada na varanda de sua casa, segurando sua filha no colo. Dona Miliana tem sete filhas e diz levar suas crianças cotidianamente para as rezadeiras benzerem-nas de diversos males. A fala dessa moradora do Povoado Serra Azul é muito significativa para se compreender a importância das terapêuticas mágicas no cotidiano de vida dos grupos aqui analisados. Analise o seguinte trecho:

Itamar você não sabe como é bom a gente sempre contar com essas rezadeiras não. As vez as crianças ficam doentes e nem eu nem meu esposo tem um tustão pra comprar remédios ou levar criança em médicos, tudo é

muito caro. Então, elas ajudam demais. Só muito grato a elas, foi Deus que colocou elas nas nossas vidas. Eu chego na casas delas, sempre me recebem, e logo rezam, nunca negaram. Tem muita validade a reza, só nós sabemos. (trecho da entrevista de dona Miliana).

Tal relato é emblemático, pois, transborda um pouco da relação que os moradores da comunidade mantêm com as rezadeiras, principalmente nas ocasiões de doença. Dona Milina tem sete filhas, e de acordo com ela, todas são levadas nas rezadeiras rotineiramente para tratarem de seus males. Segundo ela, seu marido sempre a pede para levar nas rezadeiras, pois, “*ele acredita também nas rezas das rezadeiras*”.

Esta senhora demonstra o sentimento de gratidão pelos serviços prestados pelas rezadeiras. Pois, segundo esta senhora, as terapeutas populares sempre a recebem bem e nunca negaram a rezar, mesmo não cobrando nada em troca, a não ser a boa amizade.

Porém, percebemos ao longo desta pesquisa que rotineiramente as pessoas assistidas pelas rezas sempre levam “presentes” de forma a gratificar as rezadeiras pelas bênçãos de cura alcançadas. É comum ainda, os clientes levarem produtos alimentícios, como porções de fécula de goma, farinha e feijão para gratificá-las.

A relação entre rezadeiras e clientes é ainda permeada, de *trocas simbólicas*, pois, como vimos, esta interação envolve as atitudes de dar e receber sentimentos correlacionados a uma boa amizade, regados por valores humanitários, como a solidariedade e generosidade.

2.5 Espinhela caída

A espinhela caída é uma doença que a pessoa adquire por esforço físico excessivo. Geralmente, aquelas mulheres que têm filhos de colo se queixam desse mal, outras por ter realizado alguma tarefa doméstica que exigiu esforço além do normal. Segundo algumas rezadeiras, na tentativa de objetivação deste tipo de doença, disseram que era um nervinho ou uma peinha, localizado no tórax, que se rompia quando o indivíduo fazia esforço físico em demasia. Outras atribuíram-na à fraqueza. Os sintomas mais comuns eram dores e ardências na região do peito, indisposição e esmorecimento nos braços.

Para restituir o que havia “caído”, dona Lilda descreveu o processo ritual desde o início. Acompanhe:

A gente fica na frente da pessoa, pega um pedaço de cordão ou pano e mede da ponta do seu dedo *mindim* [auricular] até o cotovelo. Aí, dobra o tamanho do cordão e enlaça a pessoa na altura dos peitos, de modo a juntar

as duas pontas do cordão. Se a pessoa tiver com a *espinhela caída*, quando juntar as pontas vai ficar uma folga. (Trecho da entrevista de Dona Lilda. *Grifo nosso*).

Percebe-se que o ofício da benzeção é uma prática repleta de técnicas corporais, nas quais se utilizam muitos elementos, como pedaços de pano – usados para medir algumas partes do corpo, como é o caso da benzedura descrita acima. Para tanto, a rezadeira vai acumulando conhecimentos ao longo da vida, o que pressupõe que quanto mais tempo de reza tiver a rezadeira, mais conhecimento e técnicas de cura ela utilizará nos seus rituais. “Vê-se, portanto, que a psicologia do feiticeiro não é simples”. (STRAUSS, 1972, p. 194).



Foto 14- Rezadeira Lilda benzendo de espinhela caída (2014)²⁸
Fonte: Acervo: Itamar da Silva Lima

A imagem predisposta mostra dona Lilda rezando de espinhela caída no pesquisador. Observa-se que a terapeuta usa uma toalha para medir o antebraço; em seguida ela mede a região dos ombros (na direção horizontal) com a mesma medida, comparando o tamanho de ambas as partes do corpo. Caso a medida nos ombros fique maior, a “espinhela” está fora do lugar, logo, precisando da benzedura para restituí-la ao seu devido lugar. Portanto, os gestos da rezadeira na imagem acima mostram seu esforço para dar um diagnóstico inicial ao cliente. Dessa forma, o prognóstico definirá se a pessoa precisa ou não da reza.

O discurso que a rezadeira constrói para explicar a fisiologia da espinhela caída fez-me recorrer aos escritos deste autor a respeito da cura xamanística. Justamente por perceber que as rezadeiras se esforçavam para objetivar as doenças que tinha relação íntima com o corpo, o orgânico. Portanto, a prática da benzeção constitui-se num ritual complexo, onde

²⁸ Neste ritual a rezadeira diagnosticou a necessidade da reza, pois, de acordo com seu “prognóstico” a “espinhela” estava fora do lugar. Logo, em seguida realiza-se o ritual de cura.

entra em cena três “instâncias de fé”: primeiro, a fé e a experiência da própria rezadeira, aliada a sua criatividade (criando elementos reais ou não), resultando em um discurso que visa tornar a fisiologia da doença em algo nomeável; segundo a fé (crença) do doente que procura o tratamento de cura pela reza; e, por último, a fé da comunidade (a crença coletiva) em relação à terapêutica manuseada pela rezadeira.

Desta sorte, percebe-se que a cura pela reza é uma questão de crer ou não. Sendo assim, neste universo mágico de cura, os resultados da reza vão depender, em grande medida, da intensidade da fé dos sujeitos envolvidos no ritual, estejam presentes e/ou mesmo distante.

2.6 Cobreiro

Com o cobreiro, assim como as outras doenças descritas acima, também encontra-se a cura através das rezas e benzeduras. Porém, o ritual para esta doença apresenta algumas peculiaridades. Primeiro, o cobreiro está relacionado, especificamente ao corpo, ou seja, não é como o olhado que, se manifesta, tanto na esfera material quanto na parte espiritual. Segundo, pela sintomatologia que o quadro clínico apresenta: aparecimento de bolhas, vermelhidão, inflamação cutânea, “purido” etc.

Porém, segundo, informações das rezadeiras, essa moléstia tem ação singular sobre o corpo das vítimas: as infecções formam rastros na pele, que formam a imagem de uma cobra. De acordo com as interpretações fornecidas pelas rezadeiras, o cobreiro é causado por alguns animais e insetos peçonhentos. Isso acontece quando estes, em contato com as roupas das pessoas, deixam nelas seus venenos.

Segundo as rezadeiras, se o portador desta doença não procurar ajuda de uma “cientista popular”, o ferimento se alastra pelo corpo e, quando a cabeça se encontrar com o rabo, a pessoa vai a óbito. Veja que pela simbologia que elas constroem a respeito do cobreiro, há um a forte relação com a anatomia de um dos animais causadores, mais especificamente, a cobra. A denominação da doença sugere, inclusive, ter sido provocada pelo veneno deixado por este agente causador.

Os sintomas causados pelo cobreiro também são de conhecimento dos profissionais da medicina, sendo diagnosticados a partir de outra terminologia e terapêutica. Como mostra Camargo (2006) essa enfermidade é provocada pelo vírus Herpes zoster, conhecida vulgarmente pelo nome de cobreiro.

Dona Beta apresentou uma forma bem peculiar de rezar contra esta doença. Vejamos: primeiro ela leva o cliente até o quintal, onde há um pé de pinhão roxo, planta usada neste ritual. Depois coloca-se de lado contrário ao enfermo, de modo ajustar uma posição que deixe a planta entre o cliente e ela. Em seguida, se dá um diálogo curto entre a terapeuta e o cliente. Vejamos:

Rezadeira: _ “O que é que eu corto?”²⁹.

Cliente: _ “Cobreiro brabo”.

Por fim, a rezadeira conclui: “Eu corto a cabeça e a ponta do rabo”. Sempre rezando um Pai-nosso e uma Ave-maria ao final de cada oração. Terminada a sequência de três orações a terapeuta oferece-os ao anjo da guarda do doente, a Nossa Senhora e as três pessoas da Santíssima Trindade: Pai, Filho e Espírito Santo.

Vale ressaltar, que as rezas para a cura do cobreiro brabo apresentaram variações entre as rezadeiras. Sendo assim, a rezadeira Francilina descreve o modo como benze contra tal moléstia: “*Eu rezo em nome do Senhor Jesus eu acabo cobreiro brabo e Fogo Selvagem, é com fogo e com água, e com as palavras do nosso Senhor Jesus Cristo*”. Esta terapeuta explica que nesta benzedura em particular usa um fogo aceso, uma bacia d`água e três galhinhos de planta, que pode ser de limão ou pinhão roxo. Ela comenta que usa a água e o fogo, “*porque na reza já diz*”. O ritual consiste em passar os galhos por dentro do fogo e da bacia d`água, ao passo que se reza a oração citada acima. Esse ritual é repetido por três vezes, sempre rezando ao final de cada sessão três Pai-Nosso e três Ave-Marias.

De acordo com ela, o fogo³⁰ representaria os sintomas da doença: vermelhidões e bolhas na pele, resultando em forte ardência. E a água representaria o antídoto contra tais sintomas, já que por analogia a “*água apaga o fogo*”. Assim, estes elementos estão associados à ideia de limpeza e purificação, remetendo diretamente às “forças da natureza”. A água, por sua vez, não está somente presente de maneira material no recipiente, mas também de maneira simbólica na bênção. A água corrente limpa, purifica, leva com ela todas as impurezas, da mesma forma que as chuvas carregam todo o lixo acumulado das ruas, ressalta dona Lilda.

Dessa forma, a ideia da água como elemento de purificação do Cristianismo, também pode ser encontrada nos rituais de benzeduras, pois, “é visível o aproveitamento do poder

²⁹ Para este ritual a rezadeira se utiliza de uma faca, na maioria das vezes, esta é de uso na cozinha da terapeuta. “*Este instrumento cortante ajudar a cortar o mal*”, explica dona Beta.

³⁰ Por outro lado, o fogo representa a luz da vida e luz da salvação em Cristo. Por isso, é muito comum colocarem velas acesas nas mãos das pessoas em estados mórbidos graves. De modo a encaminhar a alma daquela pessoa a luz eterna, o que, para elas, só pode ser encontrado do lado da Trindade Santa.

mágico atribuído aos símbolos e aos ritos consagrados pela Igreja” (BETHENCOURT, 2004, p.95). Tal fato é compreensível, pois, como vimos, estas terapeutas estão intimamente ligadas ao catolicismo popular. As rezadeiras entrevistadas neste estudo são frequentadoras assíduas das cerimônias religiosas de sua comunidade.

Estes elementos da natureza, por sua vez, remetem a uma ordem natural, a um curso, a um fluxo que as coisas naturalmente devem seguir. O que revela a própria concepção da bênção. (QUINTANA, 1999, p.184).

2.7 Fogo selvagem

É uma doença caracterizada também pelo surgimento de bolhas avermelhadas por todo o corpo, causando forte ardência. De acordo com dona Francilina, tal enfermidade é causada por vírus de algum peçonhento, como a aranha e a cobra. Dona Francilina conta que os sintomas de fogo selvagem são parecidos com os de cobreiro. Porém, ela faz uma diferença entre as duas doenças:

O cobreiro apresenta ferimentos na pele, formando o formato de uma cobra, que andam o corpo inteiro, se não reza; já o fogo selvagem é só bolhas avermelhadas, que provocam dores, aparecendo mais nos braços e nas pernas. (Trecho da entrevista de dona Francilina).

Segundo informações das rezadeiras, tanto o *cobreiro* como o *fogo selvagem* são infecções que se abate sobre a pele de forma muito infecciosa, só desaparecendo com reza. Assim, essas doenças entram no grupo das “doenças de rezadeiras”, visto se tratarem de enfermidades que entram nos domínios das rezadeiras.

As rezadeiras focalizadas neste estudo creem na existência de “*energias ruins*” (negativas), que andam soltas pelo ar até encontrar suas vítimas, causando doenças. Por isso, só a reza tem o poder de debelar tais maledicências.

Ainda sobre o fogo selvagem dona Lilda nos conta um caso. Acompanhe:

Um homem de Picos veio direto do Hospital Regional, estava com fogo selvagem. Ele estava no hospital Regional de Picos, se curando dessa doença. Aí meu marido disse: minha mulher reza disso e fica curado. Aí ele ficou alegre. Pediu a ambulância do hospital e veio bater aqui. Até me assustei. Veio numa segunda-feira, transportado direto do hospital na ambulância do hospital. Ele tava era mal mesmo, numa situação horrível. Tava só as calavagens. Aí eu rezei nesse dia. E disse pra ele voltar mais duas vezes. Ele veio. Mas, na segunda vez ele já tava quase curado. Tava bem

sequinho as feridas. E na terceira vez já tava quase bom. Aí ele ficou bom. Pois, um certo dia quando eu cuidei ele veio me agradecer, muito alegre. Quis me pagar, mas, eu não recebi. Não vendo reza. Deus é que me paga.

Nos depoimentos das rezadeiras é muito comum encontrarmos relatos de casos de curas de doenças em estágios graves, sendo que suas vítimas muitas vezes foram desenganadas pelos médicos. Tais estórias reforçam a fama da benzedeira, que ao longo de sua vida acumula várias façanhas. Por isso, é as rezadeiras comumente narram estórias de casos de cura bem sucedidos para seus clientes. Esse contar estórias cumpre uma função importante dentro do ritual, pois, reforçam a crença de seus clientes nos “poderes mágicos” da benzedura; legitima o poder das rezas da rezadeira, o que se apresenta como fator relevante para a cura.

Assim, a benzedeira depois de muitos anos benzendo “já acumulou muitas experiências profissionais, possui um grande repertório de casos de curas fantásticas, de proezas e de relatos para contar” (OLIVEIRA, 1985, p.42). Outros mecanismos também cumprem o papel de legitimadores do ofício da benzedeira, como aumentar a quantidade dos seus clientes, a distância que eles percorrem para vê-la, a composição social de sua clientela, incorporando os filhos dos médicos, ou aqueles que os farmacêuticos lhes mandam. (OLIVEIRA, 1985, p.42).

2.8 “Homem capado pelo rastro” ou impotência sexual.

De acordo com dona Francelina, essa é uma doença de “origem misteriosa”, que deixa o homem impotente nas relações sexuais. Segundo esta terapeuta, essa endemia acomete o homem por “maldição” (feitiço) jogada por alguém conhecedor dos efeitos mágicos da reza. Esta rezadeira afirma que esses feitiços são feitos, geralmente, por mulheres separadas dos maridos e quer deixar ele impotente pra fazer relações sexuais com outras mulheres.

Meu filho existe reza pro bem e pro mal. Sem fazer e desfazer, eu aprendi com meus pais, mas, eu só desfaço porque eu não quero fazer o mal ao ser humano. As pessoas me procuraram com muita vergonha. Mas, vieram procurar a cura muitas pessoas já. (Trecho da entrevista da rezadeira Francilina).

Ela comenta que já procuram seus serviços diversos homens da comunidade Serra Azul e Jacarandá para desfazer o tal feitiço. Esta terapeuta afirma que o tratamento é eficaz. Porém, para rezar tem que o cliente trazer uma planta muito rara nas matas da região. Segundo esta rezadeira, só existe em matas virgens (isoladas do convívio humano) muito distantes daquela povoação. Esta planta chama-se “Pé de Muleque Duro”, exclama dona Francilina. A rezadeira relata que até pouco tempo atrás cultivava tal planta nas proximidades de sua casa, mas, a planta já não existe, devido aos os automóveis que a pisoteavam. Veja a conceituação de “*Pé de Muleque Duro*” feita pela rezadeira: “*É uma espécie de malva, com a flor azulzinha, com a peinha rochinha*”.

Dona Francilina afirma saber fazer e desfazer o tal malefício. Porém, dona Francilina diz não poder divulgar o procedimento, pois, “*é muito perigoso meu fi... Já imaginou se todas as mulheres que tem raiva do marido aprende isso?! Os home tavam era mortos (risos - Grifo nosso). Por isso, desculpe, mas, não posso contar. Quem sabe outro dia...*”). Neste momento, respeitamos o seu silêncio sobre esta doença de “causas misteriosas” e continuamos à entrevista.

Contudo, ela me conta como aprendeu essa reza cheia de mistérios. Assim, ela narra:

Meu pai andava muito, viajava muito e era muito namorador, daí uma mulher amiga da minha mãe ensinou uma reza pra dismantelar meu pai. Aí meu pai procurava as mulher e nem funcionava, voltava pra onde tá ela era bonzinho só servia pra ela. Aí meu pai desconfiou, e numa viagem ao Maranhão, procurou um rezador chamado Zé Bruno, sabido demais, e aí o mestre ensinou a ele a desfazer aquele mal de quatorze jeito diferente a ele fazer e desfazer. Depois que minha mãe morreu, eu vi ele falar que sabia disso. Aí um dia eu pedi pra ele me ensinar a curar uma pessoa no rastro, com muito receio que eu dismantelasse meu marido ele me ensinou, a fazer e a desfazer. Mas, antes me fez prometer que eu nunca ia dismantelar ninguém, só ajeitar, eu prometi e ele me ensinou. Pegou três palitos de fósforos e me ensinou. Essa eu não digo e não ensino pra ninguém. Só sei que eu sei. É bem facinho. (Trecho da entrevista de dona Francilina).

Percebe-se que um dos elementos usados no ritual de cura da impotência é o fósforo. Talvez a rezadeira use esse material, pois, por analogia, o palito de fósforo tem forma ereta e, na ponta tem pólvora, que ao se fazer contato com a caixa, pega fogo. Assim, o palito representaria o pênis do homem, enquanto a caixa simbolizaria o órgão genital feminino. Esta interpretação ganha sentido se levarmos em conta a abordagem de Quintana (1999), que atribui o êxito das terapêuticas de benzeduras, não somente aos processos de fala da rezadeira, os quais criam uma narrativa que dá significado aos sintomas da doença (até então

desconhecidos) experienciados pelo enfermo; mas também aos “símbolos fortes”, inseridos no seio ritual.

Tais elementos são carregados de “significados sagrados”, que dão substância a essas construções narrativas, expressas nas rezas e orações. Dessa forma, no processo ritual de benzedura, diversos elementos se articulam para produzir um sentido, e da mesma forma que um significante somente se define na sua relação com um outro significante, também aqui cada elemento não produz sentido por si só, mas sim quando articulado dentro do contexto ritual”.

Nesta perspectiva, o mágico, neste caso a rezadeira, surge como um mediador capaz de gerir sistemas de classificação e combinação de elementos com alguma complexidade, estabelecendo correspondências entre os signos produzidos aleatoriamente e as situações possíveis do destino individual, representada pela possibilidade de cura para tal enfermidade. (BETHENCOURT, p. 59).

2.9 Izipa

Izipa ou Erisipela são infecções ou inflamações que se dá sobre ferimentos, principalmente, os localizados nos membros dos braços e das pernas. Desta forma, as rezadeiras enfatizam o aspecto contagioso da doença. Algumas terapeutas interpreta tal mal como “*uma maldita carregada pelo vento*”. (Trecho do depoimento de dona Joana). Esta interpretação leva em consideração o alto poder de contágio e desenvolvimento da doença sobre o corpo da vítima

Sendo assim, o ar, como também, a água e o fogo, são elementos de grande importância dentro do universo mágico-religioso das rezadeiras. Nesse sentido, “O ar, que enche todo o espaço entre a superfície celeste e a terrestre, é justamente considerado um símbolo de espiritualização (o sopro e o vento), sendo através dele que os astros comunicam suas influências”.

Sob essa perspectiva, o ar é causa tanto de saúde como de doença, conforme a orientação do local e a exposição os ventos. (BETHENCOURT, 2004). Nesse sentido, o ar, é um veículo de transmissão da peste. “O ar, portanto, não é um elemento que separa, é um elemento que liga, veicula” (BETHENCOURT, 2004, p.151).

Esta senhora ressalta ainda, que a referida endemia se não rezada a tempo pode levar o enfermo a perder o membro afetado, como o braço e a perna. De acordo com esta terapeuta,

essa doença por seu caráter contagioso, faz com que as rezadeiras se neguem a rezá-la, por medo de contágio. Contudo, *“Se a rezadeira rezar perto de um planta verde, ela passa pra rezadeira, porque ela passa pro ramo verde. O ramo chupa aquela doença, aquela coisa ruim”*, explica dona Joana.

Ainda sobre esta enfermidade, dona Lilda descreve a reza para curá-la. Analise:

Pedro e Paulo foi a Roma. Encontrou com Jesus Cristo. Jesus Cristo perguntou: *_o que lá Pedro e Paulo? Muita irmutidade senhor: isipa, isipelão. Isipa dá no osso, do osso vai pra carne, da carne vai pro sangue, do sangue vai pra pele, da pele vai pras ondas do mar sagrado.* (Trecho da entrevista de dona Lilda).

O ritual consiste em repetir esta oração por três vezes, sendo que a cada sequência se reza um Pai-nosso e uma Ave-Maria, totalizando ao final do ritual três Pai-nossos e três Ave-marias. O ritual termina com a rezadeira dizendo: *“Eu ofereço esses três Pai-nossos, essas três Ave-marias, com mais essas três orações em intenção do anjo da guarda de fulano para que Nossa Senhora e Senhor ajude que ele fique bom”*.

Chamou-nos a atenção nesse trecho da entrevista, a referência *“vai pras (sic) ondas do mar sagrado”*. Tal expressão nos faz lembrar do imaginário de alguns povos africanos, quando das “viagens negreiras” para o Brasil nos anos de escravidão. Alguns grupos africanos acreditavam que ao serem transportados para o outro lado do Atlântico se perdia tudo, inclusive as suas almas (identidades). É muito comum entre as terapeutas pesquisadas essa citação.

Elas explicam que usam esta expressão nos rituais, pois, as correntezas das águas do mar levam tudo, todas as impurezas (energias ruins/ doença), pra não mais voltar. Nesse, dona Joana explica: *“Nois (sic) fala porque ao dizer a doença se vai pra bem, longe. O mar você sabe tem um absurdo de água, lá se perde tudo. O mal se perde nas profundezas das águas. E sagrado porque é de Deus”*.

Podemos pensar, portanto, que muitos aspectos encontrados atualmente nos rituais de benção, principalmente no Nordeste brasileiro, carregam íntimas relações com o universo mágico-religioso dos tempos coloniais, tendo por base a cultura dos povos indígenas, africanos e portugueses. Sendo assim, poucos lugares conseguiram juntar tanto as influências dos três povos grandes formadores do povo brasileiro, bem como também da região Nordeste do país. Um exemplo disso está na “medicina do povo uma mistura de plantas e crenças

herdadas dos índios, “mezinhas”, rezas fortes, feitiços dos brancos, orações, axés e receitas da raça negra”. (HORTA, 2004, p. 80).

Como salientamos ao longo deste trabalho, as culturas destes três grupos deram sua contribuição na formação da cultura brasileira, bem como também, na constituição de concepções terapêuticas tradicionais, como a benzeção. Neste sentido, os estudos dos pesquisadores Bithencourt (2004) e Souza (1987) sinalizam que as práticas mágico-religiosas de cura, como a benzeção e o curandeirismo, já estavam presentes em solo brasileiro e português desde o século XVI, quando se dá a colonização portuguesa em nosso país.

Desta forma, acreditamos que as práticas de cura populares do Nordeste e, em particular da cidade de Monsenhor Hipólito-PI, fazem parte de uma cultura popular praticada desde os primeiros tempos de nossa formação sociocultural. Sendo assim, o que há na verdade, é uma persistência de práticas culturais e sociais que se remodelam, se transformam e se adequam as dinâmicas dos tempos modernos. Assim, a benzedura se metamorfoseia no contado com outros saberes de cura difundidos pelos profissionais da biomedicina e, em particular pelos Agentes Comunitários de Saúde. Assim, a benzedura, enquanto “ciência do povo”, constitui-se em mais um produto social híbrido, formado num “caldeirão” de diversas concepções terapêuticas, inclusive a da medicina alopática.

Contudo, a “medicina oficial” do país, representada nas comunidades pelo PSF também molda suas ideias, visões e habilidades conforme se aproxima e passa a interagir com os saberes tradicionais de cura, como o das rezadeiras. Se for assim, não dá para pensar em práticas de cura homogêneas no campo de saúde no Brasil. Basta “viajar na história do Brasil” para detectar vários indícios dessa pluralidade e circularidades de saberes, processo de hibridismos que se mantém até os dias atuais.

CAPÍTULO III

AS PRÁTICAS DE CURA POPULARES EM MONSENHOR HIPÓLITO-PI E A SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA OFICIAL

Ao aprofundarmos no estudo das terapias populares e, através delas, passamos a olhar com um certo estranhamento a medicina oficial, pois, começam a brotar, diante de nós, os processos mágico-religiosos como cogumelos após a chuva. Eles parecem estar presentes em qualquer procedimento terapêutico, sejam eles oficiais ou populares. (QUINTANA, 1999, p.24).

3.1 Relações de complementariedade entre dois sistemas de cura: o científico e o popular, nas comunidades de Serra Azul, Jacarandá e Mearim I.

Afinal há uma contraposição entre o saber médico e o saber mágico de cura das rezadeiras no Brasil e, particularmente no Piauí? Se analisarmos os embates e perseguições sofridas pelos sujeitos praticantes de uma terapêutica mágica de cura nos últimos dois séculos, podemos ser levados a pensar que existe um distanciamento radical entre os sistemas de cura biomédicos e os populares. Sendo que, o primeiro é pautado no saber erudito, adquirido nos cursos de medicina das melhores universidades do país e/ou do estrangeiro; já o outro se baseia num saber tradicional de cunho mágico religioso, que é resultante da experiência adquirida pelos múltiplos sujeitos de um grupo social ao longo do tempo. Tais conhecimentos são repassados através da oralidade de uma geração para outra.

Percebendo as diferenças conceituais e metodológicas das duas artes de cura em análise – a científica e a popular (de cunho mágico ou místico), somos levados a pensar que a prática médica acadêmica afasta-se completamente do acervo popular de cura praticado no Brasil desde os tempos mais remotos. Entretanto, as experiências colonialistas vivenciada nessas terras da América sugerem outra interpretação: que a prática médica alopática como a medicina mágico-religiosa se imbricaram, se relacionaram intensamente, formando “uma arte médica complexa e singular”, como sugere a historiadora Márcia Moisés Ribeiro em seu estudo intitulado: “A ciência dos Trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII”.

Seguindo essa trilha de raciocínio, esta autora sugere que no Brasil colonial e imperial:

O intercâmbio das culturas era intenso. Do centro do império irradiavam-se ideias que circulavam, sofrendo modificações. A exemplo de tantas outras, as obras do médico familiar do Santo Ofício, Curvo Semedo, foram amplamente receptivas aos ensinamentos adquiridos em terras distantes da Metrópole. (RIBEIRO, 1997, p. 58)

Conclui-se que:

Simultaneamente ao processo de absorção das culturas alienígenas, as teorias médicas mais tradicionais da arte hipocrática estenderam-se às diversas localidades conquistadas. Trata-se, portanto, de um movimento de duplo sentido, de influências recíprocas entre o centro e a periferia. (RIBEIRO, 1997, p. 58)

Portanto, como sugere a argumentação de Ribeiro (1997), tanto as teorias médicas irradiadas pela Metrópole Portuguesa em solo brasileiro, sejam através dos livros de medicina ou dos tratados médicos, como o acervo das terapêuticas indígenas, foram influenciadas, transformadas, a partir do contato entre os dois povos: os ameríndios e os portugueses. Desse contato de culturas diferentes, unidas por concepções em comum no que tange ao universo do imaginário da doença, formaram-se duas formas medicinais híbridas, metamorfoseadas pelo acréscimo de elementos socioculturais do *outro*, num “movimento de hibridismos”, que supõe modificações e acréscimos por parte de cada cultura envolvida.

Esse processo de “metamorfose por contato” foi possível, pois, como sugere (RIBEIRO, 1997, p.59), “universos tão distante geograficamente, Brasil, Portugal e Goa apresentavam grande proximidade no que diz respeito aos hábitos e ideias.” Para esta pesquisadora,

Muitos ingredientes que já desfrutavam de prestígio entre os indígenas foram amplamente divulgados pelos europeus, justamente por apresentar certa familiaridade com elementos que lhe eram conhecidos. Traços de culturas teriam, portanto, facilitado amplamente a apropriação de crenças e hábitos do gentio pelos adventícios. (RIBEIRO, 1997, p.59)

Contudo, “o exotismo da natureza, bem como os usos e costumes de africanos e indígenas, em alguns casos estranhos aos portugueses, nutriram com novos elementos o imaginário europeu relativo à arte médica. Houve, portanto, um amoldamento de velhas crenças ao contexto colonial.” (RIBEIRO, 1997, p. 55). Isto porque, “não encontrando no Brasil muitos fármacos famosos pelas virtudes miríficas, procurou-se substituí-los por outros que tivessem analogia com aqueles conhecidos.” (Idem).

Assim, é provável que grande parte dos produtos, aos quais eram atribuídas virtudes curativas, tivessem mesmo eficácia comprovada, mas, o sucesso de outros tantos explica-se através da associação de elementos desconhecidos. (Idem). De fato, a diversidade do mundo natural que se apresentara aos olhos do colonizador influenciou o emprego de muitas substâncias medicinais, desconhecidas ou mesmo exóticas, na sua terapêutica médica. (RIBEIRO, 1997).

Por outro lado, às terapêuticas de cura populares praticadas pelos indígenas e africanos, também receberam contribuições dos conhecimentos medicinais do branco colonizador, pois, como assinala a estudiosa citada acima, houve um acentuado processo de difusão dos livros médicos portugueses por toda a colônia. De acordo com essa autora, esses tratados médicos tinha um conteúdo bastante acessível ao público, caracterizando por seu caráter prático.

Vale ressaltar, que na maioria desses tratados médicos vindos de Portugal, podia se encontrar uma vastidão de elementos da medicina popular, apreendidos em terras brasileiras. Para a pesquisa Márcia Moisés Ribeiro (1997), a maioria desses tratados médicos do século XVIII bebem na obra do doutor português Curvo Semedo, o qual através dos seus escritos encontrara tantos admiradores e leitores em toda colônia. Isto porque, seus livros eram aqueles que continham explicações de acontecimentos relativos à natureza, como a própria doença, mais distanciadas dos critérios racionais e mais próximas dos conceitos da medicina popular.

Nesse sentido, “enquanto divulgava ao mundo os segredos que aprendia com índios e negros, o colonizador lançava sobre o nosso solo as sementes de seu acervo de crenças que, sob o signo do sincretismo, germinou, e floresceu, dando origem a um universo específico.”. (RIBEIRO, 1997, p.65). Pois, como aponta esta autora, apesar das repressões sofridas pelos agentes práticos de uma medicina popular ao longo do século XIX, as raízes de muitas crenças já estavam bem profundas no imaginário brasileiro. Assim, “ao longo dos anos, muitas práticas de cura popular tenderam a desaparecer, mas outras se transformaram, fornecendo subsídios para a criação de terapêuticas que hoje qualificamos como rústicas, de indiscutível origem sincrética”. (RIBEIRO, 1997, p. 141).

Entre as camadas populares, ainda hoje se difundem rituais curativos, cujo arsenal de crenças e uso de substâncias guardam reminiscências de velhos hábitos e costumes. Amuletos, benzeduras, orações, defumadores e utilização farmacológica de produtos comuns ao universo das práticas associadas aos rituais de feitiçaria continuam sendo, em nossos dias, familiares a algumas comunidades brasileiras. (Idem).

A própria organização da medicina curativa no Brasil sugere um vínculo muito forte com religião - nesse caso singular aparece em destaque a religião católica, pois, a partir do empreendimento colonial lusitano desse lado da América deu-se a necessidade de empreendimentos que pudessem cuidar da saúde dos habitantes da colônia. Para tanto, vários grupos religiosos de Portugal se instalaram em várias capitânicas do nosso país. Como salienta Machado (1978), diversos líderes de capitânicas do Brasil requisitaram junto à realeza a vinda de missionários ou jesuítas – possuidores de habilidades curativas – para nessas terras desenvolverem práticas de assistência à saúde. Para tanto, foram construídos alguns hospitais na colônia sob a direção de ordens missionárias de Portugal.

Machado destaca a importância desses grupos religiosos nessas repartições de saúde, as quais receberam a denominação de Hospitais da Misericórdia ou ainda Santas Casas da Misericórdia. Dessa forma, “a assistência material e espiritual à doença é, ao menos no que se refere à hospitalização, uma recomendação religiosa.” (MACHADO, 1978, p. 66). Portanto, a encargos dos hospitais coloniais ficaram sobre os encargos dos clericais que aqui fizeram morada. Nessas terras os jesuítas não foram somente os práticos em saúde dentro das Casas de Misericórdia como também desenvolveram atividades ligadas à manipulação de remédios naturais e, em alguns casos recorreram a rituais mágicos curativos.

Este autor destaca que todos esses espaços de saúde mantidos por ordens religiosas tinham caráter assistencialista principalmente aos pobres, muitos deles indígenas. Portanto, “o aspecto assistencial é o que melhor caracteriza a atividade hospitalar do século XVIII. Por outro lado, esta assistência – seja ela exercida por instituições religiosas leigas ou eclesiásticas – será sempre de origem privada”. (MACHADO, 1978, p.70). Assim, “A assistência hospitalar é menos uma assistência à doença que à miséria, situações em uma caritativa mais ampla que inclui crianças abandonadas, indigentes e prisioneiros”. (MACHADO, 1978, p.72).

Percebe-se que a medicina do período colonial era assentada sobre valores de uma religiosidade cristã como a caridade, a solidariedade. Podemos supor que tais valores permeiam alguns programas de saúde pública no nosso país até os dias atuais. Além disso, como bem mostrou Machado (1978), a própria organização desses hospitais mantinham muitas semelhanças com os tempos religiosos cristãos. Até porque, como apontou esse autor, muitos dos ritos da religião católica eram praticados com assiduidade dentro dessas casas de recuperação. Além, disso muitos símbolos católicos sempre eram mantidos por perto dos enfermos.

A pesquisadora Eliane Cristina Deckmann Fleck no seu texto “*As curas de Deus e da Natureza*” publicado na *Revista de História da Biblioteca Nacional*, em 2010, destaca que:

Apesar de a Igreja não considerar o alívio aos doentes como uma atividade de religiosos, os jesuítas tinham desde 1576 uma autorização do papa Gregório XIII para praticar a medicina em regiões onde faltassem médicos. Os noviços, por exemplo, eram obrigados a fazer estágios em hospitais durante um mês. (FLECK, 2010, p. 59).

Nas regiões onde faltavam médicos, como o caso do Brasil, “ao assumirem o papel dos médicos nos povoados que fundaram, esses religiosos tentaram tratar as doenças como métodos e remédios da metrópole, mas, aos poucos, perceberam que a farmacopeia indígena seria mais útil do que imaginavam.” (Idem).

Ocupando o lugar do médico nas povoações que fundaram, os missionários adicionaram aos seus conhecimentos e práticas medicinais o acervo de receitas de ervas e rituais mágicos curativos dos xamãs indígenas, num processo contínuo de hibridismo cultural. Mas, não só isso, eles relegaram as sociedades contemporâneas conhecimentos medicinais e formas de organização no trato dos doentes, que podem ser percebidas nos procedimentos médicos modernos, como por exemplo: “o isolamento dos doentes, o enterro adequado aos mortos e a limpeza das enfermarias nos hospitais.”. (FLECK, 2010, p.59).

Logo, pensamos que muitas das ações da medicina social moderna estão “contaminadas” de valores, saberes, crenças e ideias sagradas, o que torna a medicina biomédica atual mais um produto social híbrido. Nesta perspectiva, a presença do sagrado é encontrada em quase todos os espaços biomédicos do país. Sendo assim, não é raro encontrar hospitais que levam os nomes de santos. Além disso, a própria organização interna desses espaços curativos revela a presença do fator religioso. Assim,

As capelas no interior dos hospitais, a existência de crucifixos e imagens de Jesus Cristo nos quartos, as Bíblias nas saídas das Unidades de Terapia Intensiva e, sobretudo, o nome de santos dados a muitos destes sanatórios delatam a presença, não explícita, do religioso dentro do espaço da medicina oficial (NEVES, 1984 *apud* QUINTANA, 1999, p. 24).

Portanto, supomos que no Brasil “não existem, na verdade, práticas puramente científicas ou puramente mágico-religiosas”. (LAPLANTINE, 1991, *apud* QUINTANA, 1999, p.24). Dessa forma, tanto as terapêuticas científicas como as populares são sistemas de cura híbridos. Diante dessas informações podemos propor interpretações acerca das atividades

de cura desenvolvidas na cidade de Monsenhor Hipólito-PI. Sendo que, nesse espaço social os seus moradores praticam e vivenciam práticas de hibridismos culturais, pois, cotidianamente mobilizam os mais diferentes mecanismos terapêuticos de cura, tanto da medicina comunitarista, desenvolvida pelo PSF, como os de cunho mágico-religioso, como a benzedura.

Percebemos ao longo desse estudo que nesse espaço social há um diálogo intenso entre as práticas de curas desenvolvidas pelas rezadeiras e as ações em saúde do PSF, representado nas comunidades pelos ACS. Já que os Agentes Comunitários de Saúde em suas vivências cotidianas dialogam e partilham das experiências mágicas de cura, desenvolvidas pelas rezadeiras.

Observamos a existência no imaginário coletivo das comunidades de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá, uma forte crença na eficácia do ritual de cura das rezadeiras. Por outro lado, estas comunidades também são usuárias dos serviços em saúde do PSF presente nesta urbe. Deste modo, para estes grupos não há nenhuma contradição em buscar ao mesmo tempo os dois sistemas de cura: a benzeção (rezadeiras) e o biomédico (PSF). Nessa perspectiva, não há exclusão de um tratamento pelo outro. Pelo contrário, são vistos de forma complementar, pois, para os usuários dos serviços de saúde ambos contribuem para o bem-estar físico, psicossocial e cultural de suas vidas.

A presença de experiências de hibridismos culturais nas comunidades analisadas permite compreender como essas comunidades ao lançar mão do saber popular operam a modernização do tradicional e articulam a crença no saber científico e a magia, praticados pelos ACS e as rezadeiras.

Acreditamos ser de extrema importância evitarmos as emboscadas que o estudo das práticas tradicionais em saúde suscita, se não feita com a sua devida criticidade e atualizações. Isto porque, ao fazermos uma análise superficial de tais práticas, podemos rotulá-las de arcaicas, primitivas ou ilógicas, sendo contrárias e diversas do pensamento moderno, portanto estariam, nesta visão, fadadas ao desaparecimento. Mas, ao contrário de tais visões preconceituosas e, muitas vezes mal intencionadas, as formas de cura mágico-religiosa, apesar de pousar suas origens em passados longínquos, resiste à modernização, o progresso da ciência médica e, até mesmo as “perseguições” imputados pelos grupos médicos a esses terapeutas populares, como: raizeiros, ervateiros, curandeiros e rezadeiras, em algumas circunstâncias históricas.

Assim:

Processaram metamorfoses e recriações de velhos sistemas de pensamento em novas estruturas sociais, mas não extinções. Entre nós, continuam bem vivas as cores com que os três povos tingiram a colônia brasileira. (RIBEIRO, 1997, 141).

Portanto, concluímos que as práticas de cura das rezadeiras nos dias atuais são frutos de muitas transformações ocorridas no teatro da vida humana. Sabemos que historicamente as praticas mágicas de cura sempre fizeram parte do imaginário do povo brasileiro, sendo muito forte na região Nordeste. Não devemos esquecer caro leitor, que mesmo antes da colonização europeia em solo brasileiro, iniciada nos anos 1500, os povos indígenas, com seus feiticeiros xamãs, já praticavam uma medicina de cunho mágico religioso nestas terras. Tal medicina curava todos os enfermos das tribos que as procura.

Neste sentido, as benzeduras carregam atualmente muitos traços das várias culturas que se imbricaram neste solo com advento da colonização nestas terras. Além disso, é de se esperar que uma prática secular sofra acréscimos e mutações na sua gênese ao longo dos tempos. Entretanto, o fim é sempre mesmo: a cura.

Num primeiro momento, pode-se pensar que a benzedura seja um resíduo de tempos passados, como uma grande fortaleza que deixou de ser utilizada e se encontra entregue ao tempo para sua total destruição. Longe disso, a benzedura é um entre outros sistemas de cura que são utilizados pelos grupos populares. O que podemos afirmar é que essa prática (assim como toda prática social) vem sofrendo modificações. Não poderia ser de outra forma, uma vez que, como toda prática social, a benzedura vai estar sempre num processo de reconstrução, ganhando sentido apenas em razão de sua articulação com o social; portanto, nunca vai ser uma prática estática, detida no tempo; pelo contrário, ela se constitui uma realidade dinâmica. (QUINTANA, 1999, p.50).

Sendo assim, a práticas de cura populares, como a benzeção, se mostram resistentes aos encantos do mundo moderno e ao progresso das ciências médicas. Além disso, a validade de tais terapêuticas junto à sua clientela é cada vez mais viva. Assim, pode-se dizer “que as sociedades modernas não abandonaram as apreensões mágicas do mundo” (WEBER, B. 1999, p. 187) em prol de uma visão antirreligiosa e científica.

Sendo assim, não podemos fazer uma divisão hierárquica entre os dois sistemas de cura: científico e popular, visto que, “as crenças religiosas repousam sobre uma experiência específica, cujo valor demonstrativo não é inferior aos das experiências científicas, mesmo sendo diferente”. (DURKEIM, 1989, p.494). Pois, o fato da mitologia do xamã não

corresponder a uma realidade objetiva não tem importância, pois que o paciente nela crê e é membro de uma sociedade que nela crê. (STRAUSS, 1975, p, 213).

Dessa forma, “espíritos protetores e espíritos maléficos, monstros sobrenaturais e animais mágicos fazem parte de um sistema coerente” (STRAUSS, 1975, p. 213) que funda a concepção do homem religioso sobre o universo. Por isso, o paciente os aceita ou, mais precisamente, jamais duvidou deles. (STRAUSS, 1975, p. 213). Pois, como afirma esse antropólogo, o que ao paciente não aceita são as dores incoerentes e arbitrárias que constituem um elemento estranho a seu sistema crenças, mas que o xamã, recorrendo ao mito, irá inserir num sistema em que tudo se encaixa. Assim, a (o) paciente, “tendo compreendido faz mais do que resignar-se, ela fica curada”. (STRAUSS, 1975, p. 213).

Portanto, o xamã fornece ao paciente uma *linguagem* na qual podem ser imediatamente expressos estados não formulados, e de outro modo informuláveis. E é essa passagem para a expressão verbal (que ao mesmo tempo permite viver de forma ordenada inteligível uma experiência atual, mas que sem isso seria anárquica e indizível) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a organização, num sentido favorável, da sequência de cujo desenrolar a paciente é vítima. Nesse sentido, a cura xamânica se situa a meio caminho entre nossa medicina orgânica e as terapêuticas psicológicas como a psicanálise. (STRAUSS, 1975, p. 213). Para esse autor, a originalidade dessas práticas mágicas de cura, está em aplicar a desordens orgânicas um método muito próximo destas últimas.

Isto porque na cura xamânica podem ser encontrados muitos traços usados pela psicanálise no processo de cura das endemias. O antropólogo Lévi Strauss salienta que no caso da cura mágica, como no caso da psicanálise, também se trata de suscitar uma experiência e, na medida em que essa experiência se organiza, mecanismos situados fora do controle do sujeito se regulam espontaneamente, desembocando um funcionamento ordenado. Nesse sentido, o xamã ou benzedeira no nosso caso, tem um duplo papel, assim como o profissional psicanalista. No primeiro papel, o mágico exerce a função de orador, ao desvendar os mistérios do mal que recai sobre seus pacientes, inicialmente, através de um diálogo em que todos participam ativamente. Portanto,

O processo terapêutico inicia-se já com a chegada do cliente que, solicita intervenção. Nesse momento inicial, a pessoa vai expor suas queixas e a benzedeira procurará conhecer suas perturbações. Não se trata, porém, simplesmente de um conhecimento da sintomática que está presente na

situação inicial. Ela já está produzindo efeitos de ressignificação. (QUINTANA, 1999, p. 56-57).

Pois, nesse primeiro encontro, benzedeira não procura somente o conhecimento da queixa do seu cliente, ela também procura observar qual é posicionamento do paciente em relação à terapêutica solicitada. (QUINTANA, 1999, p. 57).

No Brasil ciência e magia não são excludentes, pelo contrário coexistem num mesmo espaço, num processo sempre renovador, mas que conservam suas lógicas próprias. Entendemos que as práticas de cura biomédicas dentro do PSF e os serviços de saúde das rezadeiras mantêm-se relações de complementariedade no universo sociocultural das comunidades de Mearim I, Jacarandá e Serra Azul. Pois, para o enfermo os sistemas de curas são válidos no processo de cura. De modo, que o enfermo procura todos os recursos possíveis para a cura de suas moléstias, não importando qual santo vai fazer a cura. Portanto, os usuários das práticas curativas criam lógicas para o uso das terapias científicas e populares. De modo que, para o homem comum, participante do “imaginário- mágico da doença”, ambas terapêuticas são benéficas, pois, contribuem para uma vida mais saudável.

Nesse sentido, a fala da moradora do povoado Jacarandá, dona Jocileide, é emblemática, ao passo que esclarece que:

Médico e rezadeira têm a mesma validade, porque quando é caso de mufina, quebranto, vento-caído, isso aí (...) os médicos não curam. Eles nem sabem o que é isso. Mas, eu nunca nem falei... Aí tem doença que já é coisa de médico. Pra mim essas rezadeiras são muito importantes em minha vida. Eu já procurei Lilda, Neta (...) pra ferida na boca, dor de barriga (...). Elas nunca negam e nunca cobraram. (Trecho da entrevista com D. Jocileide, em Abril de 2014).

Percebe-se através dessa fala que D. Jocileide não hierarquiza as duas terapêuticas em questão, pelo contrário, afirma que ambas tem a mesma validade, pois, para ela, cada um desses profissionais - a benzedeira e o médico - cuidaria de diferentes categorias de doenças, localizadas em universos distintos. Aqui denominamos de “*males espirituais*” e “*males físicos*”. Sendo que as rezadeiras se encarregariam de debelar estas primeiras, resultantes da intromissão de um agente externo sobre os seres vivos. Esse agente pode ser caracterizado pela presença de forças negativas que recaem sobre os sujeitos. Nesse caso, geralmente, o *mau-olhado* é responsabilizado pela causa de doenças como: *o quebranto, a mufina e o vento-caído*. Enquanto que os médicos cuidariam das doenças físicas, de origem orgânica ou natural.

Assim, a dicotomia Doença Material/Doença Espiritual pretende instaurar, num primeiro momento, a complementariedade das competências e conseqüentemente a legitimidade da interferência do elemento mágico numa esfera dominada pela racionalidade técnico-científica. (MONTERO, 1985, p.135). Entretanto,

Uma vez postulada a sua existência, a “doença espiritual” passa a funcionar como representação que nega o estatuto de “doença” aos fenômenos a serem tratados: ela transforma os sinais mórbidos em signos de uma desordem abrangente que até então permanecera, para o paciente, aquém do sentido, e que desde sempre permanecera, para o médico, fora do alcance de sua compreensão e de sua técnica. Esse processo de mutação retira o fenômeno mórbido da esfera “da doença”, tornando-o “desordem” (não doença), tem como consequência a sobreposição da explicação religiosa a simples causalidade natural das doenças orgânicas e psíquicas, isto é, a sobreposição, como sendo anterior e mais fundamental, da cura mágica a cura médica. (MONTERO, 1985, p. 137).

Nesse sentido, a doença se apresenta para as rezadeiras como uma forma de exteriorizar os fenômenos transcendentais, ou seja, a doença é uma revelação de uma desordem interior (espiritual), causada pela ação desordenada e/ou maléfica de espíritos ruins. Tomada nessa concepção, a doença, seria, portanto, apenas a materialidade ou a forma moldada pela desordem espiritual. Logo, a doença funciona como mecanismo de revelação do universo interior ao exterior. Assim, o “fracasso” da medicina diante da doença (fenômeno que „por definição” lhe compete) abre a possibilidade para a percepção da doença enquanto sinal de desordem, posto que, aquilo que aparece como doença e leva as pessoas ao médico, é, na verdade, outra coisa. (MONTERO, 1985, p.138).

Essa constatação pode ser verificada no relato de D. Miliana, moradora do povoado Serra Azul. Ela nos conta, que, pelo menos em duas ocasiões, levou suas crianças ao médico pediatra para tratar de dores de barriga, que as mesmas vinham sentindo. E, que mesmo sendo medicadas na ocasião, estas não apresentaram melhoras significativas, o que fez com que logo procurasse o trabalho das rezadeiras, que veio a se mostrar eficaz. Observemos tal relato:

As meninas sentiam dor de barriga, eu procurei o médico, pediatra mesmo, eu levei elas duas vezes, ele passou remédio e elas não melhoraram. E eu levei pra meninas rezarem: Lilda e Neta, que elas rezam de dor de barriga. E elas ficaram boas só com duas vezes que eu fui. Aí eu prefiro procurar as rezadeiras porque é até melhor. (Trecho da entrevista com D. Miliana).

No relato de D. Miliana está implícito a crença na existência das “doenças espirituais”, pois, ela revela a “incapacidade” do médico em curar as *dores de barriga* de suas crianças. Assim, as causas das *dores de barriga* estariam em *outro plano*, distante da racionalidade e técnica do médico pediatra. Logo, o processo da benzedura aparece como único recurso capaz de eliminar ou equilibrar as forças espirituais que estariam a causar tal epidemia.

Portanto, para D. Miliana, a enfermidade de seus filhos possuem causas sobrenaturais e não orgânicas. Logo, os sintomas físicos da doença são tomados como uma reação do corpo quando há desequilíbrios de forças espirituais. Assim, a doença ganha “*status de revelação*”. No entanto, se a “doença espiritual” não a doença, ela pode, em Última instancia, vir a tornar-se. O efeito prolongado e desordenado da das forças sobrenaturais sobre o corpo podem vir a deteriorar suas funções vitais. (MONTERO, 1985, p.138).

Neste imaginário popular o corpo humano aparece como terreno de um eterno conflito entre forças do mal (maus espíritos) e as forças do bem (bons espíritos). Nesta perspectiva as bênçãos do ritual de benzeduras aparecem como um meio eficaz de afastar tais energias negativas, sendo, portanto, capaz de restituir o estado de saúde. Além disso, a terapêutica tem a incumbência de restituir o universo sociocultural do sujeito, também afetado pela situação da doença.

Nessa mesma perspectiva, Quintana (1999, p.34) nos alerta que “A função terapêutica não se esgota na parte orgânica – erradicação dos sintomas e suas causas - ela deve também cumprir a função de reconstituição de um universo simbólico que, com surgimento da doença, foi igualmente afetado”.

Neste contexto de crenças e superstições de cura, o corpo humano representa um organismo frágil, propenso as “intervenções diabólicas”. Por este motivo, é muito comum as pessoas das comunidades pesquisadas usarem amuletos, como fitas e cordões com imagens de santos, presos a seus corpos. Assim, os santos da Igreja Católica tem muita validade junto à religiosidade popular nordestina. Servindo-os de apoio espiritual nos momentos de aflição desencadeados pela situação endêmica. Por isso, é “rara a casa nordestina onde não exista o registro da imagem de santo, em sua medida, que em contato com o corpo humano, produz milagres.” (HORTA, 2004, p. 77).

Nas comunidades estudadas podemos encontrar imagens de santos³¹ na maioria das residências, quase sempre afixados à parede e/ou ainda em cima da mesa da sala de chegada da casa (varanda).

Para as rezadeiras pesquisadas os santos são uma espécie de apoio nos momentos de dor e aflição da vida cotidiana. Além disso, os santos funcionam com intermediadores entre os pedidos de graças das rezadeiras e o Pai Celestial.

Na análise dos relatos coletados observamos que a *noção de inveja* exerce um papel relevante no imaginário popular destas comunidades. Algumas pessoas acreditam que uma pessoa invejosa pode ocasionar muitos males sobre uma vítima de sua cobiça, inclusive doenças. Portanto, indivíduos mal intencionados podem transmitir moléstias e fracassos de toda natureza sobre suas vítimas, bastando apenas um “olhar diabólico”. Sendo assim, nas comunidades pesquisadas alguns sujeitos são evitados por serem “acusados” de possuírem “*olho de seca-pimenta*”. Esses indivíduos invejosos são culpabilizados pela morte de animais, plantas e até mesmo pelas doenças de pessoas.

Meu filho o mundo é cheio de coisa ruim; pessoas ruins querendo fazer o mal os outros. E pra isso, não precisa você ser rico. As pessoas tem inveja de tudo. Até de uma rocinha de feijão, se você tiver. Tem gente do olho-grande, olho ruim, olho de seca-pimenta. Aí meu filho pra nois se proteger nois usa de tudo que é bom: reza, planta de Deus, Santos... Não sei se você acredita, mas, as pessoas botam olho-grande em tudo: num cabelo, na sua inteligência, no seu trabalho... Qualquer coisa. (Trecho da entrevista com dona Joana).

Para evitar os efeitos maléficos dos “olhares diabólicos” as pessoas além de buscarem o apoio das orações das rezadeiras cultivam na frente de suas casas “*plantas protetoras*”, as quais funcionam com “imã das cargas negativas”. As mais comuns são plantas que contenham espinhos (como as coroas-de-frade) e/ou folhas em forma de espadas. Nestas regiões é rara as casas que não tenham em seus terreiros estas plantas espinhosas e/ou ainda

³¹ As cinco rezadeiras entrevistadas nesta pesquisa mantêm em suas casas imagens de santos, as mais comuns são: a da Sagrada Família (Maria, José e Jesus); a de São Francisco; a de São Pedro; a de São João e Santa Luzia. De todos estes santos citados o mais venerado é São Francisco de Assis. Sendo que, todos os anos, estas senhoras juntamente com as suas comunidades vão em romaria para a cidade de Canindé-CE, terra natal da santidade.

pés de pinhão-roxo, também usado como “ímã de proteção”. Este universo mágico favorece, portanto, a disseminação da crença que para a cura de algumas endemias só a reza cura.

Nesta perspectiva o Padre Miguel Feitosa Pereira³², pároco da cidade de Monsenhor Hipólito-PI, argumenta:

Eu confio muito na medicina hoje de bons médicos, mas, acredito também na força da oração. E te digo: as duas juntas até melhoram mais a nossa saúde. Então, eu não separaria uma da outra não. Também não coloco nenhuma inferior a outra, te digo assim: tem problemas de saúde que vai precisar do médico, mas, tem outros problemas que precisam também da oração das pessoas que se dedicam a isso. Então uma anda ligada a outra. (Trecho da entrevista com o Pe. Miguel Feitosa, em Dezembro de 2013).

Podemos perceber que o Pe. Miguel Feitosa compartilha do imaginário da doença e da cura vivenciado nesta comunidade. Para tanto, admite haver “*problemas de saúde que vai precisar do médico, mas, tem outros problemas que precisam também da oração das pessoas que se dedicam a „isso“*”. Esse argumento transborda forte crença na cura pela oração ou ainda pela reza das benzedeadas. Assim, o sacerdote não vê a medicina longe da religião, pois, para ele cada um desses dois sistemas cumpre uma função na cura. Portanto, o religioso não acredita na possibilidade de cura longe do “círculo sagrado”. Neste argumento está implícito a crença na intercomplementariedade entre as duas formas de cura – a popular e a erudita, já que as “*duas juntas até melhoram mais a nossa saúde.*” Endossando essa perspectiva o religioso comenta que:

Todo problema de saúde ele é também um problema de reza, e precisa de oração, porque nós precisamos rezar pra abençoar as mãos de um médico no momento de uma cirurgia; nós precisamos rezar pra que aquele médico acerte no remédio certo. E também acredito nesses problemas mais simples, como o quebranto de criança, que é um dos fatores que mais a gente procura as rezadeiras, os rezadores, né? Eu acredito que tem algumas enfermidades menores, que só a oração possa restituir a saúde. (Trecho da entrevista do Pe. Miguel Feitosa, em Dezembro de 2013).

Nesse trecho o Pe. Miguel Feitosa condiciona o fator de cura às forças sagradas. Para ele, a eficácia dos procedimentos biomédicos depende literalmente da “vontade divina”, já

³² Miguel Feitosa Pereira foi pároco da Paróquia Santa Ana, em Monsenhor Hipólito-PI, no período de 2007 até Dezembro de 2013, quando então foi remanejado para a cidade de Simões-PI, onde se encontra atualmente. O objetivo de fazer a entrevista com o Pároco da cidade era perceber como a Religião Católica vê a prática de benzeduras; uma vez que as rezadeiras pesquisadas neste estudo se reconhecem como sendo de filiação Católica.

que o “percurso da cura” só Deus conhece. Logo, todos os recursos terapêuticos - sejam eles eruditos ou populares, precisariam da permissão divina para obter êxito. O pároco acredita ainda que nas “*enfermidades menores*”, como o quebranto, “*só a oração possa restituir a saúde*”. Esse ponto de vista pressupõe haver uma separação entre “doenças de rezadeiras” e “doenças de médicos”. Sendo que os médicos seriam incumbidos de tratar das endemias mais graves, “*porque nós sabemos que tem muitas enfermidades que são necessárias uma intervenção cirúrgica.*”. (trecho da entrevista do Padre Miguel).

Portanto, para o Pe. Miguel Feitosa, as rezadeiras teriam a permissão da Igreja Católica para desenvolverem tais práticas de cura, já que o ritual da benção é alimentado por valores cristãos, como a solidariedade e a caridade. Valores esses, que de acordo com o Padre Miguel, viabilizam a cura pela ação da benzedeira, por se tratar de uma “ação para bem” daqueles que precisam. Entretanto, o pároco justifica:

Eu acredito na *fórmula da oração*. O que vem centralizar é a pessoa da Trindade Santa: Pai, Filho e Espírito Santo. Porque nós apenas somos apenas intercessores uns dos outros, como os santos são intercessores diante de Deus. Mas, quem nos cura, quem nos salva é Jesus Cristo. Então, a fé vai mover o próprio Jesus Cristo a vir curar aquele enfermo, aquele doente. Não importa as palavras, o que importa é a intenção, a boa vontade e a fé que essas pessoas envolvidas nesses rituais têm. (*Grifo nosso*. Trecho da entrevista com o Pe. Miguel, em Dezembro de 2013).

Neste fragmento da entrevista o Pe. Miguel Feitosa explica que a cura é dada por Deus a todos aqueles que nele acreditam. Logo, ele pontua que “*a fé vai mover o próprio Jesus Cristo a vir curar aquele enfermo, aquele doente*”. Para este sacerdote, o que vai definir a cura da enfermidade não são apenas as palavras de fé professadas pela rezadeira, mas também a fé das pessoas envolvidas no ritual religioso. Essa concepção é defendida pelo antropólogo Lévi-Strauss em seu famoso artigo “*O feiticeiro e sua magia*”, no qual ele destaca os três elementos necessários à eficácia da cura pela magia. Assim, ele argumenta que o processo de cura é amparado em três instâncias de fé principais. Que são elas:

A do próprio xamã que, se sua evocação é real (e, mesmo se não o é, somente pelo fato do exercício); experimenta estados específicos, de natureza psicossomática; a do doente, que experimenta ou não uma melhora; em fim, a do público, que também participa da cura, e cujo arrebatamento sofrido, e a satisfação intelectual e afetiva que retira, determinam uma adesão coletiva que inaugura, ela própria, um novo ciclo. (STRAUSS, 1975, p.13).

Portanto, essa tripla experiência de fé se constitui em fator determinante no processo de cura pela benzeção, já que só a fé da rezadeira não basta para que se tenha êxito nesse ritual. Assim, Esta terapeuta cumpre o papel de intermediar a comunicação entre as duas instâncias: céu e terra.

Ao ser questionado sobre a qualidade da relação entre as duas terapêuticas – a benzeção e a biomedicina – o sacerdote da Paróquia de Santa Ana afirma não haver nenhum conflito ou contradição entre as duas formas de medicinas: a popular e a oficial, pelo contrário, supõe haver uma relação amistosa entre os dois sistemas de cura aqui analisados.

Já ouvi a rezadeira dizer: olha eu rezei, mas, você não estar com algo que eu de costume reze, por isso procure um médico. Já ouviu alguns médicos dizer: você tem tal enfermidade, vou lhe passar um remédio tal, mas, você pode procurar uma pessoa que reze pra isso, que você também está precisando. Então, não vejo nenhum conflito, pelo contrário, uma vive unida a outra. Vejo uma proximidade muito grande uma com outra. (trecho da entrevista do Pe. Miguel Feitosa, em Dezembro de 2013).

Tal relato é emblemático, pois, fornece subsídios para pensarmos a relação das rezadeiras com os profissionais de saúde do PSF nas comunidades de Mearim I, Serra Azul e Jacarandá. Além disso, o conteúdo do depoimento do Pe. Miguel sinaliza no sentido de uma aproximação entre as duas esferas de cura: a popular e a científica. De modo que o sacerdote corrobora com a nossa constatação inicial: de que há uma relação de complementariedade entre os dois serviços de cura aqui estudados – o da rezadeira e o da medicina comunitarista (PSF). Percebemos na análise dos relatos dos usuários de saúde que essa afirmação é uma afirmação corrente entre eles.

O Pe. Miguel Feitosa afirma ainda, já ter ouvido médicos renomados fazerem indicações a seus clientes para procurarem também os serviços das rezadeiras. Para o sacerdote, as práticas de cura das rezadeiras são tão importantes quanto às terapêuticas médicas. Na sua visão, ambas as terapêuticas cumprem um papel de cura. Afirmando haver doenças de incumbência médica e doenças de incumbência das rezadeiras. É o que se verifica neste trecho da sua entrevista:

Olha pra mim, as duas são importantes, tanto a prática de cura das rezadeiras como a dos médicos. Porém, tem doenças que só as rezadeiras curam, como por exemplo, o quebranto, o fogo selvagem e o cobreiro brabo. Já existe outros males que os médicos que a cura é domínios dos médicos. São doenças que geralmente precisam de cirurgias, etc. Mas, quero dizer que todas as terapêuticas só tem eficácia se Deus permitir. Não existe cura sem a força de Deus. Então, as rezadeiras tem um papel importante, assim como

também, os médicos têm. Mas, não vejo os dois sistemas em conflito, pelo menos em Monsenhor. Pra mim, elas se misturam porque o povo usam as duas, sem fazer distinção. (Informações cedidas pelo Pe. Miguel Feitosa em Dezembro de 2013).

O conteúdo das entrevistas com as rezadeiras das comunidades analisadas neste estudo revelam que elas não negam as explicações científicas das doenças, pelo contrário, elas incorporam os conhecimentos médicos a um *esquema mais amplo de causa e efeito*. Por outro lado, quando acometidas por algumas doenças como no caso de uma pneumonia, de origem orgânica, não hesitam em procurar os serviços médicos dispostos nos postos de saúde mais próximos das suas residências. Portanto, “apesar de atribuírem, em diversas situações, a origem da doença a uma causa espiritual ou metafísica isso não implica negar a explicação científica da doença”. (QUINTANA, 1992, p. 136). Nessa perspectiva, a rezadeira Nilça, moradora do Povoado Serra azul, esclarece:

Acredito na medicina também. Eu pra minha pessoa, eu só procuro quanto tá no último apelo, quando não dá pra resolver aqui. Mas, não é por falta de acreditar neles, mas, a gente sente dificuldades, né?! Dificuldade às vezes financeira, às vezes as dificuldade de sair, a gente se sente bem em casa. (Trecho da entrevista com Dona Nilça, em 25 e 30 de Maio de 2014).

A validade das duas terapêuticas também é atestada no depoimento da benzedeira Dona Beta, que argumenta: “*as rezas cura, do jeito das doutor mesmo. Cura do mesmo jeito que os doutor... curam também.*” (sic.). Sendo assim, as rezadeiras, assim como seus clientes, não veem as duas terapêuticas – a popular e a erudita – de forma antagônica. Desse modo, as benzedeiros também orientam seus clientes a procurarem os serviços médicos do PSF quando entendem que a terapêutica da benzeção não é indicada para curar tais enfermidades ou ainda quando estas entendem ser esta prática insuficiente para erradicação completa do mal que se bateu sobre o corpo do seu cliente.

No momento da entrevista com dona Bernabete, ela deixa claro que acredita também na medicina biomédica, afirmando solicitar seus serviços costumeiramente. Já que sofre de problemas relacionados a um baixo nível de pressão arterial. Acompanhem um fragmento de sua fala:

Acredito nos médicos também, eles são muito bons. Eu procuro os médicos todo dia. Quinta-feira mesmo eu fui procurar. Zé Airton mesmo é quem me cura, cuida de mim. Vou mais procurar atendimento em Picos. (Trecho da entrevista realizada com Dona Bernadete).

Portanto, as rezadeiras entrevistadas não negam a validade das práticas médicas, ao invés disso, entendem que as duas terapêuticas devem andar juntas para promover um pleno estado de saúde das pessoas.

Por outro lado, as pessoas que procuram os dois sistemas de cura – o científico comunitário e o mágico religioso - as doenças possuem tanto causas naturais como sobrenaturais. Seguindo tal concepção as pessoas procuram as rezadeiras pra curar as doenças de cunho espirituais e os médicos nos casos de patologias de causas orgânicas e/ou ainda em casos endêmicos que necessitem de processos operatórios.

Entretanto, ressalta-se, que nem sempre a busca dessas terapêuticas se dá dessa forma ordenada, isto porque, a dinâmica do momento de dor imputado pela enfermidade, cria lógicas próprias, adequando-se a cada situação.

Contudo, esses sistemas se inter-relacionam no universo híbrido das pessoas comuns. Pois, a gente comum todos os meios que podem contribuir para a restauração da harmonia perdida com a doença, são igualmente aceitos. Assim, para a clientela o que importa são fins e não meios, ou seja, não importa a terapêutica utilizada, o importante é ela contribuir para a harmonia do corpo e da alma, ajudando a construir uma melhor qualidade de vida.

Seguindo essa trilha, a fala de Genésio Apolinário da Silva, morador da comunidade Jacarandá, exemplifica bem essa questão.

Quando eu tou doente, primeiro eu procuro uma rezadeira, próxima de casa, que eu confio, depois se não der jeito, aí vou no médico. Mas, primeiramente eu procuro a rezadeira, porque eu acredito... Tem doença que os médicos não cura, vai no rezador e fica bonzinho (Trecho da entrevista com o senhor Genésio, em Novembro de 2013).

Pelo depoimento do senhor Genésio percebe-se o costume de procurar os serviços das rezadeiras quando se acha enfermo, pois, se diz acreditar na terapêutica de benzedura. Por outro lado, em seu depoimento, esse senhor parece muito favorável ao diálogo das duas terapêuticas. Logo, afirma procurar também a medicina comunitária do PSF, caso os mecanismos de cura da rezadeira não tenham um efeito satisfatório, reorganizando as funções do corpo e da mente.

3.2 “Doenças de Médicos” e “Doenças de Rezadeiras”

Essa visão que divide as doenças em duas esferas, uma situada no plano espiritual e a outra no plano terreno ou material, de domínio biomédico pode ser encontrada nas falas dos diferentes atores sociais envolvidos na confecção deste ensaio de pesquisa. Sendo assim, os depoimentos das rezadeiras apontam para tal existência dual. Observe logo abaixo o relato de dona Francelina, moradora da comunidade Serra azul.

Eu acredito que existe doença de médico e doença de rezadeiras. Aquela menina de Duamparo de Toinho de João Roque, por exemplo estava com uns cravos nos pés, e os doutor disseram que não podiam mexer porque estavam enraizado no osso e eu rezei e se acabou. É porque era doença de reza. Outra senhora mãe de Gonzaga, que mora aqui perto, ela Estava com o mesmo mal, operou, mas, com poucos dias estava do mesmo jeito. Os cravos voltaram. Agora ela foi no médico de novo e Zé Airton disse que não podia mais mexer não, porque tava enraizado no osso. Não podia operar. Ela veio pra eu rezar e eu estou com fé em Deus que ela vai ficar boa. Então, existe coisa que só cura com reza. (Trecho da entrevista com a rezadeira Francelina, realizada em Novembro de 2013).

Nesta fala da rezadeira Francelina, percebe-se, que, ela acredita literalmente na existência de “*doença de rezadeiras*” e “*doença de médico*”. Sendo que pra exemplificar essa visão, ela cita dois casos em que os pacientes sofriam de um mesmo mal: “cravos nos pés”. Nos dois casos a benzedeira percebe na doença um agravante a mais: “estavam enraizados no osso”. O que de acordo com ela, impede que o médico intervenha para retirar o mal. De acordo com ela, o médico não podia mais promover um procedimento cirúrgico, já que a doença já estava em estágio avançado, enraizada no osso.

Portanto, tanto para a rezadeira como para sua clientela, as duas terapêuticas são vistas de forma complementar. Ambas tem importância no cotidiano dessas pessoas comuns, pois servem de mecanismos de combate à dor e ao sofrimento, durante os processos endêmicos. Nesse sentido, Shweickardt, argumenta:

A prática médica não substitui nem contradiz a prática do mágico, mas, é incluída no discurso totalizador do rezador e das pessoas que buscam o ritual mágico. O doente ao entender seu problema que é ritualizado, revivido e diagnosticado passa a ter condições para elaborar o significado de sua ação atual. A partir do ritual a pessoa cria uma nova realidade, fazendo com a cura seja entendida como uma nova condição e uma nova compreensão de seu modo de vida. (SHWEINCKARDT, 2000, p.194)

Dona Francelina corrobora com essa ideia e, enfatiza:

Jesus deixou a medicina pras pessoas não morrerem a mingua. É muito importante também. Mas que a reza também eu acho muito importante. Tem gente fraquinho de condição, que não tem condição de pagar consulta, ir para o médico, e aí vai procurar a rezadeira pra curar, e Deus cura, porque ele sabe que essa pessoa não tem condição de procurar a medicina, cura com a reza. As duas são importantes. Podem se juntar pra curar. Porque as duas são obras de Deus. Tanto a medicina, como a reza são obra Deus, porque quem sou eu, ser humano, sem as força de Deus pra curar ninguém? Não temos esse poder e essa força, só se Deus der. Agora se ele der o poder da pessoa curar, ele cura. É com o poder dele. (Trecho da entrevista com a rezadeira Francelina).

Nesse trecho da entrevista a terapeuta expõe sua posição relativa à relação das duas terapêuticas, a popular e a oficial, sendo que, pra essa Terapeuta de Cura Popular, os ofícios desenvolvidos pelas duas artes de curas são importantes, pois, *“ambas são obras de Deus”*. De acordo com essa visão, cada terapêutica cumpriria uma *“missão divina”* aqui na terra, sendo que *“Jesus deixou a medicina pras pessoas não morrerem à mingua.”* Assim, a terapêutica popular se incumbiria, preferencialmente, de cuidar dos males dos mais marginalizados financeiramente.

Pois,

Tem gente fraquinho de condição, que não tem condição de pagar consulta, ir para o médico, e aí vai procurar a rezadeira pra curar, e Deus cura, porque ele sabe que essa pessoa não tem condição de procurar a medicina (...) cura com a reza. (Trecho da entrevista da rezadeira Francilina).

Esta terapeuta, portanto, destaca a carência financeira como um dos motivos que fazem com que as pessoas das comunidades pesquisadas procurem os serviços das benzedeadas ou rezadeiras (como preferem serem chamadas) em casos de adoecimento, cujo mal interpretam de antemão ser de domínio da reza. A antropóloga e socióloga Elda Rizzo de Oliveira (1985, p. 47) corrobora com essa ideia ao ratificar que: *“geralmente, as pessoas procuram as benzeções quando apresentam problemas que já sabem, de antemão, que é para a benzedeadada resolver”*.

Entretanto, ressalta-se, que nas comunidades pesquisadas não há um predomínio de uma classe social na procura das bênçãos da cura junto às benzedeadas. Pelo contrário, percebeu-se ao longo da pesquisa, que tanto pessoas mais abastadas como as de origem humilde procuram as graças da cura pela magia por igual medida. Isto porque, compartilham do mesmo imaginário de crenças e superstições que constroem em torno das representações que fazem da doença e da cura.

Assim, a crença não é privilégio dos grupos populares, embora neles seja aceita de uma maneira explícita. Poderíamos ainda dizer que nos grupos populares ela se apresenta como um discurso admitido, o que em nosso meio é debatido em silêncio. (QUINTANA, 1999, p.143).

Observamos ao longo da nossa pesquisa de campo que as pessoas mais abastadas das comunidades Serra Azul, Mearim I e Jacarandá também procuram os serviços das rezadeiras nos momentos de aflição pela presença da doença. Portanto, nas comunidades pesquisadas ricos e pobres se misturam a compartilhar das mesmas crenças e superstição que envolve os fatores doença e cura. Essa consideração é corroborada pelo depoimento de dona Francelina, moradora do Povoado Serra Azul, que esclarece: *“Todo mundo me procura pra rezar: pobre, rico, Católico, evangélico. Não tem disto não... Todos vêm quando precisam”*.

Esta afirmação da terapeuta pode ser explicada pelo fato dos ritos mágicos demonstrarem uma grande plasticidade e sincretismo, moldando-se com facilidade às necessidades e aspirações de diferentes camadas sociais. (BITHENCOURT, 2004).

Nesse sentido, entendemos, que a sobrevivência e persistência cultural da benzedura, enquanto prática social legitimada pelas comunidades de Monsenhor Hipólito, não pode ser vista somente sob uma análise simplista e estereotipada, que explica tal fato por fatores puramente econômicos: de acordo com a qual, essa prática de cura popular só existe atualmente no contexto social de pessoas ignorantes e pobres, desprovidas de assistência médica. Pois, esta visão que:

Enxerga a benzeção aos pedaços não consegue perceber toda a riqueza desses processos sociais atrás do rústico, do ridículo; quantas formas concretas de viver se escondem atrás dessa concepção autoritária e insensível, que tem muitas vezes, como pressuposto, que a escolha pela medicina erudita seja a forma ideal de curar o conjunto da sociedade. (OLIVEIRA, 1985, p. 72)

Na nossa concepção, análises desse tipo não dão conta de explicar a permanência de tal prática, pois, a sua atuação está circunscrito no terreno da cultura dessa sociedade, que dá o suporte simbólico e prático para a sua permanência. Nesse sentido, a prática da benzeção, enquanto produto social desses grupos analisados guarda segredos profundos presentes na cultura destes grupos sociais.

Portanto, supomos que a concepção de saúde presente no imaginário coletivo desses grupos serve de sustentáculo para as permanências dessas práticas mágico-curativas no meio

rural dessas comunidades de Monsenhor Hipólito, ao passo que são permeadas de elementos de uma religiosidade popular, fluída, e essencialmente híbrida. Visto que “a religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica imaginada e projeta imagens da ordem cósmica no plano da experiência humana.” (GEERTZ, 2012, p.67).

Nesse sentido, a religiosidade praticada por esses grupos serve mecanismo de ligação e harmonização das crenças e superstições no âmbito da saúde, como também das práticas curativas praticadas por esses sujeitos, nos seus cotidianos de vida. Pois, como orienta Quintana (1999, p. 46):

Se a doença é caracterizada pela desordem, falta de significação, a cura, por sua vez, vai procurar uma reordenação, uma ressignificação. Esta não poderá ser obtida remetendo-se a doença meramente a uma causa determinada, é necessário que seus sintomas sejam articulados a um todo, a um sistema de significações. Noutras palavras, o paciente encontra-se diante de um conjunto de sintomas que não fazem sentido para ele. Será preciso que alguém lhe ajude a construir uma linguagem socialmente aceita, por meio da qual possa pensar, compreender e experimentar esses sintomas. (QUINTANA, 1999, p. 46).

Nessa perspectiva, para a cura de determinada doença é necessário que o enfermo encontre uma narrativa da doença compatível com seu acervo de crenças e superstições, respaldadas pelo corpo social do qual faz parte. Assim,

O individuo poderá aceitar o fato de sua doença se puder outorga-lhe um sentido. A dor é sempre intolerável enquanto significar algo arbitrário. Mas, quando ela adquire um sentido, torna-se suportável. É em busca dessa linguagem que as pessoas procuram uma rezadeira. (QUINTANA, 1999, p.47).

Desse modo, “apenas quando podemos nomear, é que podemos pensar, e assim, de alguma forma, controlar o evento”. (Idem). Para o psicanalista, esse processo de significação só é possível por meio de um símbolo socialmente aceito. Deste modo, o símbolo sempre vai estar integrado num sistema de crenças partilhadas pelo grupo.

Quintana (1999, p. 21) coloca uma questão importante ao afirmar, que a função da benzedeira, como também a do psicanalista, consiste em realizar um enlace entre o fator originário do *sofrimento* e aquilo que se pode denominar de mito verdadeiro. Nesse sentido, Quintana (1999) sugere aproximações entre o trabalho do médico e o da rezadeira, resguardando um espaço especial para esses agentes no processo de cura. E questiona se a função do médico não é daquele que vem restaurar uma ordem perdida. Pois, de acordo com

ele, “sua função é de ser aquele que vai eliminar a doença. Assim, ele se coloca num lugar de quem tem o poder para recompor a ordem” (QUITANA, 1999, p.34) perdida com a doença.

Podemos analisar essa questão a luz de estudos que tratam sobre o “efeito placebo” - situação onde pessoas enfermas creem na eficácia de determinado medicamento sem comprovação química ou farmacológica. Nesse sentido, o médico e escritor Almicar G. Gigante, em seu estudo “O que é remédio”, salienta, que no processo de cura “a droga mais usada é certamente o médico” (GIGANTE, 1988, p. 19).

Este autor nos orienta que “sem compreender essa ideia, é difícil aceitar que possam ser às vezes tão diversos os resultados obtidos a partir de igual orientação”. (Idem). Podemos então supor, que se dois pacientes, sofrendo da mesma doença, forem ao mesmo médico e, receitados como o mesmo remédio, poderão alcançar resultados distintos. Isso acontece “porque os resultados são dependentes, em grande parte, da pessoa que indica o tratamento.” (idem).

Assim, Gigante argumenta:

Tão importantes têm sido os placebos, tão nítido é o efeito placebo incluído em qualquer método de tratamento que há quase cinquenta anos tem sido norma utilizar deliberadamente placebos para o estudo da ação de novos medicamentos. (GIGANTE, 1988, p.19)

Portanto, este autor diz que não haver dúvidas, existe realmente a influência do “efeito placebo” na eficácia de qualquer tipo de tratamento. Por isso, muitos laboratórios de remédios, dos principais países do mundo, utilizam-se dos placebos para testar a ação de novos medicamentos.

É pertinente trazer para essa discussão o texto da doutora em psicologia Maj-Britt Niemi, publicado na *Revista Mente e Cérebro* com o título “**O poder do placebo**”. Neste estudo, a pesquisadora sugere que:

As expectativas do paciente têm enorme influência sobre o sucesso do tratamento. A novidade é que as alterações metabólicas desencadeadas por influências subjetivas são, pelo menos em parte, mensuráveis. O efeito desses agentes é provocado não apenas pela crença, mas, também por processos psicológicos. (NIEMI, 2013, p.07)

Portanto, podemos supor que a figura do médico, o lugar que ele ocupa em relação ao paciente e, principalmente, a confiança do paciente depositada nesse profissional, contribui

como fator de cura. Isto porque “tudo que gera confiança no paciente reforça a chance de cura.” (NIEMI, 2013, p.13).

Para a pesquisadora do departamento de psicologia da universidade de Zurique, até mesmo “o nome sugestivo de um preparado e até o alto preço do produto contribuem para o sucesso do tratamento”. (Idem). A psicóloga argumenta ainda, que inclusive o “tamanho das cápsulas, cor, frequência da administração e até quanto tempo o médico dedica ao paciente influem no resultado da terapia”. (NIEMI, 2013, p. 08).

Portanto, pesquisas com medicamentos ou terapias que se submetem ao “efeito placebo”, supõem que a visão de doença e de cura, deve ser ampliada no sentido de incluir o lado psicossocial, que estão interligados com as funções físicas ou orgânicas do corpo. Logo, compreendemos que a doença é uma linha contínua, que tem saúde e doença em cada um de seus extremos. Esta última não se desenvolve somente no interior da pessoa, mas, entre ela e o ambiente.

Nessa perspectiva, a figura do médico se apresenta para o paciente como detentora de um conhecimento singular, que o capacita para decifrar os “enigmas” que circundam o processo endêmico. Pois, a doença se apresenta para o enfermo como algo indecifrável, por isso, necessita de explicações coerentes para tal desordem. Nesse sentido, a doença se apresenta como fator desconhecido aos olhos das “pessoas comuns”, que só mesmo um sujeito tão excepcional (nesse caso o médico) poderá oferecer-lhe uma narração compreensível da sua doença, logo aceitável.

Dessa forma, o médico transforma-se numa “figura mística”, vestida de uma aura mágica. Desta sorte, “a situação social que ocupam os predestina a exercer a magia e, reciprocamente, o exercício da magia os predestina à sua situação social.” (MAUSS, 2003, p.67). Entretanto,

Quando vemos a magia associada ao exercício de certas profissões, como a de médico, de barbeiro, de ferreiro, de pastor, de ator, de coveiro, não há dúvida que os poderes mágicos são atribuídos não a indivíduos, mas a corporações. (MAUSS, 2003, p. 66).

Portanto, os clientes da medicina alopática ao atribuírem “poderes mágicos” aos profissionais biomédicos, antes o fazem com a corporação ou instituição a qual estes se ligam, isto porque, as instituições médicas na modernidade gozam de grande prestígio social. Por este motivo, revestem-se de “valores místicos”, já que aos olhos dos seus adeptos ela tem o domínio da vida e da morte. Logo,

Todos os médicos, todos os pastores, todos os ferreiros são, ao menos virtualmente, mágicos. Os médicos, porque sua arte está misturada à magia e, em todo caso, porque é demasiado técnica para não parecer oculta e maravilhosa (...). A vida profissional dessas pessoas as separa do comum dos mortais, e é essa separação que confere a todas a autoridade mágica. (...). A situação excepcional dos indivíduos que têm na sociedade uma autoridade particular pode, ocasionalmente, fazer deles mágicos. (MAUSS, 2003, p.66).

Nesse sentido, o lugar social ocupado pelos médicos os predestina a fazer “curas milagrosas”, pra não dizer mágicas, aos olhos da sua clientela, que muitas vezes, encontra-se fragilizada pelo processo endêmico. Portanto, o profissional biomédico é transformado pelo público em agente revitalizador da vida, afastando a ameaça eminente de morte imputada pelo fator mórbido. Podemos supor que representação semelhante faz os clientes da benzedeira, pois, acreditam ser esta profissional popular detentora de virtudes mágicas de cura, tendo por seu turno ligação íntima ao universo sobrenatural, de onde provém as graças sobre seus clientes.

Portanto, a confiança depositada seja no tratamento de cura da rezadeira ou do médico, é essencial para que a terapia utilizada tenha resultados satisfatórios. Logo, a confiança e o respeito direcionado a essas terapeutas são fatores essenciais para a eficácia dos tratamentos por eles ministrados. Nesse sentido, as qualidades atribuídas as rezadeiras exercem uma função simbólica no tratamento, pois, como defende Alberto M. Quintana (1999), as qualidades de bondade e sacrifício que a clientela atribui a rezadeira, faz com que tudo nela irradie sua qualidade de benfeitora. Sendo que a bondade funciona como polo do sagrado que, por si só, mantém afastado o seu polo oposto: a maldade.

Sendo assim, como salienta Quintana (1999, p.177), essa aura de bondade, vistas nas rezadeiras, se transforma num dos elementos de sua terapêutica, pois, é também sua bondade que afasta as forças do mal.

Essa ideia pode ser encontrada no depoimento da senhora Miliana, moradora do Povoado Serra azul e usuária da prática de benzeduras. Ela argumenta que:

Existe rezadeiras que rezam com mais vontade. Eu vou ali em Lilda, Dona Nilça e Neta, proque eu acredito assim (...) na boa vontade delas, porque eu vejo que elas rezam com boa vontade, interesse...eu acho assim: que essas rezas valem mais. Essas coisas que você faz com interesse, vontade, de coração, aí funciona mais ligeiro. Eu vejo que elas têm mais vontade, tem mais fé, aí eu acredito ainda mais nelas. (risos). Aí funciona mais nessas três,

só vou mais nelas três. E sempre dá certo. Eu confio mais nelas. (Trecho do depoimento com Dona Miliana, em 5 de Julho de 2014).

Neste trecho da fala de D. Miliana, percebe-se que ela agrega valores do que é ser uma boa rezadeira: *ter fé, boa vontade, interesse de ajudar*. Segundo ela, essas rezas onde a rezante demonstra ter mais fé e, principalmente, está disposta a promover a caridade, a reza “funciona mais ligeiro”, ou seja, tem uma melhor eficácia na cura.

Em resumo, é provável que médicos primitivos, do mesmo modo que seus colegas civilizados, curem ao menos uma parte dos casos de que cuidam, e que, sem esta eficácia relativa, os usos mágicos não teriam podido conhecer a vasta difusão que os caracteriza, no tempo e no espaço. (STRAUSS, 1975, p. 18)

Assim, “a doença integra a ordem biológica com a ordem sociocultural ao produzir alterações tanto no corpo como nas funções sociais”. (QUINTANA, 1999, p.26). Como supõe este pesquisador, essas relações sociais podem incluir o trabalho que o indivíduo desempenha no seu dia-a-dia, suas relações na comunidade, à percepção da doença pelos vizinhos, sua vida familiar, a própria economia, etc. Portanto, a doença nunca se esgota no indivíduo doente, nem surge separada do social.

No entanto,

Se por um lado, a medicina pretende restringir a doença a seu aspecto meramente orgânico, por outro, em sua atuação ela deixa transparecer as articulações da doença com o social, uma que a atuação médica se dissemina por todo tecido da sociedade: há atuação da medicina no seio da família, no trabalho, nos costumes sociais, alimentares, hábitos de higiene e de vida, no urbanismo, no trânsito, etc. É difícil achar um campo do social em que a medicina não se faça presente. (QUINTANA, 1999, p. 26).

Portanto, apesar da pretensa neutralidade científica, a medicina mantém em sua prática diária uma relação particular com o tecido sociocultural na qual está inserida. Nesse sentido, a medicina é mais um componente do tecido social.

Desta forma contrariando seu próprio discurso, a medicina, em alguns aspectos, considera que a doença ultrapassa o aspecto biológico. É interessante ressaltar essa contradição: na sua vertente preventiva, a medicina se expande no corpo social, ao passo que, na sua prática terapêutica, esse contexto sociocultural do paciente é expurgado. (QUINTANA, 1999, p.26). Tal vertente preventiva é trabalhada dentro da chamada medicina social, campo esse que nasce da necessidade de se compreender o aspecto endêmico como fator relacionado

às condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos nas suas relações com o meio em que estão inseridos.

Sendo assim, a história da medicina social é, em grande parte, a história da política e da ação social em relação aos problemas de saúde. Nesse sentido, a medicina social é uma disciplina aplicada. Utilizando todos os conhecimentos e métodos capazes de atender aos objetivos de seus profissionais, a medicina social tem sido bastante pragmática. (ROSEN, 1979, p.01). Desta maneira, a medicina social tem se voltado para os problemas de saúde e suas raízes ou causas sociais com objetivo de agir sobre eles. (Idem).

Esta pesquisadora ressalta que o processo de constituição desse campo de ação médica recebeu grandes impulsos na segunda metade do século XIX, onde as preocupações com a higienização das cidades, às condições de moradias das pessoas, o nível político e econômico passam a ser vistos como fatores de risco a saúde das populações. Para tanto, foi preciso criar um campo de ação específico para cuidar desse aspecto socioambiental e cultural ligado às doenças. Sendo assim,

Ora a medicina social significa “investigar a influencia dos fatores sociais, genéticos, ambientais e domésticos na incidência da doença a incapacidade”, ora se define o ambiente como “a totalidade das possibilidades de experiência econômica, profissional, educacional e psicológica do indivíduo ou da comunidade.” Se o ambiente é tão amplamente definido, então os fatores sociais e domésticos também fazem parte dele. (ROSEN, 1979, p. 132).

Entretanto o modelo biomédico tradicional veio a se mostrar no século XXI como um modelo incapaz de atender as novas demandas de assistência à saúde. O que fez com que se debatessem cada vez mais novas políticas de atenção à saúde. Para mudar esse quadro médico limitado, fez se necessário uma reformulação ou inovação da medicina praticada no país. O modelo bio-social, pensando em Alma Alta, é um exemplo disso.

Em favor dessa realidade surgiu a intenção aberta de aproveitar as experiências, os conhecimentos da população e da medicina tradicional nos sistemas de saúde no mundo, que se iniciou oficialmente com a declaração de Alma Ata em 1978, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) convidou os países membros para procurar e obter a participação ativa da população, aproveitando seus conhecimentos nesta medicina tradicional, considerando suas necessidades, recursos locais e características sociais e culturais.(CALVACANTE, 2006, p.21).

Nesse sentido, a OMS definiu medicina tradicional, como sendo:

Um sistema abstrato de conhecimento mágico religioso, que está firmemente enraizado em um substrato ideológico, que manifesta uma notável capacidade de adaptação à mudança. Compreende o conjunto de idéias, conceitos, crenças, mitos e procedimentos, sejam explicáveis ou não, relativos às enfermidades físicas, mentais ou desequilíbrios sociais. (BRICEÑO-LEÓN, R. *apud* CALVACANTE, 2006, p.21).

Após esse acordo, foram emitidos diversos outros acordos e propostas internacionais para valorizar o sistema tradicional de cura, como o artigo de 25 do convênio 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1989). (CALVACANTE, 2006, p. 21). Portanto, muito tem se esforçado para abrir um espaço de diálogo entre essas medicinas. Mesmo que estas propostas sejam, na verdade formas de cooptação destes outros saberes medicinais, institucionalizando-os e normatizando-os. (CALVACANTE, 2006).

Por conseguinte esta proposta ganhou terreno nas políticas em saúde do Brasil. Para tanto, em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), visando promover à assistência básica à saúde junto às comunidades dispersas pelo território brasileiro. Visava ainda, aumentar a acessibilidade das pessoas ao Sistema único de Saúde (SUS) em cada município, promovendo uma política de prevenção e promoção à saúde junto às famílias cobertas pelo programa.

A presença do programa em cada município é dada por uma equipe multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde. Portanto, o SUS traz na sua proposta - viabilizada através do PSF, o objetivo de alargar as ações de atendimento à saúde básica, levando em conta os aspectos psicossociais de cada grupo. Além, disso a própria visão da doença e da saúde foi ampliada, incluindo nesse programa um conceito antropológico da doença.

Para tanto, esse “Movimento de Saúde Coletiva” propõe um campo interdisciplinar “cujas disciplinas básicas seriam a epidemiologia, o planejamento/administração da saúde e as ciências sócias em saúde, o qual valoriza a dimensão subjetiva dos atores sociais, cujas vivências abririam novas possibilidades de reflexão e ação.”. (Paim e Almeida, 2000, *apud*, Martins, 2001, p.21).

Percebe-se aí o apelo a valorização da dimensão simbólica de cada grupo, além disso, propõe reformulação da qualidade da relação entre o curador e seu paciente. Portanto, tal concepção aproxima a prática médica das terapêuticas populares desenvolvidas pelas benzedadeiras nas comunidades de Serra Azul, Mearim I e Jacarandá.

Esse esforço de reformulação do modelo biomédico estimulado pelo SUS coloca o PSF como carro chefe na efetivação de tal proposta junto às diversas comunidades. Nessa proposta os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ganham importância especial, visto que, são eles que fazem o contato direto e permanente na assistência junto à comunidade de sua abrangência. É pertinente salientar, que esses profissionais tem como espaço de atuação sua própria comunidade, o que os habilita a agirem de forma mais eficiente, visto conhecerem e compartilharem das mesmas ideias, costumes e crenças do grupo, nos qual estão inseridos.

Nessa perspectiva, as várias políticas em saúdes fomentadas pelos meios biomédicos do país, principalmente, através do SUS, colocavam em evidência a necessidade de se levar em conta as dimensões socioculturais dos grupos cobertos pela política de saúde sanitária do país. Nesse sentido, era necessário estreitar os laços com as muitas terapias enraizadas no imaginário coletivo de cada grupo. Dentre estas terapêuticas, está a benzeção, como uma “medicina espiritual”.

Porém, tal enlace, na prática - longe do nível do discurso, fornece dinâmicas próprias. Logo, o contato desses dois sistemas terapêuticos – o biomédico e popular, age de forma ativa e silenciosa, constituindo um sistema complexo de cura, caracterizado por experiências de hibridismos, onde os diversos atores sociais entrelaçam seus conhecimentos, suas ideias, suas crenças, e, em fim, suas práticas, reatualizadas sempre ao nível da cultura.

Os depoimentos com os ACS³³, demonstram que esses profissionais mantêm uma relação íntima com a medicina mágico-religiosa desenvolvida pelas benzedadeiras das suas povoações, o que faz com que atualizem seus conhecimentos e crenças medicinais continuamente, a partir da relação de “troca de experiências terapêuticas” que se estabelece por meio do diálogo que se verifica no momento da visita domiciliar dos ACS na casa das rezadeiras.

É o que se verifica no depoimento da ACS do povoado Jacarandá, Francisca Maria de Jesus Coelho, conhecida pela sua comunidade pelo pseudônimo de “Chichica”:

Além do contato de parente, tem minhas visitas que faço sempre na casa dessas pessoas, me dou muito bem com todas elas. Me recebem muito bem. A gente conversa bastante, troca experiências, elas me contam tantas histórias, você nem imagina... São muito atenciosas comigo, gosto de ouvir elas, porque elas tem muito conhecimento medicinais que já vem dos mais antigos, entende? Me dou muito bem com todas elas. (Trecho da entrevista com a ACS Chichica).

³³ Usamos neste estudo a sigla ACS para designar as duas Agentes Comunitários de Saúde entrevistados nas comunidades de Serra Azul e Jacarandá.

Percebe-se que esta ACS mantém uma relação amistosa com as benzedoras de sua comunidade, o que favorece um movimento recíproco de partilha de ideias, valores, crenças e, acima de tudo, de conhecimentos e técnicas medicinais. Portanto, suas terapêuticas são sempre (re) atualizadas num processo contínuo de hibridismo, onde os dois campos de ação de cura se entrelaçam – o mágico –religioso e o científico, formando uma medicina híbrida nas comunidades Mearim I, Jacarandá e Serra Azul. Percebe-se ainda, que a ACS da comunidade Jacarandá valoriza os conhecimentos medicinais tradicionais, repassados às mais novas gerações através da oralidade, reatualizados pela tradição de cada grupo. Para essa ACS, o diálogo com as rezadeiras é muito enriquecedor, pois, *“elas tem muito conhecimento medicinais que já vem dos mais antigos”*.

Nessa discussão ganha importância à noção de Hibridismo cultural na modernidade, proposta por Peter Burke em seu livro “Hibridismo cultural”. Para esse historiador “não existe uma fronteira cultural nítida ou firme entre os grupos, e sim, pelo contrário, um continuum cultural.” (2003, p.17).

Nessa perspectiva, as práticas culturais desenvolvidas nas comunidades pesquisadas não podem ser vistas numa perspectiva antagônica, limitada, que pressupõe haver uma divisão da cultura em dois níveis: o popular e o erudito. Pelo contrário, as observações realizadas nesta pesquisa constatarem haver práticas curativas que podem ser colocadas numa linha cultural contínua, visto que as duas concepções em saúde analisadas aqui- a popular e a científica- são permeadas por crenças e valores oriundos tanto da ciência médica quanto da religião.

Ressalta-se que ambas terapêuticas possuem elos íntimos com a medicina popular ou caseira praticada desde os tempos que remontam o período colonial brasileiro, caracterizada pela apropriação dos recursos naturais para fins medicinais, sendo, em muitos aspectos, rodeada por apreensões mágicas ou sobrenaturais ao que diz respeito às concepções de saúde e doença, formuladas pela cultura e a tradição de cada grupo.

Para Burke (2003) o avançado processo da globalização atual possibilita a interação das mais diversas culturas, caracterizando um “movimento de misturas culturais” cada vez mais intensos, o que na sua concepção, em longo prazo, formará um grande “caldeirão cultural”. Portanto, “a globalização cultural envolve hibridização”. (BURKE, 2003, p.02). Logo, “por mais que reajamos a ela, não conseguimos nos livrar da tendência global para a mistura e a hibridização”. (Idem).

Nesse sentido, podemos supor que nas comunidades de Mearim I, Jacarandá e Serra azul, não há antagonismos entre a prática de cura da benzedeira e a do Agente Comunitário de Saúde, visto que a relação desses dois profissionais de cura - um representando um saber mágico religioso e outro um saber biomédico - se dá de forma harmônica. Por outro lado, verifica-se um intercâmbio de valores muito intenso entre as duas tendências de cura – a mágica e a científica. Por esse motivo, não podemos falar de práticas de cura puramente científicas e nem de práticas de cura somente religiosas, visto que nas práticas quotidianas dessas comunidades é orquestrado um processo de imbricamento das duas terapêuticas, formando um complexo sistema de cura nas comunidades estudadas.

Logo, os ACS, além de deterem muitos saberes e práticas da medicina comunitarista, compartilham das crenças mágicas de cura desenvolvidas pelas “terapeutas populares”. Além disso, conhecem muitas receitas de chás, ervas e raízes medicinais pertencentes ao acervo da medicina caseira – da qual o PSF se aproximou, “tomando emprestada” grande parte dessas indicações de cura naturais.

Por isso, consideramos, também, os ACS como “sujeitos híbridos”, praticando processos de hibridismos nas suas atividades cotidianas. Isto acontece a partir do momento em que ACS, além de manipularem técnicas e conhecimentos científicos nas suas visitas às famílias da sua comunidade, indicam tratamentos à base de ervas, raízes e plantas medicinais encontrados em ambientes particulares a cada família atendida pelo ACS, como por exemplo, sementes de coentro, folhas de hortelã, folhas de cidreira, o mastruz, folhas de limão, eucalipto, alecrim, capim-santo, etc. É o que se evidencia no relato da ACS do povoado Jacarandá ao ser questionada se nas suas visitas domiciliares indicava algum medicamento de base caseira.

Nós orientamos mais para os tratamentos médicos, seja feitos nos postos de saúde ou mesmo no hospital. Mas, também nós indicamos algumas ervas para o tratamento de algumas doenças (...) eu faço isso sempre. Mas, o PSF mesmo não orienta pra essas práticas populares de cura não. Só quando Zé Virgílio era o Secretário de Saúde, ele orientava o tratamento com ervas, sempre que era viável. Mas, agora não. Porém, deveria ter orientações nesse sentido das terapêuticas populares, pois, tem muitas ervas e plantas que é recomendada pra muitas enfermidades, tem inclusive a Casa das ervas em Picos, né? Às vezes uma coisa leve resolve, né? E os medicamentos caseiros, são muito bons. A erva doce mesmo, todo mundo diz que é ela um calmante; a erva-cidreira também. Só basta às pessoas porem em prática. É melhor que tomar alguns remédios manipulados com os mesmos fins comprados em farmácia. Tudo natural é melhor que os medicamentos comprados nas farmácia, que tem muitas substâncias tóxicas (trecho extraído da entrevista com ACS Chichica, em 20 de julho de 2014).

Assim, a ACS do povoado Jacarandá argumenta que apesar da organização do PSF do município de Monsenhor Hipólito não indicar muito os procedimentos terapêuticos com ervas ou plantas, ela e outros colegas de profissão o fazem de forma espontânea nas visitas domiciliares, nas suas respectivas áreas de atuação. Porém, ela recorda, que “quando Zé Virgílio era o Secretário de Saúde do município, ele orientava o tratamento com ervas, sempre que era viável.”. Esclarecemos que Zé Vergílio é médico pediatra do município de Monsenhor Hipólito. O qual foi Secretário de Saúde nesse município em governos anteriores ao ano de 2012. A ACS chama atenção ainda para as maravilhas curativas das ervas e plantas naturais. Logo, “deveria ter orientações nesse sentido das terapêuticas populares, pois, tem muitas ervas e plantas que é recomendada pra muitas enfermidades”.

Portanto, esta profissional revela ser conhecedora de muitas ervas e plantas medicinais usadas nas comunidades estudadas, indicando ainda um local de vendas de diversas ervas curativas, localizado na cidade de Picos. Supomos que essa senhora é visitante desse espaço de venda de ervas, o que permite alargar seus conhecimentos sobre as ervas e suas indicações. Assim, esta ACS nos alerta, que “*tudo natural é melhor que os medicamentos comprados nas farmácias, que tem muitas substâncias tóxicas*”. Nesse fragmento, percebe-se a preocupação da ACS com os efeitos danosos das drogas medicamentosas vendidas pelas farmácias.

Verificamos através dos depoimentos com os ACS, que estes profissionais compartilham da crença na existência de “doenças de médicos” e “doenças de rezadeiras”, isto se traduz quando estes agentes nas suas visitas domiciliares ao se depararem com casos de algumas endemias, como: *dores de cabeça, dores de dentes, dores de garganta, cobreiro brabo ou fogo selvagem, quebrante, mufina etc.*, orientam a sua clientela para procurar os serviços das rezadeiras. É o que se evidencia no relato da ACS Chichica, quando questionada por nós se já havia indicado alguém para os serviços das rezadeiras.

Já orientei pra pessoa procurar o tratamento de uma rezadeira sim. Lá no Alto de Areia tem uma veinha de Chico Carmo, que reza de *fogo-selvagem*. Aí quando a gente ver sintomas de fogo-selvagem a gente já orienta pra lá. Aquela outra senhora...Francelina de Chico Dôra reza muito bem de fogo-selvagem. Dona Naum mesmo teve um fogo-selvagem que ela se acamou e quem curou foi ela, Francelina. Essas são rezadeiras boas. Eu mando direto, quando eu sei que o povo costuma rezar daquilo ali, que eu sei a rezadeira eu oriento na hora. Digo: Fulano reza é bom demais (**risos**); fulano rezou e desengasgou; rezou e ficou bom de fogo-selvagem. Que é verdade mesmo!

Portanto, a ACS mostra certa admiração pelo trabalho das terapeutas populares. Ao mesmo tempo, ela se esforça pra reafirmar a eficácia dos procedimentos terapêuticos das rezadeiras. Esta profissional nos contou, que quando observa sinais de “doenças de reza” orienta costumeiramente para seus clientes procurarem as bênçãos das rezadeiras mais conhecidas das comunidades vizinhas. Seu depoimento revela ainda, que a ACS conhece muitas denominações de doenças presentes no imaginário coletivo das comunidades estudadas. Além disso, mostra ter conhecimento de muitas curas obtidas junto aos trabalhos das rezadeiras. Assim, seu depoimento atesta que os ACS das comunidades de Serra Azul, Mearim I e Jacarandá partilham das crenças mágicas de cura desenvolvidas no seio popular.

Logo, os ACS quando se acham enfermos de males que identificam como sendo de domínio das rezadeiras, procuram as graças da cura pela reza. Assim, buscam os serviços das rezadeiras pra curar: *solo da cabeça, Izipa, ramo nos olhos, dor ventrusidade*, etc. É comum ainda, nas comunidades estudadas, os ACS levarem seus filhos e netos para serem benzidos de *quebrante, mufina, dor de barriga, vento caído, dor de garganta, engasgo*, etc. Neste quesito, é esclarecedor o depoimento da ACS da comunidade Jacarandá, conhecida como Chichica. Esta, quando indagada por nós se conhecia algumas pessoas da sua comunidade que procuram a terapêutica das rezadeiras, respondeu com um tom de desabafo, revelando ser “paciente ativa” da “medicina mágica” das benzedadeiras. Observe o seguinte diálogo:

Ontem mesmo, veio uma pessoa atrás de uma rezadeira pra rezar na filha dela, eu informei pra dona Celé, era a Janailta. Tem também a Thalia... Ah, de dor de cabeça o povo vem muito! Deixe eu ver...(**pensa um pouco e diz**):
ACS - Eu posso botar eu?

Entrevistador- Pode.

ACS - Pois, pode botar eu. (**risos**) Eu vou direto pra rezar em mim de solo na cabeça! Aqui é quase todo mundo! Quando tomam remédio, tomam remédio e não ficam bons, e dizem: não, é sol é sol... e daí vão nas casas delas e mandam elas rezar de “*solo na cabeça*”. Eu vou lá direto! E lá elas têm uma ciência que sabem se é causado por sereno ou sol. A fé é tão grande que às vezes eu estou é mal, quando termina eu já estou melhor (**risos**). Porque às vezes a dor de cabeça é do sol mesmo, aí só sai com reza. Mas aqui é muita gente que quando vão rezar, já chegam bonzinho em casa. A gente sente direitinho a dor pulsar na testa, e quando reza fica bonzinho. (Trecho da entrevista com a ACS, Chichica- Grifo Nosso).

O relato dessa profissional de saúde revela que ela participa ativamente dos costumes e tradições da comunidade da qual faz parte, compartilhando dos símbolos mágicos de cura do grupo social no qual está inserida. Logo, afirma: “*eu vou direto pra rezar em mim de solo na cabeça! Aqui é quase todo mundo...!*”. Reafirma a crença na existência de doenças que só

curam por meio de rezas. Ela explica: “*porque às vezes a dor de cabeça é do sol mesmo, aí só sai com reza. (Risos)*”. (Grifo nosso).

Ela fala ainda da existência de um domínio próprio da rezadeira na sua ação frente à dor de cabeça: “*elas têm uma ciência que sabe se é causado por sereno ou sol*”. Ressalta mais uma vez a validade das benzeções em meio ao corpo sociocultural hipolitano, comprovando sua eficácia: “*aqui é muita gente que quando vão rezar, já chegam bonzinho em casa. A gente sente direitinho a dor pulsar na testa, e quando reza fica bonzinho.*”. Essa ACS destaca ainda a importância do fator *fé* no processo de cura.

Nesse sentido, a senhora Chichica explica o papel da fé nos dois procedimentos de cura: o biomédico e o popular, ressaltando sua parte na cura. Ela começa elencando os possíveis motivos que fazem uma pessoa procurar uma rezadeira quando se acha doente:

Porque ele já tem costume de ir e a fé. Porque se a pessoa doente não tiver fé não se cura. Porque sem a fé nem mesmo os médicos podem curar ele. Porque toda cura deve ser consentida por Deus, se ele não consentir nada dá certo. Então a fé, a crença é importante no processo de cura, seja ele feito por médico ou por rezadeira. Sem a fé não tem médico que cure. Tem que ter fé em Deus e na medicina. Pode ser os dois né? (risos). Porque só cura se tiver presente os dois. Dizem que Deus é o médico dos médicos. Então, se não acreditar não se cura. Só a técnica não cura...é em tudo. Sem Deus não dá certo nada. Tem muitos casos assim: Olhe um dia mesmo eu vi uma mulher muito fraca mesmo: a pressão baixa, amarela... encamada mesmo. Pois, aí ela ficou boazinha. O que foi que curou?! Foi Deus e o médico. (Trecho da entrevista da ACS, Chichica – Grifo nosso).

A Senhora Chichica diz não acreditar na cura sem a fé em Deus, assim, explica: “*Toda cura deve ser consentida por Deus, se ele não consentir nada dá certo*”. Portanto, os ACS assim como as rezadeiras e seus clientes acreditam que a fé é um elemento crucial para o sucesso terapêutico, seja ele tangido por médicos ou benzedeadas. E conclui: “*Então, a fé e a crença é importante no processo de cura, seja ele feito por médico ou por rezadeira. Sem a fé não tem médico que cure. Tem que ter fé em Deus e na medicina*”.

Logo, a ACS não vê a possibilidade de cura sem uma intervenção divina no sentido de “*permitir a cura*”. Portanto, para essa profissional a medicina e religião andam juntas no processo de cura, por isso não podem ser dissociados um do outro. Essa crença que a cura é algo que transcende o domínio humano é partilhada pelas rezadeiras entrevistadas, sendo unânimes em afirmar que “*não existe a cura sem a fé em Deus*”. Nessa perspectiva, a benzedeadora Dona Bernadete, moradora do povoado Mearim I, enfatiza o papel da fé em Deus no processo de cura pela reza. Analisem:

Tem gente que não se dá bem não... Quem mais acredita em reza se cura mais ligeiro. Tem que acreditar, porque acreditando é melhor ainda. Porque tem gente que vem pra cá, quando tou rezando (...) quando cuida aí diz: eu já fiquei foi boa. Chega eu já fiquei foi boa das guela! Eu não tou mais sentindo dor nas guela Agora aí, a cura começou daí, né? A fé cura, a fé de Deus é quem cura mesmo.

(Trecho da entrevista com a rezadeira, Bernabete, em 05 de Maio de 2014).

Desta forma, a rezadeira Dona Bernabete enfatiza que “a fé cura, a fé de Deus é quem cura mesmo.”. Com isso, Dona Bernabete acentua que na ausência da fé, a sua reza não tem eficácia. Assim, “tem gente que não se dá bem não...”, porém, “quem mais acredita em reza se cura mais ligeiro. Tem que acreditar, porque acreditando é melhor ainda”, alerta Dona Bernabete. Portanto, fica entendido nas entrelinhas que para Dona Bernabete coloca seu papel frente à cura como dependente da boa vontade de Deus, obtida com uma fé verdadeira na reza. Portanto, esta rezadeira condiciona a cura ao resultado existência da “negociação do cliente com as forças divinas”, onde o primeiro daria a fé verdadeira, a veneração à divindade em troca da cura. Então, o êxito na cura do seu na benzeção, pra essa senhora, depende do sucesso dessa “negociação” entre cliente e divindade.

Percebe-se que esta terapeuta concebe o seu papel como o de intermediar essa “negociação entre o seu cliente e as forças sagradas”, ou seja, a rezadeira por sua vez, se apresenta como elo de ligação entre as *forças sagradas* (celestiais) e os agentes humanos, *profanos* por natureza.

3-3 “Mãe lá vem tia me pesar”: a relação dos ACS com as suas comunidades.

Abrimos este tópico com uma fala bem sugestiva, que em muitos aspectos diz muito da relação das ACS com as comunidades Serra Azul, Jacarandá e Mearim I. Visto que a relação das ACS com a comunidade é permeada de “*elementos simbólicos*”, troca de afetividades, por isso, o trabalho desses profissionais nas comunidades estudadas é cerceada de “*trocas de dádivas*”, que se apresentam de forma material e imaterial, sendo que esta última se insere no plano das sensibilidades.

Nessa perspectiva, ganha força a discursão encabeçada pelo antropólogo Marcel Mauss (1950), onde ele analisa os sentidos das *trocas materiais e simbólicas* nas sociedades primitivas. Mauss destaca como fio condutor dessa análise a noção de “aliança”, o que supõe relações próximas entre os diferentes grupos, estabelecidas sobre a ideia de trocas de bens

materiais e simbólicos. Logo, estabelece-se uma tríade: *doação, recebimentos e devolução* de bens materiais e simbólicos.

Nesse sentido, quando recebemos algo é estabelecida (in) conscientemente a “obrigação” de devolver o bem recebido na mesma proporção. Por isso, Mauss (1950) destaca que as trocas de bens materiais e simbólicos implicam-se mutuamente, ou seja, no material que se presenteia está impregnado de subjetividades, sensibilidades e por fim, afetividades. Portanto, esse sistema de trocas tem a função de tornar os vínculos sociais mais fortes e duradouros. Nessa perspectiva, a doação de algum bem ou serviço a um indivíduo ou grupo determinado o “obriga” a retribuir com gestos de gratidão e afetuosidade. Logo, estabelece a ligação entre dívida e dádiva.

Daí a importância de se conhecer como as trocas são concebidas em os diferentes tempos e lugares. Quais as subjetividades e os sentidos que determinado grupo social atribui as “trocas materiais e simbólicas”? Em quais eventos cotidianos de um povo é vivenciada a noção de dádiva? Entendemos que por meio dessas relações de trocas materiais e simbólicas, podem-se compreender as diferentes dimensões da vida em sociedade.

Refletindo sobre o movimento contínuo e fragmentado da história, onde se entrelaçam as subjetividades, as emoções, as paixões dos diferentes sujeitos humanos num tempo e no espaço. Nesse turbilhão de sentidos e interesses diversos, os homens recebem da cultura o estímulo para viver em sociedade, unindo-se pela crença, pela superstição, pela tradição e, por fim, pelos valores socioculturais legitimados no imaginário coletivo de cada grupo, no qual estão inseridos.

Assim, ao desenvolverem estratégias diversas de cura - mobilizadas pelos diferentes atores sociais para vencerem as agruras das moléstias de seu tempo - os sujeitos fortalecem seus laços de afetividades e identidades. Logo, o universo de cura das comunidades Mearim I, Serra Azul e Jacarandá, fornecem subsídios para se conhecer os diversos mecanismos de cura desenvolvidos pelos seus moradores para enfrentar a dor, o sofrimento e as desordens socioculturais estabelecidas pela situação da doença. Além disso, por meio das práticas de cura, podemos compreender a visão de mundo desses grupos: suas crenças, seus costumes, suas tradições, seus medos, etc.; Permite ainda, analisar as subjetividades e afetividades desenvolvidas e reatualizadas em cada ritual de cura.

Nessa perspectiva Mauss (1950), compreende que em todas as trocas de bens materiais – e eu acrescento as relações de serviços - são permeadas de emoções e sentimentos. Assim, Mauss (1950, p.86) explica: “Misturam-se às almas nas coisas; misturam-se as coisas

nas almas. Misturam-se as vida e eis como as pessoas e as coisas misturadas saem, cada uma, das suas esferas e se misturam: o que é precisamente **“o contrato e a troca”** .(*Grifo nosso*).

Mas, caro amigo leitor, voltemos à questão inicial desse tópico. O que pode ser deduzido dessa fala: **“mãe lá vem tia me pesar”**? Que sentidos podem ser refletidos nessa fala? O que ela tem a haver com as relações das ACS com as comunidades aqui pesquisadas? E por fim, quais as subjetividades e vínculos afetivos estão implícitos neste pronunciamento? Logo, o depoimento da ACS do povoado Jacarandá nos dá pistas que nos permitem lançar algumas possibilidades de interpretação. Dona Chichica ao longo da sua entrevista se empenha em destacar que a sua atividade profissional propicia o estabelecimento de uma relação muito próxima, intensa e duradoura das ACS com as pessoas atendidas pelo PSF.

Assim,

As pessoas se acostumam com a gente. Olha até documentos pessoais eles me entregam pra mim resolver coisas deles em casa, eu mesmo não gosto de pegar é responsabilidade demais, mas, eles confiam. Logo nós passamos muito tempo com eles. Lida com a pessoa demais: da hora que a pessoa nasce já começa o vínculo com a Agente Comunitária. Tem gente aí que desde criança eu acompanho, e hoje tá é jovem. Eles me recebem é como adulto. Tem uns meninos com dois, três anos, que me recebem muito bem. Quando me ver já dizem: **mãe lá vem tia me pesar**. Acostuma demais. É como um professor que começa lecionar pra algumas crianças pequenas, às vezes quando vai sair pra outro lugar eles já são é jovens. Aí já tá acostumado demais, já é quase família. (Trecho da entrevista com a ACS do povoado Jacarandá-Grifo do pesquisador).

Nesse trecho a ACS expõe alguns valores desenvolvidos cotidianamente na sua profissão: confiança, responsabilidade e respeito com as pessoas atendidas. Mas, como ela mesma argumenta essa longa relação com a comunidade constrói vínculos afetivos mais intensos que vai além do limite que o seu ofício manda. Pois, desde a *“hora que a pessoa nasce já começa o vínculo com a Agente Comunitária de Saúde.”*.

Essa relação duradoura com a comunidade é atestada por ela, sendo que muitas pessoas da sua comunidade ela atende desde o seu nascimento, ou até mesmo antes, pois, compete a esses profissionais acompanhar as gestantes de suas áreas durante todo o período de gestação, orientando-as e dando assistência nos procedimentos médicos cabíveis em cada caso. Portanto, a vivência assídua dos ACS nas comunidades faz com que as pessoas atendidas por estes profissionais construam por eles sentimentos singulares. Passando, em alguns casos, a enxergá-los como “membros da própria família”.

Assim, a presença constante e ativa das ACS nas comunidades faz com que muitos desses profissionais de saúde sejam admirados e tratados de forma carinhosa pelas crianças moradoras dessas comunidades. De acordo com Dona Chichica, as crianças atendidas pelo PSF se “acostumam” tanto vossas presenças nas comunidades, que em muitas ocasiões de visitas domiciliares elas as recepcionam de forma carinhosa. Logo, em alguns eventos de visita, ao serem avistadas pelos meninos (as), estes últimos logo se encarregam de avisar a mãe que o ACS está vindo para fazer suas atividades nos seus lares. Assim, sugerimos que as crianças por não terem conhecimento de todas as funções das ACS, logo veem nestas profissionais “*a tia que vem os pesar*”. Pois, esta é uma das atividades das ACS nos lares que contenham crianças no seu interior.

Portanto, os ACS mantêm uma relação com seus clientes “análoga” ao trabalho das rezadeiras, visto conhecerem e, em alguns casos, manterem relações de amizade muito singulares. Por isso, em algumas situações de visitas, os ACS extrapolam as funções orientadas pelo PSF. Esta realidade fica bem clara nas entrevistas com ACS, sendo que ambos foram unânimes em dizer que suas atividades diárias cobram mais do que seu papel de Agente Comunitário de saúde demanda. Isto porque, em muitos eventos de visitas familiares estes profissionais encontram situações que os sensibilizam fazendo com que pratique ações de solidariedade e caridade com o próximo, num movimento de procura de soluções para os diversos problemas de sua clientela. Problemas estes que não se limitam ao campo da saúde. Por isso, em muitos casos de problemas conjugais, discórdias entre pais e filhos, brigas de vizinhos, etc., esses profissionais sentem-se chamados a intervir na realidade sociocultural da comunidade. É o que se revela no depoimento da ACS da comunidade Jacarandá. Observemos seu argumento abaixo.

A confiança é tão grande que algumas mulheres casadas da minha área, que muitas vezes estão com problemas conjugais, me contam tudo, coisas que não contaram nem pra família delas. O agente é uma das pessoas mais de confiança na comunidade. Na nossa formação nós somos orientados pra responsabilidades de confiança, que importante ao nosso trabalho. (Trecho da entrevista com a ACS do povoado Jacarandá).

Nesse trecho transcrito acima, a ACS destaca mais uma vez a importância de se conservar a confiança dada pelas pessoas da comunidade, na lida com os problemas da comunidade. Dessa forma, estabelece-se uma obrigatoriedade mútua, um contrato, onde os ACS doam seu tempo, suas forças de trabalhos, suas solidariedades; em compensação os

domiciliares sentem-se na “obrigação” de retribuir a atenção dos ACS com gestos de confiança, gratidão e amizade.

Portanto, a fala de Dona Chichica, demonstra a funcionalidade da ética, inerente a seu ofício, cobrada pelo PSF. Isso quer dizer que é essencial manter o sigilo de cada caso atendido. Desta forma, sublinha a intensidade dos laços afetivos com a comunidade. E, finalmente, sugere que a confiança de alguns moradores é tamanha que estes “*me contam tudo, coisas que não contaram nem pra família delas.*”. Nesta frase, a ACS demonstra sentir-se feliz pela confiança e crédito que os seus domiciliares lhes dedicam no convívio das suas atividades, mas não só nestas, pois, estes profissionais de saúde mantêm contato permanente com as pessoas de sua área de atuação.

A realidade cotidiana dos ACS em suas atribuições mensais coloca-os frente a frente às problemáticas de cunho social que foge das suas atribuições no PSF. Assim, é muito comum esses profissionais, no momento de suas visitas, observarem problemas familiares envolvendo pais e filhos, quando estes primeiros se apresentam muito rebeldes. São problemáticas sociais, que muitas vezes, revela jovens envolvidos com drogas e prostituição. Nessas ocasiões, geralmente, os ACS discutem com as famílias formas de resolver ou amenizar tais questões. É o que demonstra o depoimento da ACS do povoado Mearim I, Eleuciane Dias. Vejamos:

Assim adolescente, tem uns que dá trabalho demais aos pais. Aí a gente orienta. Porque a gente assiste muitas palestras sobre Drogas, prostituição... Esse curso mesmo aqui: “**Caminhos do cuidado**” é sobre saúde mental e drogas. Aí a gente aprende muito. Não aprende tanto, mas, de tudo que você for você aprende um pouco. E a tem uma família que tá precisando de uma palavra que encaixa naquilo ali, é mesmo o que você aprendeu... Elas recomendam direto: ajude, compartilhe, oriente; Não aprenda só pra si não, porque não vale muito a pena não. Às vezes tem gente que tá passando por uma coisa que a gente estudou tanto sobre aquilo ali. E aí dá pra uma ajuda praquela pessoa. Às vezes é até uma saída. Porque tem gente que é tão atrasado que sofre demais, que vive em casa, sem nenhum conhecimento de nada. Quem estuda às vezes tem uma coisa tão importante pra conversar, orientar (...). (*Grifo nosso*. Trecho da entrevista com a ACS do povoado Mearim I, Eleuciane Dias, Junho de 2014).

Neste fragmento da entrevista com a ACS do povoado Mearim I, percebe-se, que, várias atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de saúde das comunidades aqui pesquisadas, são orientadas por princípios religiosos como: *a caridade, a solidariedade, o respeito e amor ao próximo*. Valores estes, que rezam a Instituição Religiosa Apostólica Romana. Essa constatação é importante, pois, acentua ainda mais a nossa questão inicial,

questão esta que coloca esses profissionais como sendo *sujeitos híbridos*, envoltos por práticas de cunho científico e religioso.

Além disso, nas suas atribuições diárias os ACS dialogam com as múltiplas apreensões de mundo que se encontram dissolvidas no seio social dessas comunidades. Nesse sentido, podemos pensar que os ACS exercem papéis estratégicos dentro dessas comunidades, fazendo o elo entre ciência e religião, entre o popular e o erudito. Além, disso esses sujeitos cumprem funções cruciais para a harmonia social das diversas instâncias dessas povoações. Pois, além de promoverem práticas de saúde do corpo, são atuantes no “combate” das desordens psicossociais que se dispersam pelo corpo social dessas localidades.

Desse modo, os ACS por viverem em situações análogas às das outras pessoas comunidade, acabam percebendo muitas problemáticas sociais gritantes dentro do seu grupo. É o que observamos na nossa pesquisa de campo com as Agentes de saúde.

Assim, a ACS da comunidade Jacarandá fala da sua sensibilidade e solidariedade com o grupo de pessoas mais velhas atendidas por ela. Ela relata que na visita dos idosos, sempre se solidariza com estes, ao passo, que se entristece pela solidão relegada a esses sujeitos pelos membros das suas respectivas famílias. Ela destaca, que sempre doa mais do seu tempo permite, dando as estas pessoas um pouco de atenção e afeto. Nesse sentido, ela argumenta:

Às vezes tem idoso, dos quais eu atendo, que me esperam contando os dias como se fossem um filho, uma pessoa de casa. Tem idoso que diz: minha filha eu acho tão bom quando você vem aqui, porque nem meus filhos andam aqui. Eu espero e você vem. Todo mês eu sei que você vem pra gente conversar. Aí imenda contando histórias! Lá no Alto de Areia tem uns veinho se for esperar... aí eu imagino: o bichim não ver ninguém, doido pra conversar... e aí eu dizer: eu já vou! eu não posso esperar! Chega rói esperando eles contar as histórias deles: conta e conta e conta... Mas, não é tão bom receber a gente bem e confiar? Aí não dá atenção os bichim fica ruim, né? (Informações cedidas pela ACS Chichica em Julho 2014).

No relato acima é exposto o tema da solidão imputada aos velhos nas sociedades modernas. Sendo que na atual configuração das sociedades lhe é retirada, muitas vezes, o convívio dos mais velhos com a comunidade e, por vezes, da família. Restando a essas “almas vividas” “viver no esquecimento”, lutando “para continuar sendo um homem” (BOSI, 1994, p.79). Dona Chichica salienta que às vezes “perde muito tempo” nas conversas intensas com as pessoas idosas de sua comunidade no momento das visitas, “*mas, não é tão bom receber a gente bem e confiar? Aí não dá atenção os bichim fica ruim, né?*”.

Percebe-se que esta profissional de saúde, ao doar mais do que seu ofício pede, ela pratica um ato de solidariedade e caridade aos mais velhos, tornando as suas existências menos angustiantes. Ela relata que nos momentos de suas visitas, as pessoas mais velhas sempre procuram com ela estabelecer um diálogo duradouro. De modo que (...) “*eles contam e contam*” (...). Essa atitude dos idosos é compreensível, pois, como argumenta Bosi (1994):

Há um momento em que o homem maduro deixa de ser um membro ativo da sociedade, deixa de ser um propulsor da vida presente em seu grupo: neste momento de velhice social resta-lhe, no entanto, uma função própria: a de lembrar. A de ser a memória da família, do seu grupo, da instituição, da sociedade [...] Haveria, portanto, para o velho uma espécie singular de obrigação social, que não pesa sobre os homens de idades: a obrigação de lembrar, e lembrar bem. (BOSI, 1994, p.63)

Assim, nas sociedades modernas, como a nossa, às pessoas mais velhas seria relegado o papel de ser o “guardião da memória” dessa sociedade. Pois, “o homem ativo (independentemente de sua idade) se ocupa menos em lembrar, exerce menos frequentemente a atividade da memória, ao passo que o homem já afastado dos afazeres mais preeminentes do cotidiano se dá habitualmente à refacção do seu passado” (BOSI, 1994, 63).

Mas, voltando à questão da relação entre os agentes comunitários de saúde e seus domiciliares, podemos ver que:

Os agentes criam e recriam constantes laços sociais e afetivos com a comunidade que atuam. A dívida não é desinteressada. Mas, podemos perceber que o interesse desses agentes está mais baseado na busca dos mesmos pelo reconhecimento social do que em ganhos materiais propriamente ditos. (ALEXANDRE, 2006, p.35).

Nesse sentido, podemos pensar as ações das ACS nas comunidades estudadas mais em termos afetivos do que materialistas, pois, suas atitudes têm motivações mais profundas, ligando-se ao terreno da cultura e do sagrado. Visto que suas ações estão permeadas de valores simbólicos da cultura na atuam e são integrantes. Portanto, essas profissionais almejam mais do que um salário mensal, querem ser bem reconhecidas pelas suas comunidades, e, acima de tudo, “querem inscrever seus nomes no plano sagrado”. Sendo reconhecidas pelas suas obras boas aqui na terra. Pois, como salienta dona Chichica: “*Se as pessoas não agradecer Deus agradece*”.

Assim, as duas ACS entrevistadas neste estudo relatam, que muitas vezes as pessoas atendidas por elas, aguardam ansiosas as suas visitas para tirarem dúvidas sobre questões

gerais, como por exemplo, sobre os dias de cadastramento para o Programa Bolsa Família, Bolsa Estiagem, etc. Sendo assim, esta ACS esclarece:

Tem gente que chega assim: ah vai ter isso assim... ou aconteceu isso assim...A maioria dos meus clientes diz assim: não se tiver alguma coisa haver com a Agente de saúde, Chichica vai avisar ainda, porque ela nunca deixou de nos avisar. Não vou não, eu vou esperar. Porque elas interferem as coisas: cadastro de Bolsa Família, cadastro não sei de quê, cadastro de Bolsa Estiagem...No Bolsa Família nos se envolve porque tem acompanhamento de primeiro e segundo semestre do jeito das escolas, vem os nomes dos povo direto de Brasília, e aí nós agenda pra eles ir, pra nós juntamente com outros profissionais, medir, pesar, etc. Mas, só isso. Tem muitas coisas que eles perguntam, que nós não temos nada a haver. É coisa do hospital...pergunta sobre tudo. Quando eu sei eu informo, quando não sei indico outra pessoa pra ele perguntar. Eles não veem ninguém, aí aproveitam pra nos perguntar. Mas, eu escuto! (Trecho do depoimento da ACS do povoado Jacarandá).

No trecho acima a ACS se mostra solidária com a comunidade atendida por ela, se apresentando como alguém sempre capaz de dar um apoio, uma presença amiga para todas as horas. Isto é possível graças à relação de amizade e confiança que se estabelece entre o Agente Comunitário de Saúde e seus domiciliares. A qualidade desta relação torna possível que as pessoas da comunidade recorram e direcionem aos ACS mais atribuições do que demandam seus deveres no Programa Saúde da Família.

Observamos, portanto, que as ações dos ACS dentro das comunidades analisadas são orientadas, em grande medida, por valores simbólicos, que tem como carro chefe a solidariedade e a caridade. Percebemos que esses mesmos valores envolvem a atividade de cura das benzedeadas. Essa constatação pode ser observada no depoimento de Dona Francelina. Acompanhemos o seguinte relato:

O meu papel quando eu vejo uma pessoa doente, que eu sei que a reza cura, eu faço questão de rezar e ver aquela pessoa se livrar daquele sofrimento, sem interesse de ganhar nada. Eu já desperdicei muito dinheiro, presente, eu não quero nada. Rezo só pela caridade de ajudar os que precisam de minha ajuda. (Trecho da entrevista com Dona Francelina).

O que observamos ao longo desse estudo é que os valores que alimentam a prática das duas profissionais de saúde – a Agente Comunitária e a Benzedeadas – pelo menos virtualmente, são menos valores materiais do que simbólicos. Sendo assim, as duas profissionais em questão doam esforços que vão além do valor de troca característico do modelo capitalista de produção. Poderíamos pensar que existe nestas comunidades um

“*sistema de trocas simbólicas*”. Isso quer dizer, que tanto as benzedeadas quanto os ACS almejam, antes de tudo, um reconhecimento do Deus Supremo, que em troca retribuiria irradiando *graças* sobre suas vidas. Assim entende Dona Francelina: “*Eu espero uma gratidão de Deus no céu por meus trabalhos prestados aqui na terra em ajudar as pessoas*”.

Ambas as ACS entrevistadas, se autodenominaram como sendo fiéis da Igreja Católica. Nesse sentido, é compreensível porque deixam transparecer em suas ações valores pregados pelo cristianismo. Não devemos esquecer que esses agentes, assim, como as rezadeiras aqui estudadas, compartilham das mesmas crenças, superstições e valores disseminados pelo corpo social, no qual se inserem.

Desta sorte, esses sujeitos não se acham distanciados das práticas de cura pela benção, pelo contrário, como já foi visto nesse estudo, em muitos momentos participam do imaginário mágico de cura. Sendo que estes ACS partilham da crença da prática de cura pela magia, verificadas nestas comunidades, sejam buscando os trabalhos das benzedeadas para elas próprias ou para entes da sua família, como netos e filhos. Estes profissionais demonstram ainda suas crenças na benção quando orientam seus clientes para as rezadeiras em casos das doenças serem de cunho espiritual, ou seja, “doenças de rezadeiras”.

Esta atitude destes profissionais sugere uma certa circularidade de saberes envolvendo os dois sistemas de cura - a medicina comunitarista (PSF) e a popular (benção) - já que os ACS se utilizam e indicam os serviços das rezadeiras a seus domiciliares. Portanto, podemos pensar que há uma partilha da crença mágica de cura pelos agentes comunitários de saúde.

Uma das duas ACS entrevistadas possuem parentes que exercem ou já exerceram a benção. O que pode indicar que estes agentes tem certa familiaridade com as atividades de benzeduras. Já que estes sujeitos, por viverem próximos dessas práticas místicas, têm maiores estímulos para acreditarem nelas. Nesse sentido, o relato de Dona Chichica é esclarecedor de muitas questões envolvendo a benção. Ela argumenta:

Mas, nessa região é muito comum as pessoas quando estão com dor de cabeça irem nessas rezadeiras mandarem elas rezarem, e funciona mesmo. Conheço muitas pessoas que já se curaram por meio de rezadeiras, eu mesmo já me curei muitas vezes de dor de cabeça (**sol na cabeça**). Joelma (**sua filha**) mesmo um dia desses se engasgou com espinho de peixe, ela já estava enguiando, ela já tava pra morrer mesmo agoniada. Pois aí eu mandei ela ir lá na vó paterna dela (ela já sabia que ela reza), dona Celé, e saiu na hora, desengasgou na hora, ficou curada. Olhe você pode se engasgar de qualquer coisa que ela desengasga. Eu já vi muito isso acontecer, mãe rezava muito de engasgo, e dona Celé ainda reza. Cura mesmo, porque sai o

espinho. Então cura, não é? Se não engasgar de novo... **(risos)**. Eu só sei que sabia dessa reza mãe e Celé, mãe já morreu e Celé tá bem veinha. Então, está se acabando. Eu vou é mandar Joelma aprender!**(risos)**. (Trecho da entrevista com a ACS Chichica- *Grifo nosso*).

Nessa fala a Agente Comunitária de Saúde do Povoado Jacarandá confirma o que nós havíamos sugerido acima. Assim, ela ratifica sua crença na eficácia da cura pela magia: “*Essas rezas cura mesmo*”. Esclarece ainda que sua mãe era rezadeira, o que provavelmente ajudou a formar suas apreensões mágicas da doença e da doença e da cura. Argumenta ainda que sua sogra (Dona Celé) é uma boa rezadeira, logo conclui: “*olhe você pode se engasgar de qualquer coisa que ela desengasga.*”.

Seu depoimento ainda é carregado de preocupações que dizem respeito ao desaparecimento da tradição da benzedura, por questões do envelhecimento da classe das benzedoras, culminando com a morte de muitas delas. Contudo, demonstra ter medo do desaparecimento dessa prática de cura dessas comunidades, alegando conhecer só sua mãe (já falecida) e sua sogra, que rezam de engasgo: “*eu só sei que sabia dessa reza mãe e Celé, mãe já morreu e Celé tá bem veinha. Então, está se acabando.*”. E, por fim, tenciona a importância da sobrevivência sociocultural dessa prática na modernidade, preocupando-se com o futuro próximo. Logo, ela exclama: “*Eu vou é mandar Joelma aprender!*”. Joelma é o nome da sua filha mais jovem, a qual é estudante do Curso de História da UFPI/Picos-PI.

Ao longo da nossa pesquisa de campo constatamos, que, de forma geral, a relação dos ACS com as suas comunidades se dá de forma harmoniosa. Essa relação é ainda marcada pela “*troca de bens simbólicos*”, o que faz com que os Agente Comunitários de Saúde, não raras vezes, deem mais do que lhes compete a sua função. Assim, estes profissionais comumente se envolvem em questões que escapam às suas competências, agindo de forma solidária com os problemas sociais das suas respectivas comunidades. Por outro lado, os moradores dessas comunidades constroem íntimos laços afetivos com os ACS, passando, em alguns casos, a tratá-los como “*membros da família*”, mostrando-se muito gratificados com a presença constante desses profissionais dentro de seus lares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que agora concluímos nos possibilitou aumentar de sobremaneira a nossa visão em torno das relações existentes entre a medicina comunitarista (PSF) e o universo mágico de cura das rezadeiras nas comunidades de Mearim I, Serra azul e Jacarandá, Monsenhor Hipólito-PI. Desta maneira, esta pesquisa demonstrou haver entre os dois sistemas de cura: biomédico (PSF) e o popular (rezadeiras), uma interação muito intensa marcada pelas trocas de dádivas (bens simbólicos) e a circulação de saberes cura.

Ao longo destas linhas é possível perceber que as práticas de cura mágico-religiosas na cidade de Monsenhor Hipólito, representadas neste estudo pelas rezadeiras, continuam muito atuantes, graças ao prestígio dado por suas comunidades. Percebemos ainda, que a tradição de benzeduras é repassada de geração em geração. A partir da transmissão de saberes envolvendo as pessoas mais jovens e as mais velhas, Sendo estas últimas detentoras dos segredos dessa “arte curativa”. Constatamos ainda que a prática de benzeduras nestas regiões rurais é mais comum entre as mulheres, o que pode ter explicações culturais históricas, onde a figura da mulher aparece como sendo o sexo mais caridoso e dócil e, portanto, mais apta para prestar cuidados terapêuticos.

Nos contextos sociais privilegiados neste estudo verificamos a existência da crença (comum entre as rezadeiras e os usuários de saúde) na existência de “doenças de rezadeiras” e “doenças de médicos”, ou seja, estes atores sociais agrupam seus males em duas esferas: de um lado, a de domínio dos profissionais biomédicos e, de outro lado, a de domínio das rezadeiras. Portanto, entre grupos pesquisados, há uma divisão (in) consciente entre as competências de cura das doenças. Tal visão de mundo faz com que busquem mais as rezadeiras ou os médicos em alguns momentos, por entenderem ser o terapeuta mais apto para restituir a sua condição de saúde, afetada pela doença em um dado contexto temporal.

Esforçamo-nos por demonstrar neste estudo que as práticas mágicas de cura, especificamente as benzeduras, com as ações de saúde do PSF carregam íntimas relações, mesmo que estas sejam extraoficiais. Mas, em nenhum momento percebemos conflito envolvendo os dois sistemas de cura. Pelo contrário, observamos que existe um processo de intensa circulação de saberes entre as duas esferas: a religiosa e a científica.

Vimos que os profissionais do PSF manifestam um respeito muito grande pelas práticas de cura das rezadeiras e pelos medicamentos naturais manuseados por estas

terapeutas populares. Da mesma forma, as rezadeiras respeitam e, em alguns casos, até mesmo recomendam a seus clientes para procurarem o auxílio biomédico do PSF.

Por isso, em diversos momentos, verificamos a presença de uma “lógica híbrida” envolvendo os dois sistemas de cura de cura, o que pode ser visualizado, principalmente, através dos usuários de saúde. Assim, o que há na realidade é um intercâmbio cultural praticado quotidianamente pelos moradores destas comunidades, que no processo de busca de uma vida saudável não hierarquizam, não separam os dois recursos terapêuticos – a benzedura (rezadeiras) e a biomedicina (PSF) – mas, integra-os, usando-os de forma complementar.

Compreendemos que entre os dois sistemas de cura existem diferenças fundamentais, o que não impede que estes troquem respeito e saberes entre si. De um lado, as ações biomédicas (PSF) são legitimadas por instituições médicas oficiais, pertencentes ao Governo Federal, o que lhes garante recursos financeiros e técnicos para atuarem nas comunidades; por outro lado, as atitudes terapêuticas das rezadeiras constituem um sistema autônomo, garantido pelo complexo de crenças mágico-religiosas de cura, pulverizado no seio social destas comunidades.

Além disso, essas duas esferas: a ciência médica e a “magia de cura” estão fundamentadas em lógicas de atuação diferentes, enquanto a primeira preza pelo pagamento monetário (venda de serviços), característica do sistema de troca burguês; a segunda não visa lucros monetários, mas, está submetida a uma relação de “trocas de dádivas” materiais e simbólicas, como a gratidão e a confiança, o que forma “laços sociais fortes”.

Entretanto, isso não impede que entre os profissionais de saúde do PSF (destacadamente os ACS) e os domiciliares não ocorram também trocas simbólicas, uma vez que cotidianamente doam mais do que seu ofício cobra. Sendo prática comum entre os ACS passarem mais tempo nas suas visitas do que deveriam pelo programa. Assim, desenvolvem ações que é reconhecidamente de competência de outros profissionais como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Pois, nas suas áreas nem sempre estes profissionais se encontram disponíveis, por questões diversas, dentre elas, por trabalharem em outras cidades.

Nesse sentido, os depoimentos dos ACS informam haver entre eles e os domiciliares uma relação amistosa, marcada por vivências de ajudas, gratidões e amizades. É fato sabido que os ACS mantêm contatos quase que diários com os moradores de suas áreas de atuações, o que favorece a troca de afetos e a circulação de saberes, constituindo processos de intensos intercâmbios culturais e de concepções terapêuticas. Porque, como vimos nesta pesquisa, o ACS atuam numa posição estratégica, a qual contribui na formação de hibridismos de saberes

medicinais, já que, se por um lado, são agentes da medicina oficial nas suas áreas de atuações, por outro, são moradores da comunidade, o que faz com que, geralmente, compartilhem das mesmas experiências de cura e apreensões mágicas de mundo solidificadas no imaginário coletivo.

Logo, o PSF desenvolve uma proposta humanitária nestas comunidades, posto que, aproxima o saber biomédico do universo cultural das regiões atendidas pelo Programa, favorecendo, por sua vez, uma dinâmica híbrida, onde os diferentes saberes medicinais se cruzam num constante processo de troca, provocando mutações em ambas as terapêuticas: a popular e a oficial. Essa perspectiva do PSF sinaliza ainda avanços no trato biomédico sobre a saúde da população, na medida em que propicia um atendimento mais especializado no seio da família, não focalizando apenas num sujeito.

Além disso, o PSF na sua proposta original preza pelo caráter biopsicossocial da doença, considerando as implicações das condições socioeconômicas e culturais sobre a qualidade de vida e, em extensão sobre a saúde da população. Portanto, tal programa estende a noção de saúde e doença, vendo-as sobre um prisma totalizante, que liga os distúrbios biológicos ao social.

Essa forma de pensar a saúde e a doença contidas no PSF se aproxima do caráter interpretativo do ritual de cura das rezadeiras, já que ambas visam integrar e harmonizar as instâncias do corpo e da mente. Esta característica do PSF sinaliza um esforço das políticas de saúde promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do país, que entendeu que o sistema médico-curativo é insuficiente para a promoção de saúde da sociedade brasileira. Tal constatação, como vimos, faz parte de um debate global incentivado pela OMS, que compreendeu a importância da integração dos saberes tradicionais de cura, como o das rezadeiras, para a consolidação de um sistema de saúde eficiente e representativo em cada parte da terra. Já que a doença e a saúde, assim como também as práticas de cura, são pensadas de forma diferente em cada tempo e sociedade.

Porém, este caráter humanista de atendimento à saúde não é novo no Brasil, como tentamos mostrar no primeiro capítulo deste estudo. Desde o Brasil Colonial à assistência médico-hospitalar, em alguns aspectos, é pautada por valores cristãos, como a caridade aos mais fracos e flagelados pelas endemias. Portanto, compreendemos que no Brasil medicina e religião estão interlaçadas, mesmo que estas respondam a lógicas diferentes. Por isso, podemos supor que não existe no país práticas puramente científicas.

Nessa dinâmica de terapêuticas o povo dar uma larga contribuição, pois, no momento de aflição com a doença busca todos os meios que estejam a seu dispor, não importando se estes sejam de cunho mágico religioso ou científico. Na busca pela qualidade de vida, os usuários de saúde, particularmente os das áreas rurais do país, se beneficiam dos dois sistemas de cura: o popular (de: rezadeiras, raizeiros, curandeiros, etc.) e biomédico (PSF) ao mesmo tempo, sem se importar com as implicações de tal processo. Logo, vivenciam práticas de hibridismos diariamente.

Nesta perspectiva, contrariando um discurso das corporações médicas do Brasil, uma averiguação mais atenta nos espaços biomédicos do país, irá mostrar que os traços religiosos estão presentes em quase todos os locais, sejam nos consultórios médicos, nas clínicas ou mesmo nos hospitais. Além disso, a própria prática médica está impregnada de técnicas ou efeitos mágicos, um exemplo disso, é o uso cada vez mais corrente dos “*medicamentos placebos*” para fins curativos. Isto porque, uma parte da medicina atual já compreendeu a participação do doente no processo de cura, dessa forma esta visão integra as esferas mente e corpo. Além disso, leva em consideração a importância dos “processos mentais” (força da mente) na ação curativa.

Neste estudo mostramos ainda o perfil sociocultural das rezadeiras, esboçando breves considerações sobre suas histórias de vida, marcadas pelas singularidades de suas experiências de vida. Abordamos ainda, algumas doenças curadas pelas rezadeiras, as rezas, os elementos naturais inseridos no contexto das rezas (ervas, ramos verdes, pedras, fogo e água), na tentativa de interpretar as simbologias, as crenças e os gestos que envolvem o ritual de benzeduras. Percebemos que a *fé*, seja da rezadeira, do cliente ou da comunidade, constitui-se em fator essencial no processo de cura desencadeado por meio das benzeduras. Logo, algumas falas das rezadeiras, traduzem a sua participação na atividade de cura: “*a fé é capaz de mover montanhas; com fé não há doença que não cure; sem fé não há cura; nós não curamos Deus cura, basta ter fé*”. (Rezadeira Maria Eunice de Carvalho, 2014).

Diante de tudo isso, podemos dizer que este estudo teve uma pretensão importante: mostrar que a relação da medicina comunitária, desenvolvida pelo PSF, com a terapêutica das rezadeiras é marcada por um movimento de transações de saberes medicinais. O que na concepção dos usuários de saúde em Monsenhor Hipólito, só traz ganhos, visto que ambos os sistemas de cura: o científico e o popular, tem validade e eficácia na cura de suas moléstias.

Portanto, é hora de repensarmos a visão que coloca a ciência médica como sendo o único sistema seguro de buscar a cura e, por conseguinte, a qualidade de vida. É preciso que

as instituições médicas, incumbidas de promover a saúde no país, alarguem cada vez esse projeto inovador na área da saúde (do qual o PSF é fruto), que dialoga com os saberes tradicionais de cura, como a benzeção, integrando-os ao sistema biomédico,³⁴ e, acima de tudo, reconhecendo sua eficácia de cura. Tal ação é enriquecedora no que tange à saúde da população, mesmo reconhecendo as implicações negativas dessas ações apropriativas.

A ideia fundamental é não fragmentar saberes, não dicotomizar competências, mas, articulá-los de forma a beneficiar as comunidades atendidas pelos SUS, principalmente as de baixa renda, como é o caso destas que ora analisamos. Dessa forma, a saúde pública, articulada pelo SUS, consolidaria sua meta de homogeneizar, democratizar e, o que é mais importante, humanizar os serviços de saúde no país.

Por fim, gostaríamos de conscientizar as pessoas, sejam ricas ou pobres, para os benefícios de buscar a qualidade de vida, longe dos consultórios médicos e farmácias, pois, tais mecanismos de cura significam a emergência de um organismo doente. Logo, pensamos ser importante manter uma prática de vida saudável. Nesta visão, as medicinas alternativas, como a benzeção, se apresentam como um meio possível de buscar a cura e a saúde, e o melhor, são de fácil acesso. Por isso, é importante a valorização de tais terapêuticas em comunidades que as pessoas recorrem aos dois sistemas de cura – o biomédico e o popular.

Por fim, a prática de benzeduras se mostra como um produto social sempre renovável, que articula o antigo e o moderno, o profano e o religioso, diante dos “desafios mórbidos” impostos pelo presente.

³⁴ No município de Maranguape-CE as rezadeiras foram incorporadas ao Programa Saúde da Família, de forma a aproveitar seus saberes e prestígios frente aos usuários de saúde naquele município. Portanto, é possível pensar um diálogo entre os dois sistemas de cura: o biomédico e o popular.

CAMINHOS E DESCAMINHOS DA PESQUISA...

Em meados de 2013, já cursando 7º período do Curso de História na UFPI/Picos, fomos incumbidos de elaborar um projeto de pesquisa com um suposto tema para a monografia. Assim, comecei a refletir sobre qual tema escrever. A única pista que norteava essa busca pela definição de um tema de pesquisa era a afinidade que tenho por temas da história local e suas manifestações culturais.

Sendo assim, comecei a dialogar com professores e amigos do Curso de História, os quais me fizeram chegar a uma conclusão: iria escrever meu texto monográfico sobre rezadeiras, já que na minha comunidade Serra azul, município de Monsenhor Hipólito-PI, a prática da benzedura se faz muito presente e muito me intrigava a sua forma de atuação bem como sua permanência nos dias atuais. Como é possível que uma terapêutica mágico-religiosa se faça tão presente na atualidade, com tantos avanços científicos no campo da saúde?

Comecei então, a buscar um professor que orientasse a minha pesquisa. Logo, fui informado pelos professores do curso a buscar o auxílio do professor Agostinho Coe, o qual havia chegado recentemente no Campus de Picos para integrar o *corpus* docente do nosso curso. Pois, este estudioso pesquisa sobre temáticas correlacionadas à doença e cura. Com isso, procurei falar com este professor sobre minhas intenções de pesquisa. Até que certo dia, ainda em meados de 2013, apresentei-me para o dito professor. Brevemente relatei meus anseios de estudo, e perguntei se aceitava me orientar. Ele respondeu positivamente. Logo, fiquei muito contente, pois, agora tinha o tema e o orientador para minha monografia.

Continuando os trabalhos da disciplina Métodos e Técnicas da Pesquisa³⁵, apresentei meu projeto de pesquisa sobre o tema das rezadeiras, conseguindo aprovação com louvor. Nos períodos subsequentes da grade curricular do Curso (8º e 9º) continuaria com essa linha de pesquisa. Porém, com alguns redirecionamentos na abordagem. Sendo assim, novas perguntas foram feitas ao meu objeto de estudo à luz de teóricos, alguns deles, sugeridos pelo meu orientador.

Dessa forma, ao longo da pesquisa redirecionei várias vezes a minha problemática inicial: entender a posição da medicina oficial (biomédica) frente às práticas de cura populares desenvolvidas pelas rezadeiras no contexto de comunidades de Mons. Hipólito-PI. Porém, minhas questões iniciais me levavam para uma abordagem marxista de luta de classes, que, se por um lado, visava compreender as diferenças de atuações dos dois sistemas de cura - o

³⁵ Disciplina integrante da grade curricular do Curso de História na Universidade Federal do Piauí.

biomédico e a benzedura - no campo da saúde pública, por outro, visava entender os embates envolvendo os dois sistemas de cura – popular e o científico. Indagações estas que discorri no primeiro capítulo deste texto.

Entretanto, no transcorrer da pesquisa de campo com meus entrevistados, novas indagações e percepções surgiam a todo o momento. Por outro lado, a análise dos depoimentos envolvendo rezadeiras, agentes comunitários de saúde e suas clientela, traziam novos contornos à pesquisa, uma vez que agora percebia novas singularidades na relação cotidiana destes atores sociais. Desse modo, à todo momento parecia brotar diante de nós experiências de hibridismos socioculturais no campo de saúde destas pessoas. Assim, as minhas fontes me indicaria mais aproximações do que distanciamentos entre os dois campos de saúde – o comunitarista do PSF e o mágico religioso das rezadeiras.

Outras questões nos chamavam à atenção com igual curiosidade: Como é possível tantas pessoas procurarem os serviços das rezadeiras, tendo disponível o atendimento dos médicos do lado de suas casas nos Postos de Saúde? Por que os próprios Agentes Comunitários de Saúde procuram, em algumas ocasiões, o auxílio das rezadeiras, sendo que estes representam o saber científico? Qual o motivo de tal aproximação? A biomedicina, na prática, está mesmo distante das “práticas mágica de cura”? Existe na prática uma maior preferência por parte dos moradores da terapêutica biomédica em detrimento da popular (benzedura)? Qual é a relação dos Agentes Comunitários de saúde (ACS) com as rezadeiras nos povoados de Mearim I, Jacarandá e Serra Azul? Quem são esses atores sociais? Existem semelhanças na atuação dos dois tipos de profissionais de saúde? Quem são os usuários das práticas de benzeduras? Qual é a relevância do ofício das rezadeiras para suas clientela? Quais são os sentidos atribuídos às doenças pelas rezadeiras? Quais são as doenças curadas por estas terapeutas? Quais os rituais, rezas, gestos e símbolos manipulados pelas rezadeiras na prática da benzedura? Estas foram algumas desta pesquisa.

Quanto mais ouvíamos os depoimentos dos nossos entrevistados, quanto mais liamos sobre a temática de hibridismo cultural³⁶, mais compreendíamos que a relação entre ciência e religião e, entre rezadeiras e ACS carregavam, na prática, mais aproximações do que distanciamentos. Por outro lado, percebíamos que para os sujeitos das comunidades pesquisadas, não se verificava uma separação nítida entre o que é do campo do sagrado e o que é do campo ciência médica.

³⁶ Nesta questão nos ajudaram muito os textos de Peter Burke (2003) e Canclini (1998), ambos indicados na bibliografia pesquisada neste ensaio.

Ao passar do tempo, percebia cada vez mais, que, pelo contrário, as pessoas destas comunidades, quando acometidas por entidades mórbidas, procuram tanto os serviços das rezadeiras como os dos médicos. Portanto, trabalhamos com a noção de complementariedade entre os dois sistemas de cura, o que é muito válido para os pacientes de saúde aqui abordados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, Katya Carvalho. **Saberes de cura e hibridismo: Relações entre ciência, magia e saúde no Morro da Conceição, no Recife.** (Dissertação de mestrado na área de Ciências Humanas na UFPE), 2006;
- ARAÚJO, P. Nunes: **As rezadeiras: Quando fé possibilita a cura – o poder de cura das rezadeiras em Teresina (1950-2000).** (Dissertação de mestrado na área de Ciências Humanas na UFPI), 2013;
- AUGÉ, Marc. **Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade.** 7. Ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1994;
- BETHENCOURT, Francisco. **O imaginário da magia: feiticeiras, adivinhos e curandeiros em Portugal no séc. XVI.** São Paulo: Companhia das Letras, 2004;
- BEZERRA, Miguel Joaquim. **Das origens às origens.** 100 Anos de Santa Ana – Padroeira Riachão. Monsenhor Hipólito, PI: 2007;
- BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade. Lembranças de Velhos.** 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994;
- BURKE, Peter. **Hibridismo Cultural.** São Leopoldo, RS: Editora: UNISINOS, 2003;
- CALVACANTE, Simone Gadêlha. **Entre a Ciência e a Reza: Estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa Saúde da Família no município de Maranguape-CE.** (Dissertação de mestrado na área de Ciências Humanas na UFRRJ), 2006;
- CAMARGO, Maria Tereza L. de Arruda. **O cobreiro na medicina popular.** Disponível na internet: <http://w.w.w.aguaforte.com/herbarium>. Acesso em 17 Jul. 2013;
- CAMPOS, Eduardo. **Medicina Popular do Nordeste: superstições, crendices e mezinhas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Edições o Cruzeiro, 1967;
- CAMPELO, Viriato. **A saúde no Piauí de 1941 a 1991.** Colaboração Mauro Carmélio Santos Costa [et al]. Teresina: ADUFPI, 2013;
- CANCLINI, N. G. (1998). **Culturas Híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade.** Tradução: Ana Regina Lessa e Heloísa Pezza Cintrão. Editora Edusp;
- CASCUDO, Luís da Câmara, (1898 - 1986). **Dicionário do folclore brasileiro.** _ 11. ed. edição ilustrada _ São Paulo: Global, 2001;
- CERTEAU, M. de. **A Cultura no Plural.** Tradução: Enid Abreu Dobránszky. 4. Ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1995;
- DARNTON, Robert. **O beijo de Lamourette. Mídia, cultura e revolução.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (Edição de Bolso);

- DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **História oral-memória, tempo, identidades**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010;
- DINIZ, Ariosvaldo da Silva. As artes de curar nos tempos de cólera, Recife, 1856 In: CHALHOUB, Sidney (Org.). **Artes e Ofícios de Curar no Brasil: Capítulos de História Social**; São Paulo: Editora UNICAMP, 2003;
- DURKHEIM, Émile. (1989). **Formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. (Tradução Joaquim Pereira Neto; revisão José Joaquim Sobral). _ São Paulo: Ed. Paulinas;
- ELIADE, Mircea. **O sagrado e profano**. [Tradução Rogério Fernandes]. São Paulo: Martins Fontes, 1992;
- FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. (Coord. João Baptista Risi e Júnior Roberto Passos Nogueira). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002;
- FLECK, Eliane Cristina Deckmann. **As curas de Deus e da natureza**. In: Atentados o lado sombrio da nossa política. História da Biblioteca Nacional. Ag. 2010;
- FREITAS, Sônia Maria de. **História oral: possibilidades e procedimentos**. São Paulo. Humanistas/FFLCH/USP: Imprensa Oficial do Estado, 2002;
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. _ 1 ed. – [Reimpr.]. Rio de Janeiro: LTC, 2012;
- GIGANTE, Almicar G. **O que é remédio**. (Coleção Primeiros Passos- Volume 24); São Paulo: Circuito do Livro, 2003;
- HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. São Paulo: Centauro, 2004;
- HALL, Stuart. **A identidade cultural no pós-modernidade**; tradução Tomaz da Silva, Guaracira Lopes Louro – 10 ed. – Rio de Janeiro. DP&A, 2005;
- HELMAN, Cecil G. Interação médico-paciente. In: **Saúde, doença e cultura**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 109-145;
- HORTA, Carlos Fel. de Melo Marques (Coord.). **O Grande Livro do Folclore**. Belo Horizonte: Editora Leitura, 2004;
- LAPLANTINE, François. **Aprender Antropologia**. (Tradução Marie – Agnés Chauvel); prefácio Maria Isaura Pereira Queiroz. São Paulo: Brasiliense, 2003;
- LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2003;
- LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: edições Graal, 3°. Ed, 1986;
- MACHADO, Roberto. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1978;

- MARTINS, P. H. (2001). **Religiosidade dos Terapeutas Alternativos: Um sincretismo Gracioso**. Texto apresentado na Sessão “La dynamique des Religions au Brésil” (Animé par M. Aubrée) na Semaine Brésil 2000, Paris, 16-20 octobre;
- MAUSS, M. (1950). **Ensaio sobre a dádiva**. Com introdução à obra de Marcel Mauss por Claude Lévi Etrauss. (Tradução de Antônio Filipe Marques). Ed. 70, Ltd. Lisboa – Portugal; _____ M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac e Naify, 2003; _____ M. (2000). **Esboço de uma teoria geral da magia**. (Tradução: José Francisco Espadeiro Martins). Perspectivas do homem. Edições 70;
- MAUÉS, Raimundo Heraldo. “Malineza”: um conceito da Cultura Amazônica. Birman, Patrícia Etalii. (Org.) In: **O mal à brasileira**. Rio de Janeiro: EDURJ, 1997, 1997;
- MINAYO, M. C. (1999). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco;
- MONTERO, Paula. **Da doença à desordem: a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985;
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005;
- NIEMI, Maj-Britt. **O poder do placebo**. In: Revista Mente e Cérebro. Como a mente cura o corpo e também o faz adoecer. Edição Especial n. 38;
- OLIVEIRA, Elda Rizzo. **O que é benzeção**. São Paulo: Brasiliense, 1985 a;
- PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História e História Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003;
- PRIORE, M. Del. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1993;
- QUINTANA, Alberto M. **A Ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pintada de Psicanálise**. São Paulo: EDUSC, 1999;
- RABELO, M.C. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994;
- RIBEIRO, Márcia Moisés. **A Ciência dos trópicos: A arte médica no Brasil do século XVIII**. São Paulo: Hucitec, 1997;
- ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. (Tradução de Ângela Loureiro de Souza); Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979;
- SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial**. Campina, SP: Editora da UNICAMP, CECULT, IFCH, 2001;

- SCHWEICKARDT, J. C. (2002). **Magia e religião na modernidade**: os rezadores em Manaus. Editora da Universidade do Amazonas;
- SILVA, Pedro. **O Piauí no folclore**. Teresina, Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1988;
- SOUSA, L. de Melo. **O diabo e a terra de Santa Cruz**: Feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial. São Paulo, Companhia das Letras, 1986;
- STEIL, C. Alberto. **Catolicismo e Cultura**. In: VALLA, Victor Vicent (org). *Religião e Cultura Popular*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001;
- STRAUSS, Claude – Lévi (1975). **Antropologia Estrutural**. (Tradução de Chaim Samuel e Eginaldo Pires; revisão etnológica de Júlio Cesar Melatti). Rio de Janeiro: Vozes;
- WEBER, B. T. (1999). **As artes de curar**: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Editora: EDUSC.

ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

PORTARIA Nº 1886/ GM EM, 18 DE DEZEMBRO DE 1997; Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA Nº 1.399, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999. Disponíveis em: <http://www.saude.gov.br/saudefamilia/portarias>.

Anexos

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS DIRIGIDAS ÀS REZADEIRAS

IDENTIFICAÇÃO DA REZADEIRA:

NOME:

IDADE:

PROFISSÃO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO:

NATURALIDADE:

TEMPO DE CONVÍVIO NA SUA COMUNIDADE ATUAL:

BREVE HISTÓRICO DE VIDA:

ENTREVISTA:

1. Quando e com quem a senhora aprendeu a rezar?
2. Quais as motivações levaram a senhora a aprender o ofício da cura pela reza?
3. Pra quais doenças a senhora reza?
4. Quem pode ser curado pela reza?
5. Tem algum dia melhor pra rezar?
6. A senhora usa algum lugar especial para rezar?
7. Qual o papel da senhora diante da cura?
8. A senhora sente ou já sentiu algum efeito negativo sobre a sua saúde causado pelos rituais de cura?
9. Existem mesmo “doenças de rezadeiras” e “doenças de médicos”? Comente.
10. Quais ervas ou plantas a senhora usa nos rituais de cura? Elas têm algum poder mágico? A senhora usa alguns outros elementos nos rituais? Quais?
11. Quem cura a doença?
12. Quem procura a reza da senhora?
13. Qual a relação que senhora mantém com sua clientela no seu dia-a-dia?
14. Qual a importância dessa prática de cura na vida da senhora? Qual é a importância para a sua comunidade?
15. O ofício da senhora é respeitado pela sua comunidade?

16. A senhora acredita nas terapêuticas da biomedicina? Se responder sim, em quais circunstâncias procura os profissionais do PSF de sua cidade?
17. A senhora mantém algum contato com os Agentes Comunitários de Saúde da sua comunidade? Como a senhora vê seus trabalhos? Comente.
18. A senhora receita algum medicamento de farmácia para seus clientes?
19. A senhora receita algum medicamento caseiro à sua clientela? Quais? Comente.

ROTEIRO DE ENTREVISTAS DIRIGIDO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO:

NOME:

SEXO:

IDADE:

TEMPO DE PROFISSÃO:

ÁREA QUE ATUA?

EQUIPE:

RELIGIÃO:

ENTREVISTA:

1. Você acha que é possível ocorrer a cura de doenças físicas fora da medicina alopática? Por quê?
2. Qual a relação e a diferença que a senhora percebe entre os tratamentos medicinais das rezadeiras e a da medicina comunitarista do PSF?
3. Você conhece alguma rezadeiras na sua área (comunidade)? Quais? Que tipo de contato mantém com elas?
4. A senhora conhece algumas pessoas que procuram os serviços das rezadeiras? Quais? Conhece relatos de pessoas que de fato ficaram curadas pelos rituais de cura das rezadeiras? Cite três nomes?
5. Na sua opinião, por que as pessoas mesmo tendo acesso aos serviços de saúde da biomedicina moderna, continuam a se tratar com as rezadeiras?
6. O Programa Saúde da Família integra algum tipo de medicina popular em seu Programa? Se afirmativo, de que forma isso se dá? Se não, a senhora acha que deveria integrar? Por quê?
7. Além do atendimento assistencial, a senhora, como Agente Comunitário de Saúde, dá alguma orientação de medicamentos caseiros nas suas visitas domiciliares? Quais?
8. A senhora acha que ter uma crença religiosa interfere no processo de cura?
9. O que a senhora acha da atuação da medicina comunitária aqui em Monsenhor Hipólito? Tem algum aspecto que precisa melhorar? Comente.

10. A senhora tem conhecimento de algum caso de continuidade da prática da reza de cura por algum parente quando alguma rezadeira faleceu?
11. Qual a relação da senhora com a comunidade? Comente.
12. Como a senhora percebe a relação das rezadeiras com as comunidades?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE NAS
COMUNIDADES DE SERRA AZUL, MEARIM I E JACARANDÁ**

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA:

NOME:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

RELIGIÃO:

TEMPO DE CONVÍVIO NA COMUNIDADE:

ENTREVISTA:

1. A senhora procura ou já procurou os serviços das rezadeiras? Em quais circunstâncias a senhor (a) recorre a elas?
2. O (a) senhor (a) que este tratamento teve algum resultado satisfatório? Comente.
3. O (a) senhor (a) acha que existe alguma diferença do tratamento do médico para o tratamento da rezadeira? Comente.
4. O (a) senhor (a) acha que ter alguma religião, ter fé, interfere no processo de cura?
5. Como o (a) senhor (a) ver a relação médico-paciente durante uma consulta?
6. Como o (a) senhor (a) é atendido (a) pelas rezadeiras que procura?
7. Qual a importância dos serviços das rezadeiras na sua vida?
8. O que o (a) senhor (a) acha dos serviços da medicina comunitária do PSF?
9. O (a) senhor (a) indica os serviços das rezadeiras a algum parente ou vizinho?
10. Como o (a) senhor (a) ver a relação das rezadeiras com a comunidade?
11. Como o (a) senhor (a) ver a relação dos ACS com a comunidade?

ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDA AO PÁROCO DA CIDADE DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI

IDENTIFICAÇÃO DO PADRE:

NOME:

IDADE:

NATURALIDADE:

TEMPO DE CONVÍVIO NA COMUNIDADE:

ENTREVISTA:

1. Como o senhor, na condição de representante da Igreja Católica no município, ver os serviços terapêuticos das rezadeiras no município? O senhor conhece alguma rezadeira?
2. O senhor percebe algum grau de participação dos símbolos e elementos da religião cristã nos rituais de cura das rezadeiras?
3. O senhor já ouviu falar relatos de pessoas que se curaram de alguma enfermidade por meio das benzeções? Comente.
4. O senhor acredita que a fé interfere no processo de cura?
5. O senhor acha que existe o dom de cura?
6. O senhor acha que existe alguma semelhança do papel do médico e da rezadeira no processo de cura? Comente.
7. Como o senhor percebe a relação médico-paciente na hora da consulta? Existem diferenças com os atendimentos das rezadeiras para com suas clientelas? Relate.
8. O senhor acha que as práticas de cura da medicina alopática moderna são puramente científicas?
9. O senhor percebe alguma troca de saberes envolvendo os dois sistemas de cura: o popular e biomédico?
10. Como o senhor ver a relação dessa medicina popular das rezadeiras com os profissionais da biomedicina no município?
11. Qual a importância dos serviços de saúde das rezadeiras para a comunidade?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AO PASTOR DA IGREJA DO
EVANGELHO QUADRANGULAR (EVANGÉLICA) NA COMUNIDADE
MEARIM II**

IDENTIFICAÇÃO DO PASTOR:

NOME:

IDADE:

RELIGIÃO:

NATURALIDADE:

TEMPO DE CONVIVIO NA COMUNIDADE;

ENTREVISTA:

1. O senhor acha que existe dons de cura? Relate.
2. O senhor acha que a religião, a fé, interfere no processo de cura?
3. O senhor já ouviu falar das práticas de curas das rezadeiras? Como a Igreja do senhor percebe esses rituais de cura desenvolvidos por estas mulheres?
4. O senhor conhece alguma rezadeira na sua comunidade? Qual a sua relação com elas?
5. O senhor acredita que tem alguma relação entre a medicina moderna e a religião?
Elas podem conviver juntas?



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, **Itamar da Silva Lima**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação:

**PRÁTICAS DE CURA E HIBRIDISMO: RELAÇÕES ENTRE CIÊNCIA,
MAGIA E SAÚDE EM COMUNIDADES DE MONSENHOR HIPÓLITO-PI,**

de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 14 de januário de 2016.

Itamar da Silva Lima
Assinatura

Itamar da Silva Lima
Assinatura